

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA CLARA BARREIROS DOS SANTOS

**GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA
NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE
MÉTODOS MISTOS**

**São Paulo
2020**

ANA CLARA BARREIROS DOS SANTOS

**GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA
NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE
MÉTODO MISTO**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marina Peduzzi

Co-orientadora: Profa. Dra. Pilar Espinoza Quiroz

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2020**

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.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Ana Clara Barreiros

Gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto hospitalar: um estudo de método misto./ Ana Clara Barreiros Santos São Paulo, 2020
222 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi

1. Administração hospitalar. 2. Gestão, trabalho em equipe. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. atenção centrada no paciente. 5. Hospital

Nome: Ana Clara Barreiros dos Santos

Título: Gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto hospitalar: um estudo de método misto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

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: _____

DEDICATÓRIA

Com todo amor e gratidão, dedico este trabalho e agradeço especialmente:

Aos meus filhos, Mariana e Joaquim, pela inspiração, compreensão e confiança neste propósito.

À família Menendez, pela confiança e pelo apoio em minhas conquistas e pela maravilhosa companhia nos projetos e na vida.

À família Barreiros, em especial à minha tia, Margarida Barreiros, e ao meu irmão, Márcio Barreiros, exemplos de caráter e dedicação.

À minha mãe, Maria Luiza Barreiros, pelo carinho, incentivo e dedicação a meus filhos nos momentos em que estive ausente.

Ao meu pai, Antônio Clóvis (in memoriam), por ter me guiado neste caminho e se fazer presente nos momentos que mais preciso. Obrigada por sua proteção, pai.

**Quero que vocês continuem fazendo parte da minha
caminhada!**

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Santo Expedito, por me fazerem acreditar no impossível.

À minha amiga/irmã Ana Luisa Menendez, pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo e pela sensatez com a qual nos aconselha na condução desta vida.

À minha amiga/irmã Ana Paula Santos, pelo exemplo de força, coragem, determinação, incentivo e dedicação constantes; por compartilhar comigo as dores e as delícias da vida e me inspirar neste desafio de fazer Doutorado em São Paulo.

A meu sobrinho e a minhas afilhadas, pelos momentos de leveza e saudosismo diante da pré-adolescência, adolescência e início da puberdade, em especial a Rodolfo, Rafaela, Vivian e Julia, fontes de inspiração para que esse exemplo seja seguido.

Aos amigos, em especial as meninas do “pescoço de ganso”, por torcerem por mim e pelos momentos de muitos risos frouxos e batons vermelhos. Vocês tornam meus dias mais felizes!

Às minhas amigas Rosinha e Áurea, que, nos momentos mais difíceis, cuidaram do físico e da alma, para não me deixarem desistir.

Aos meus novos amigos do Doutorado na Universidade de São Paulo, em especial: Giovana, Samara, Osmara, Dany, Katia, Talina, Verônica, Alexandre e Daniel, pelo acolhimento e aprendizado.

A Everson Meireles, docente e pesquisador da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, pela brilhante parceria na construção deste trabalho e pelo encorajamento na fase mais difícil do Doutorado.

A todos os integrantes do grupo de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional”, pelo aprendizado e pelas discussões importantes para construção deste trabalho.

À instituição e às unidades pesquisadas, pela autorização e pelo acolhimento para a realização da pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa e aos trabalhadores das equipes de saúde

que contribuíram para efetivação deste estudo, por compartilharem momentos de reflexão e inquietação diante dos desafios do cuidar.

Aos funcionários e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Departamento de Orientação Profissional (ENO), pelo carinho e pela presteza em todos os momentos desta trajetória.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro, fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, pela concessão de afastamento e pela prorrogação necessárias.

Às Profa. Dras. Daisy Maria Rizatto Trochin e Vera Lucia Mira, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Às minhas orientadoras, sem as quais a construção desta tese seria impossível. Muita gratidão!

À Profa. Dra. Marina Peduzzi, por me aceitar como sua orientanda e compartilhar sua experiência e seu conhecimento. Pela compreensão diante dos empecilhos que ocorreram ao longo destes quatro anos. Muito obrigada!

A Profa. Dra. Pilar Espinoza Quiroz, por aceptar nuestra invitación y colaborar para la efectividad de la tesis. Por el apoyo, positividad, comprensión y estímulo incansable. ¡Gratitud eterna!

Obrigada! ¡ Muchas Gracias!

“Uma vez abandonada as expectativas, você aprendeu a viver”.

Osho

SANTOS, ACB. GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O trabalho em equipe é um modo de organizar o trabalho para uma ACP, a partir do qual a gestão consegue estabelecer relações de trabalho mais horizontais. **Objetivo:** Analisar as relações entre trabalho em equipe com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar. **Método:** Estudo com desenho misto quantitativo-qualitativo, sequencial, explanatório. A coleta de dados foi realizada após autorização dos comitês de ética da EEUSP e da instituição. Ocorreu em duas fases: 1) fase quantitativa, realizada por meio da aplicação e validação dos instrumentos de medida de clima de trabalho em equipe e atenção centrada no paciente. Amostra foi de 193 profissionais e 31 equipes, ligados à assistência direta aos pacientes nas unidades hospitalares; 2) fase qualitativa, observação direta sistemática, com registro em diário de campo. Participaram quatro equipes multiprofissionais com escores de clima de equipe e atenção centrada no paciente contrastantes, coordenadores e supervisores dessas equipes. A descrição e análise de cada fase possibilitou a integração dos resultados das duas fases. **Resultados:** Os participantes compreenderam profissionais de saúde, sendo técnicos em enfermagem (n= 69; 35,8%) e enfermeiros (n= 41; 21,2%). Com relação ao gênero, 139 (72,0%) eram do sexo feminino. As análises fatoriais exploratória e confirmatória revelaram ajuste satisfatório para o modelo estrutural de quatro fatores (CFI = 0,93; TLI = 0,92, RMSEA = 0,07), bem como consistência do modelo unidimensional estimado (α = 0,72; CC = 0,73; VME = 0,36). A confiabilidade foi confirmada com alfa de Cronbach e coeficientes de CC. Os indicadores de VME também revelaram índices adequados nas duas escalas. Os escores das equipes foram calculados e relacionados às médias dos quatro fatores sendo identificado os fatores mais e menos favorecidos. Os climas mais e menos favoráveis estão relacionados às equipes multiprofissionais, setores críticos, com perfis diferentes de atendimento. Na integração das duas fases: as equipes são similares em sua conformidade, equipes com clima mais favoráveis têm mais colaboração para uma ACP e apoio da gestão, com relações mais horizontais e decisões de trabalho compartilhadas. **Conclusões:** É necessário capacitar gestores e profissionais de saúde para o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente e instrumentalizar o paciente com conhecimento que lhe possibilite participar do planejamento do seu cuidado, bem como saber avaliar a qualidade e segurança da assistência prestada nos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Administração hospitalar, Gestão, Trabalho em equipe, Equipe de assistência ao paciente, Atenção centrada no paciente, Hospital.

SANTOS, ACB. TEAMWORK MANAGEMENT WITH PATIENT-CENTERED CARE IN THE HOSPITAL CONTEXT: A MIXED METHOD STUDY [thesis]. São Paulo. School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Teamwork is a way of organizing work for a patient-centered care (ACP), from which management can establish more horizontal working relationships.

Objective: To analyze the relations between teamwork with patient-centered care and the management model in the hospital context.

Method: Study with mixed quantitative-qualitative design, sequential, explanatory. Data collection was carried out after authorization from the ethics committees of EEUSP and the institution. It occurred in two phases: 1) quantitative phase, performed through the application and validation of the measuring instruments for teamwork climate and patient-centered care. Sample consisted of 193 professionals and 31 teams, linked to direct assistance to patients in hospital units; 2) qualitative phase, direct systematic observation, written in a field diary. Participants was four multiprofessional teams with contrasting team climate scores and patient-centered care, coordinators and supervisors of those teams. The description and analysis of each phase made it possible to integrate the results of the two phases.

Results: The participants comprised health professionals, including nursing technicians (n = 69; 35.8%) and nurses (n = 41; 21.2%). Regarding gender, 139 (72.0%) were female. Exploratory and confirmatory factor analyses revealed a satisfactory fit for the four-factor structural model (CFI = 0.93; TLI = 0.92, RMSEA = 0.07), as well as consistency of the estimated one-dimensional model ($\alpha = 0.72$; CC = 0.73; VME = 0.36). The reliability of the analyses was confirmed with Cronbach's alpha and CC coefficients. The VME indicators also revealed adequate indexes on both scales. The scores of the teams were calculated and related to the means of the four factors, identifying the most and least favored factors. The most and least favorable climates are related to multiprofessional teams, critical sectors, with different assistance profiles. In the integration of the two phases: the teams are similar in their conformity; teams with a more favorable climate have more collaboration for an ACP, management support with more horizontal relationships and shared decision making.

Conclusions: It is necessary to train managers and health professionals for teamwork with ACP and to equip the patient with knowledge that allows him/her to participate in the planning of his/her care, as well as knowing how to evaluate the quality and safety of the assistance provided in the health services.

Keywords: Hospital management, Management, Teamwork, Patient care team, Patient-centered care, Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1	Diagrama de estudo do método misto, sequencial explanatório	54
----------	---	----

Quadros

Quadro 1	Categorias do constructo trabalho em equipe	120
Quadro 2	Categorias do constructo gestão	130
Quadro 3	Categorias relacionada a atenção centrada no Paciente	142
Quadro 4	Construtos e categorias da unidade 3 e unidade 1 respectivamente com clima de equipe e atenção centrada no paciente favorável e menos favorável para integração e colaboração entre os profissionais das equipes. Salvador, Bahia. 2019	155
Quadro 5	Integração dos resultados da fase 1 e fase 2 do estudo. Salvador, Bahia. 2019.	165

Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos profissionais, segundo sexo, faixa etária/idade, raça/cor e estado civil - Salvador (BA), 2019.	77
Tabela 2	Distribuição dos profissionais, segundo profissão/categoria profissional - Salvador (BA), 2019.	77
Tabela 3	Distribuição dos profissionais, segundo maior nível de formação - Salvador (BA), 2019.	78
Tabela 4	Distribuição dos profissionais, segundo ano de conclusão da Graduação, por categorias - Salvador (BA), 2019.	79
Tabela 5	Distribuição dos profissionais, segundo tempo de experiência na profissão por categoria (a cada 5 anos) - Salvador (BA), 2019.	80
Tabela 6	Distribuição dos profissionais, segundo setor onde trabalha - Salvador (BA), 2019.	80
Tabela 7	Distribuição dos profissionais, segundo tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe - Salvador (BA), 2019.	81
Tabela 8	Distribuição da amostra, segundo número de integrantes, de pacientes na unidade e de pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho (total das equipes) - Salvador (BA), 2019.	82
Tabela 9	Distribuição da amostra, segundo frequência de reunião com supervisor e com equipe - Salvador (BA), 2019.	83
Tabela 10	Distribuição dos profissionais da amostra, segundo número de trocas que realiza por mês - Salvador (BA), 2019.	84

Tabela 11	Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Clima de Trabalho em Equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	784
Tabela 12	Correlação GEOMIM* entre os quatro fatores aferidos pelo <i>Team Climate Inventory</i> (N = 193) - Salvador (BA), 2019.	87
Tabela 13	Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da subescala 8 da <i>Collaborative Practice Assessment Tool</i> , atenção centrada no paciente/envolvimento do paciente, (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	88
Tabela 14	Estatísticas descritivas para os fatores de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente para a amostra total (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	90
Tabela 15	Resultados da comparação entre as médias das dimensões de clima e atenção centrada no paciente em função do setor de trabalho (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	91
Tabela 16	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na unidade (n= 193) - Salvador (BA), 2019.	93
Tabela 17	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na instituição (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	95
Tabela 18	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	97
Tabela 19	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do número de pacientes por turno na unidade (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	100
Tabela 20	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função da frequência mensal de reuniões da equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	101
Tabela 21	Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do número de trocas por mês (n = 193) - Salvador (BA), 2019.	104
Tabela 22	Relação entre equipes de trabalho e setor - Salvador (BA), 2019.	105
Tabela 23	Estatísticas descritivas para os fatores de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, considerando as equipes (n = 31) - Salvador (BA), 2019.	106
Tabela 24	Conversão dos escores das equipes em percentis (n = 31) - Salvador (BA), 2019.	107
Tabela 25	Comparação das equipes estratificadas em Grupos Extremos (N = 31) - Salvador (BA), 2019.	108
Tabela 26	Sistema de classificação do clima das equipes, a partir dos agrupamentos de Grupos Extremos nas quatro dimensões	109

	avaliadas pela Escala de Clima de Trabalho em Equipe (N = 31) - Salvador (BA), 2019.	
Tabela 27	Sistema de classificação do clima das equipes a partir dos agrupamentos de Grupos Extremos, considerando o escore total de clima (clima total) e o de atenção centrada no paciente (n = 31) - Salvador (BA), 2019.	107
Tabela 28	Comparação das características de equipes das unidades hospitalares estudadas com clima de equipe e atenção centrada no paciente favoráveis à integração e à colaboração (equipes 1 e 5) e desfavoráveis (equipe 24 e 26) - Salvador (BA), 2019.	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP	Atenção Centrada no Paciente
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ANOVA	Análise de Variância
CC	Confiabilidade Composta
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CPAT	<i>Collaborative Practice Assessment Tool</i>
DP	Desvio Padrão
ECTE	Escala de Clima de Trabalho em Equipe
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMV	Estimador da Máxima Verossimilhança
GE	Grupos Extremos
gl	Grau de Liberdade
HSD	Diferença Honestamente Significativa, do Inglês <i>Honestly Significant Difference</i>
IAPO	<i>International Alliance of Patients' Organizations</i>
IC90%	Intervalo de Confiança de 90%
ID	Identificação
M	Média
MCCP	Métodos Clínico Centrado na Pessoa
Md	Mediana
ML	Máxima Verossimilhança
MQP	Mínimo Quadrado Ponderado
PROAD	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do
I-	Sistema
SUS	Único de Saúde
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado
SRMR	Raiz Padronizada do Resíduo Médio

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	<i>Team Climate Inventory</i>
TCLE	Termo de Consentimento Esclarecido
TLI	índice de Tucker-Lewis
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI2	Unidade de Terapia Intensiva Adulto 2
VME	Variância Média Extraída
WLSMV	Método dos Mínimos Quadrados Ponderados Robustos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	24
2 MARCO TEÓRICO	29
2.1 TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	29
2.2 MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO HOSPITALAR	34
2.3 ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE	39
3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO DO MÉTODO MISTO	41
3.1 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO DO MÉTODO MISTO	41
3.2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA	41
3.3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA	41
4 OBJETIVOS	43
4.1 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA	43
4.2 OBJETIVO GERAL DA ETAPA QUANTITATIVA	43
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ETAPA QUANTITATIVA	43
4.4 OBJETIVO GERAL DA ETAPA QUALITATIVA	44
4.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ETAPA QUALITATIVA	44
5 PREMISSAS DA INVESTIGAÇÃO	46
6 METODOLOGIA	48
6.1 DESENHO DO ESTUDO DE MÉTODO MISTO	48
6.2 CENÁRIO DA PESQUISA	51
6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	52
6.4 CRITÉRIOS INCLUSÃO	52
6.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	52
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	54
7 PRIMEIRA FASE DO ESTUDO: METODOLOGIA QUANTITATIVA	57
7.1 DESENHO DO ESTUDO	57
7.2 AMOSTRA DO ESTUDO	57
7.3 COLETA DOS DADOS QUANTITATIVOS	57
7.3.1 Instrumento de coleta de dados	59
7.3.2.1 Variáveis de Controle	59
7.3.2.2 Variáveis de interesse do estudo	60
7.4 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	62
8 SEGUNDA FASE DO ESTUDO: METODOLOGIA QUALITATIVA	66
8.1 DESENHO DE ESTUDO	66
8.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	66
8.3 COLETA DOS DADOS	66
8.4 ANÁLISE DOS DADOS	67

9 RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE.....	76
9.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	76
9.2 VALIDAÇÃO DAS ESCALAS PSICOMÉTRICAS	82
9.2.1 Análise psicométrica da Escala de Clima de Trabalho em Equipe.....	82
9.2.2 Análise dos escores de clima de equipe e de atenção centrada no paciente	87
9.2.3 Correlação entre os escores de clima de equipe e atenção centrada no paciente.....	88
9.2.4 Escores de clima de equipe, atenção centrada no paciente e comparações em função de características da amostra total.....	88
9.3 RESULTADOS POR EQUIPES	102
10 ESCOLHA DAS EQUIPE PARA SEGUNDA FASE.....	110
11 ANÁLISE DOS DADOS.....	117
11.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: QUALITATIVA	117
11.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTORES DA UNIDADE SOBRE TRABALHO EM EQUIPE.....	117
11.3 UNIDADE 3.....	118
11.3.1 Trabalho em equipe com colaboração interprofissional.....	118
11.3.2 Relações hierárquicas entre profissionais da equipe	119
11.3.3 Contrastes na comunicação em equipe	120
11.3.3.1 Equipes com problemas de comunicação.....	120
11.3.3.2 Equipes que trocam informações.....	120
11.3.3.3 Profissionais da equipe trabalham como tribos.....	121
11.3.3.4 Trabalho na equipe uniprofissional (enfermagem).....	122
11.3.3.5 Trabalho em equipe interprofissional (profissionais não médicos).....	122
11.3.4 Contrastes na tomada de decisão	123
11.3.4.1 Tomada de decisão compartilhada	123
11.3.4.2 Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos)	123
11.4 UNIDADE 1	124
11.4.1 Falta de confiança no trabalho dos demais membros da equipe	124
11.4.2 Relações hierárquicas entre profissionais das equipes	125
11.4.3 Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos)	125
11.4.4 Profissionais da equipe se dividem em tribos.....	127
11.5 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTORES DA UNIDADE SOBRE GESTÃO	128
11.5 UNIDADE 3	129
11.5.1 Gestão de relações informais para promover integração.....	129
11.5.2 Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem	129
11.5.3 Gestão participativa da enfermagem (uniprofissional)	130
11.5.4 Reconhecimento de trabalho individual para alcançar objetivo coletivo ..	131

11.5.5 Comunicação multiprofissional	132
11.5.6 Gestão interprofissional	132
11.5.7 Gestão de materiais e equipes	133
11.5.8 Papel da gestão de enfermagem	134
11.6 UNIDADE 1	135
11.6.1 Coordenação frágil	135
11.6.2 Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem	136
11.6.3 Liderança médica vertical e tomada de decisões não compartilhadas	137
11.6.4 Supervisão de enfermagem (equipe uniprofissional)	137
11.6.5 Educação continuada com frágil coordenação entre as diferentes áreas da gestão	138
11.6.6 Técnicos de enfermagem não se sentem ouvidos pela supervisora da enfermagem	139
11.6.7 Gestão de materiais e equipes	139
11.7 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTÃO DA UNIDADE SOBRE ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE	140
11.7.1 UNIDADE 3	140
11.7.1.1 Profissionais da equipe ignoram pacientes	140
11.7.1.2 Relação entre profissional e paciente	142
11.7.1.3 Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes	143
11.7.1.4 Relação entre profissional e familiar	144
11.7.1.5 Participação dos familiares	145
11.7.2 UNIDADE 1	146
11.7.2.1 Profissionais da equipe ignoram o paciente	146
11.7.2.2 Relação entre profissional e paciente	147
11.7.2.3 Comunicação e troca de informação entre profissional paciente	148
11.7.2.4 Relação entre profissional e familiar	150
12 SÍNTESE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA E DA FASE QUALITATIVA	153
13 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS	163
14 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	170
15 CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
16 REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES	203
Apêndice A – Ficha Controle dos Questionários da Fase I	203
Apêndice B – Roteiro para observação sistemática	204
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	205
ANEXOS	210
Anexo 1 – Questionário	210

Anexo 2 - Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) – Envolvimento do Paciente	215
Anexo 3 – Autorização da instituição coparticipante	216
Anexo 4 – Autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	217
Anexo 5 – Aprovação do Comitê de Ética da instituição.....	214

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo sobre o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente e suas relações com o modelo de gestão, no contexto hospitalar, surgiu de minhas inquietações vivenciadas na Graduação, na Pós-Graduação, em atividades realizadas no serviço hospitalar e na docência do Ensino Superior.

Trabalhei na assistência direta ao paciente desde o quarto semestre da Graduação, como bolsista de um hospital privado no município de Salvador (BA). Naquele momento, por minha imaturidade profissional, tinha o olhar voltado para uma assistência tecnicista, mas me inquietava pela subordinação que vivenciava diante da hegemonia médica.

Após a conclusão da Graduação, fiz Pós-Graduação em terapia intensiva. A escolha por essa área se deu ao perceber que, nessa unidade, o enfermeiro tinha mais autonomia com relação às ações de cuidados e que, por existir uma equipe multiprofissional e pacientes com perfil clínico que exigiam da equipe alta resolutividade, esse sentimento de subordinação poderia ser minimizado. Porém, permanecia minha inquietação relativa ao cuidado e, como Trabalho de Conclusão de Curso, abordei a unidade de terapia intensiva na visão do cliente. Os resultados foram categorias que retrataram o seguinte ponto de vista: antes do internamento, a unidade de terapia intensiva era considerada um ambiente frio, isolado, com cuidados médicos e onde não se podia ter a atenção da família; os sentimentos positivos estiveram relacionados à habilidade técnica da equipe, e os negativos foram evidenciados pelas emoções diante da experiência com a dor, a dependência física, as restrições às quais os clientes são submetidos nas rotinas da unidade e a falta de autonomia no autocuidado diante do quadro clínico; a unidade também foi reconhecida como um recurso necessário para preservar a vida diante da morte iminente.

Ainda cursando a Pós-Graduação, comecei a trabalhar como enfermeira na assistência direta aos pacientes em instituições hospitalares filantrópicas privada e pública, respectivamente, nos municípios de Salvador e Feira de Santana (BA). Muitas vezes, eu me deparei com situações de impotência diante de um sistema altamente burocrático, no qual decisões por linhas de comando conferiam pouca autonomia para a participação dos profissionais e pacientes nos aspectos relacionados à assistência.

Após conhecer a visão do cliente, procurei compreender, no Mestrado, como é vivenciada a responsabilidade do enfermeiro no cuidado ao paciente crítico na unidade de terapia intensiva. Assim, foi possível

compreender que as enfermeiras têm consciência da sua responsabilidade, apesar das demandas de atividades e das dificuldades impostas pelas rotinas na UTI. Na vivência da responsabilidade, elas revelaram que, algumas vezes não conseguem dar respostas à responsabilidade assumida pelo cuidado (LIMA, SANTA 2010).

Além da vivência como enfermeira assistencial, tive a oportunidade de atuar com supervisora da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em um hospital geral público de grande porte, localizado no interior do estado da Bahia. Durante esse período, percebi que as decisões unilaterais dificultavam a resolução das questões advindas do cuidado ao paciente crítico. Com uma supervisão com decisões coletivas, foi possível alcançar melhores resultados, pois a equipe sentia-se corresponsável pelo resultado da assistência prestada. Paralelamente à atividade assistencial, iniciei minha carreira na docência, primeiramente em instituições privadas e, depois, em instituição pública federal.

O interesse em buscar caminhos que apontassem melhores resultados para assistência ao paciente permanecia. Diante dessa trajetória, surgiu a intenção de estudar o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente e o modelo de gestão que melhor se adequa a essa prática. Estudos empíricos realizados, leituras sobre o tema e a experiência como supervisora de uma unidade de terapia intensiva foram, então, conjugados para o melhor entendimento do cuidado no cotidiano de trabalho de equipes hospitalares.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de Doutorado tem como constructo principal o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente (ACP). Buscou-se explorar como os profissionais trabalham em equipe com ACP, conhecer qual modelo de gestão é utilizado para tal e, dentre esses modelos, saber qual melhor se adequa à efetivação dessa prática no contexto hospitalar.

Com a finalidade de deixar claro sob qual olhar realizou-se o estudo, foram adotados como constructos: trabalho em equipe, modelo de gestão e atenção centrada no paciente.

Para construção do marco teórico, utilizou-se um referencial para apresentar a perspectiva por meio da qual o objeto em questão foi estudado. Nos capítulos subsequentes, será realizada uma apresentação desse marco teórico, buscando um diálogo com e entre autores nacionais e internacionais, que também vêm se debruçando em pesquisas sobre o assunto, com a finalidade de compreender como os constructos articulam-se para efetivação dessa prática, no contexto hospitalar, voltando o olhar para as necessidades de saúde do paciente, família considerando o contexto social no qual está inserido.

O trabalho é uma categoria central para organizar a vida em sociedade. Constitui ponto de partida para construção do ser social. É por meio do trabalho que o homem transforma algo e é transformado. Para Marx (1971) o trabalho dá início ao processo de humanização dos indivíduos. O trabalho torna-se o meio de sobrevivência, mas a força de trabalho no mundo capitalista faz-se uma mercadoria, o que configura a precariedade do trabalho. O resultado da atividade laborativa, muitas vezes, não é conhecido por quem a realizou, e isso gera, no trabalhador, estranhamento e a desconstrução do ser social (Antunes, 1995).

Dentro dessa discussão sobre trabalho, o trabalhador não se sente envolvido no processo de trabalho, por não conhecer o produto de seu esforço. Para Antunes (1995), o trabalho não é a satisfação de uma necessidade, mas somente um meio para satisfazer as necessidades fora dele.

Como desafio para implementar mudanças no cotidiano do trabalho no que diz respeito aos modos de gerir, cuidar e fortalecer os princípios do SUS foi criada em

2003 a Política Nacional de Humanização, buscando assim a melhoria da qualidade da assistência para os usuários do sistema de saúde (Brasil, 2011; Brasil; 2013).

O trabalho no contexto hospitalar tem características peculiares e entre elas, o modo de desenvolver o trabalho em equipe. Segundo Peduzzi 2020 ainda existe uma imprecisão sobre o conceito de trabalho em equipe e suas diferentes modalidades: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional. Os prefixos adotados nas diferentes modalidades estão relacionados ao grau de interação, integração, colaboração, coordenação, comunicação e cognição entre as disciplinas ou profissionais da equipe em direção a um objetivo comum (D'Amour et al 2008; Salas, 2015; Peduzzi 2020).

O trabalho no hospital pode produzir conflitos, pois um local onde deveria predominar o trabalho em equipe, muitas vezes, é permeado por ações individualizadas, algumas delas corporativistas e competitivas entre os grupos de trabalhadores que ali atuam, fatores estes que dificultam a realização do trabalho em equipe.

A discussão sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe no Brasil avançou mais na Atenção Primária do que na Atenção Especializada, principalmente no contexto hospitalar, no qual vigora, ainda, a hegemonia do modelo biomédico, com atenção centrada na doença. Embora os profissionais reconheçam a importância do trabalho em equipe nos hospitais, as pesquisas apontam que, nesse contexto, as equipes exercem suas atividades numa perspectiva multiprofissional, com fragmentação da assistência (Dalla, 2012; Brasil, 2010; Peduzzi, 2007).

A literatura sobre trabalho em equipe na última década aponta a necessidade da ACP, e que, para tal, é necessário pensar em qual modelo de gestão melhor se adequa para orientar essa prática (Peduzzi, 2020; Peduzzi et al., 2016; Agreli; Peduzzi, 2016; Orchard, 2008). Além disso, a tomada de decisão é um instrumento imprescindível para o desenvolvimento do trabalho em equipe, e, a depender da estrutura organizacional e do modelo de gestão adotado pela instituição, a distribuição de poder, autoridade, comunicação e autonomia é um instrumento que facilita o processo decisório (Brasil, 2015; Hayashida et al., 2014, Cecílio, 2010; 1997).

Daí a importância da discussão sobre modelos alternativos de gestão que possibilitem a adesão dos trabalhadores à interprofissionalidade e a articulação dos

saberes a partir das especializações, fortalecendo o trabalho em equipe. A especialização ao mesmo tempo em que fragmenta o processo de trabalho, produz a necessidade da complementaridade e interdependência entre os agentes.

Outro aspecto a ser considerado é como se têm caracterizado o modelo de gestão do trabalho em equipe nos hospitais públicos, pois, mesmo com a implantação de políticas públicas (Brasil, 2007; 2009; 2011; 2015; 2016; 2018) que possibilitam melhorar o fluxo de atendimento, os hospitais ainda sofrem com a demanda desorganizada em relação ao encaminhamento dos pacientes, o que sobrecarrega os serviços.

Assim, seria necessário produzir mudanças que vão desde a organização dos serviços de saúde até o acompanhamento da implementação das políticas públicas com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado; consolidar redes horizontais no sistema de saúde e garantir acesso às tecnologias de maneira facilitada, desburocratizando, com equidade e capacidade de avaliar os riscos e necessidades (Mendes, 2011).

A ação gerencial, a partir de um modelo de gestão, é um dos elementos que possibilita o desenvolvimento e a integração das atividades no cotidiano de trabalho. Estudo recente aponta, em seus resultados, que uma gestão eficiente facilita as habilidades das equipes para enfrentar um sistema com mudanças e inovações constantes, e um trabalho colaborativo entre os profissionais contribui para o cuidado integral, efetivo, eficiente, centrado nas necessidades dos pacientes, melhorando sua qualidade de vida e a de seus familiares (Espinoza- Quiroz, 2016; Massarolo et al., 2010).

Resultados de estudos empíricos destacam que é importante estudar a gestão do trabalho em equipe, pois esta constitui uma estratégia que pode modificar o desenvolvimento do processo de trabalho, utilizando-se projetos assistenciais mais integrados e resolutivos. As equipes representam relações de trabalho, saberes, poderes e interpessoais, e intervir nessa realidade promove mudanças no que diz respeito à integração das ações dos trabalhadores, buscando assegurar uma assistência à saúde voltada para as necessidades dos pacientes e da comunidade de referência deles. Equipes interprofissionais, com seus múltiplos saberes, são importantes para chegar a um consenso e dar conta da complexidade dos problemas de saúde (Cecílio, 2003; Peduzzi 2007; Brasil 2008; Brasil 2009; Grando, Dall' Agnoll

2010; Cardozo et al., 2011; Malik, Vecina, 2016).

Enfim, uma gestão que se sustenta em decisões coletivas e em relações democráticas de trabalho, com espaços coletivos de discussão, que permitam aos trabalhadores se envolverem nas decisões sobre seu processo de trabalho e cujo enfoque seja a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos coletivos (gestores, trabalhadores, pacientes e comunidade) estimula a criticidade dos trabalhadores e promove inclusão social, melhoria do acesso aos serviços (Cecílio, 2003; Peduzzi 2007; Brasil 2008; Brasil 2009; Grando, Dall' Agnoll 2010; Cardozo et al., 2011; Malik, Vecina, 2016).

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de buscar uma melhor compreensão sobre o trabalho em equipe com ACP em unidades hospitalares, bem como suas relações com o modelo de gestão e, quais modelos de gestão melhor se adequam ao fortalecimento do trabalho em equipe. A literatura mostra que um modelo de gestão com relações mais horizontais e decisões compartilhadas tende a promover trabalho em equipe. Tal modelo de gestão precisa do trabalho em equipe para funcionar, e uma equipe interprofissional produz melhores resultados, no que diz respeito aos pacientes, promovendo a ACP (Agreli, 2016; Bernardes, 2011; Orchard, 2008). Há, ainda, uma lacuna de conhecimento sobre o trabalho em equipe no contexto hospitalar, em particular que leve em consideração o trabalho em equipe interprofissional com ACP e a articulação entre o modelo de gestão adotado na instituição (Camelo, 2011).

Como contribuição, os resultados deste estudo podem demonstrar como favorecer o trabalho em equipe com o apoio do modelo de gestão, qual modelo de gestão se articula melhor com o trabalho em equipe e de que maneira a articulação entre o trabalho em equipe e o modelo de gestão adotado pela instituição favorece o trabalho com as equipes para uma assistência com ACP.

MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O trabalho é um processo no qual o homem transforma os recursos por meio de sua atividade, conferindo a esses recursos utilidade para o atendimento das necessidades humanas e transformando a si e suas relações interpessoais, pelo contato com outras pessoas (Aguiar, 2008).

Nos serviços de saúde, o trabalho em equipe configura-se dentro de uma proposta coletiva: coexistem diversos profissionais num mesmo espaço e prestando assistência aos mesmos pacientes, executando suas atividades de cuidado. As equipes estruturam-se em duas modalidades: equipe integração, na qual existe interação profissional e articulação entre os saberes e as práticas, e equipe agrupamento, na qual ocorre a junção das ações realizadas por profissionais agrupados num mesmo espaço (Peduzzi 2001; Ciampone, Melleiro, 2010; Peduzzi, 2010).

No contexto hospitalar, as equipes têm essas duas conformações, a depender da complexidade da assistência a ser prestada. Nas unidades de alta complexidade, como as de terapia intensiva e semi-intensiva, a emergência e o centro cirúrgico, é comum encontrar equipes multiprofissionais que estão ali presentes 24 horas e interagem com maior frequência. Nas unidades de média complexidade, essa estrutura de equipe é mais flexível e é maior a rotatividade dos profissionais nos turnos de trabalho, podendo existir equipes uniprofissionais.

O trabalho em equipe é um modo de organizar o trabalho no cotidiano de cuidado aos pacientes, o qual permite, à organização e aos profissionais, o enfrentamento da fragmentação da assistência, na medida em que agrega múltiplos saberes, possibilitando promover a conformação de equipes integradas que compartilham a tomada de decisões e o estabelecimento de objetivos comuns e produzindo uma prática que pode se contrapor à superespecialização da área da saúde e fortalecer a integralidade do cuidado num ambiente cada vez mais complexo (Deneckere et al., 2013; Espinoza-Quiroz, 2016; Gonzalo, et al., 2016; Peduzzi et al.,

2016; Agreli, 2017; Fisher et al., 2017; Malik, Wald, 2017).

O trabalho em equipe deve ser estudado na perspectiva interprofissional proposta por Reeves e colaboradores (2010), segundo a qual são reconhecidas as múltiplas dimensões envolvidas nas demandas de saúde dos pacientes e, por isso, é necessária a participação de vários profissionais com habilidades e conhecimentos diferentes, além de múltiplos saberes. Daí a importância do trabalho em conjunto, com equipes interprofissionais, nas quais cada membro conhece seu papel e o dos demais. A perspectiva de equipe tratada pelo autor não envolve apenas os profissionais, mas também gestores, pacientes, familiares e comunidade.

Para avaliar o ambiente de trabalho em equipe e distinguir equipes mais e menos efetivas, utilizou-se, como referencial, a teoria dos quatro fatores de clima (Escala de clima de trabalho em equipe) proposta por Anderson, West (1996; 1998) e Silva et al. (2016). Segundo esse referencial, a medida de clima de trabalho equipe é fator crucial para inovação. Os autores consideraram como grupos favoráveis para medida de clima aqueles proximais de trabalho, que são as equipes permanentes ou semipermanentes, nas quais os indivíduos convivem, identificam-se e interagem regularmente para a execução do trabalho.

O instrumento permite diferenciar os tipos de equipe a partir de quatro fatores: participação na equipe, apoio para ideias novas, objetivos da equipe e apoio para tarefas. Esses quatro fatores estão apresentados na escala *Team Climate Inventory* (TCI), que foi validada em mais de 11 países, no contexto empresarial (Mathisen et al., 2004; Agreli, Gustafson, 1994), hospitalar (Espinoza et al., 2018; Reimer et al., 2017; Ribeiro, 2019; Koivunen et al., 2014; Owens et al., 2008) e de Atenção Primária (Agreli, 2017; Silva, 2016; Beaulieu et al., 2014).

O conceito de clima de equipe compartilha alguns aspectos com o de colaboração interprofissional, assim como a teoria dos quatro fatores, que fundamenta a análise do clima de equipe subsidia a compreensão do trabalho em equipe interprofissional (Agreli et al., 2017). O elemento clima de equipe é relevante como abordagem teórica que permite compreender a prática colaborativa, visto que há quatro elementos-chave comuns que articulam clima de equipe e colaboração interprofissional, apresentados a seguir:

- Interação e comunicação entre os membros da equipe são consideradas elementos para uma participação segura e consciente dos membros da equipe no processo de tomada de decisão.
- Os objetivos comuns, em torno do qual o trabalho coletivo é organizado, consideram que a clareza dos objetivos é um fator determinante da eficácia da equipe. Tais objetivos devem ser compartilhados e, como uma das dimensões da colaboração, requerem da equipe clareza, comprometimento e concordância em relação a suas prioridades.
- A responsabilidade para realização do trabalho com o mais alto nível de excelência possível é um elemento comum entre o clima de trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional, no qual a reflexão sobre as atividades a serem realizadas favorece a integração e o aprendizado contínuo da equipe, estimulando a equipe a pensar sobre como realizar a divisão do trabalho e sobre a orientação para a tarefa e promovendo a interdependência entre os membros da equipe – um dos elementos da prática colaborativa interprofissional.
- Promoção de inovação nas práticas refere-se à capacidade que a equipe e seus membros têm para desenvolver melhorias para o desempenho do trabalho. Essas melhorias estão relacionadas à implementação de novas ideias, a processos de trabalho e a produtos relacionados à melhoria da assistência que são indicadores de uma colaboração eficaz, que favorece o trabalho em equipe interprofissional.

Segundo Reeves et al. (2010), o trabalho em equipe interprofissional é uma atividade baseada em seis dimensões: objetivos claros da equipe; identidade compartilhada de equipe; objetivos comuns; clareza de papéis; interdependência e integração entre membros da equipe.

No trabalho em equipe interprofissional, existe um achatamento das hierarquias, com interdependência entre os membros da equipe, de modo que estes tenham atividades complementares e o atendimento eficaz ao paciente como objetivo principal. Para tal, são necessários: identidade de equipe compartilhada, ambiente de confiança, ideais compartilhadas, compromisso compartilhado, clareza dos papéis e de responsabilidades da equipe. Ocorre, assim, integração entre as diferentes práticas

profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe (Reeves et al., 2010).

A promoção e a sustentação do trabalho em equipe dizem respeito a alguns fatores que afetam o trabalho em equipe e foram agrupados por Reeves et al. (2010) em quatro domínios:

- Relacional: fatores ligados a como as relações interprofissionais são influenciadas. O foco desse domínio é entender como questões tal qual poder, hierarquia, liderança e colaboração influenciam no trabalho em equipe, na prática interprofissional e na ACP.
- Processual: aspectos relativos à compreensão de como as práticas de trabalho dos membros da equipe afetam o trabalho em equipe, bem como qual o tempo e o espaço dedicados ao compartilhamento de ideias. O foco desse domínio está em explorar como a equipe desenvolve o processo de trabalho para que o objetivo central seja o foco no paciente.
- Organizacional: o ambiente organizacional local no qual a equipe interprofissional atua. O foco desse domínio é em qual estrutura organizacional a equipe baseia-se para o desenvolvimento das atividades assistenciais e como a organização apoia e se compromete com a efetivação do trabalho em equipe.
- Contextual: o amplo panorama cultural, político, social e econômico em que a equipe está localizada. O foco desse domínio é entender como as equipes de trabalho funcionam nesse contexto.

Embora alguns autores tratem de trabalho em equipe interprofissional e colaboração interprofissional como se fossem equivalentes, Reeves et al. (2010) consideram o primeiro uma modalidade de interação interprofissional, na qual a colaboração interprofissional é flutuante ou pontual. Ela pode ocorrer em determinados momentos ou situações dentro da equipe, entre equipes de setores diferentes dentro de um mesmo serviço e na Rede de Atenção à Saúde. O trabalho em equipe é visto como uma atividade focada para determinado fim e a colaboração como um elemento que pode contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe interprofissional e a prática colaborativa interprofissional.

A prática colaborativa caracteriza-se pelo estabelecimento de parcerias entre

profissionais e/ou organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades, que, juntos, articulam-se para alcançar qualidade da atenção e atendimento das necessidades de cada um desses membros. Para tal, na prática interprofissional, os membros de uma determinada equipe colaboram entre si, dentro e fora dos serviços de atenção à saúde, envolvendo o paciente, a comunidade e a família (Barr, Low, 2013; Agreli et al., 2016; Silva et al., 2016).

Para que uma equipe desenvolva suas atividades com uma prática colaborativa, são necessárias algumas competências para sua efetivação. A competência pode ser descrita como "uma capacidade observável de um profissional da saúde, integrando vários componentes, como conhecimento, habilidades, valores e atitudes" (Orchad; Bainbridge; Bassendowski, 2016).

O *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2010) estabelece seis domínios de competência necessários para uma prática colaborativa: cuidado centrado no paciente, cliente, família; comunicação interprofissional; clareza de papéis; funcionamento da equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

Embora na prática colaborativa o cuidado funcione como uma parceria entre a equipe que promove assistência e o paciente, em que este participa do planejamento de seu cuidado e fornece acesso ao conhecimento sobre seu estado de saúde e os membros da equipe, de maneira compartilhada, utilizam-se das competências, habilidades, atitudes e acesso aos recursos para chegarem a um plano realista de cuidados individualizado e centrado no , na prática existe um limite para participação do paciente, no que diz respeito a decisões técnicas. (Orchard; Bainbridge, 2015).

Essas novas formas de organização de serviços exigem não só a implementação de novas estruturas, mas também o desenvolvimento de novas práticas clínicas, com base na colaboração. Os profissionais de saúde são confrontados com a necessidade de colaboração interprofissional e interorganizacional (Damour et al., 2008).

A colaboração necessita andar junto da ACP, pois esta é um dos domínios para colaboração interprofissional e elemento primordial para o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional (D'Amour et al., 2008; Agreli et al., 2016; Agreli

et al., 2017). Segundo Orchard, 2008 a ACP é um dos domínios da competência colaborativa, na qual existe uma parceria entre a equipe de saúde e o paciente, na qual o paciente controla seu cuidado e fornece a equipe o acesso a seus problemas de saúde e os profissionais da equipe se utilizam dos conhecimentos e habilidades para chegar a um plano de cuidados realista e compartilhado. Os pacientes são vistos como especialistas em suas experiências vividas e são críticos em relação ao plano de cuidados elaborados pela equipe (Orchard, 2008).

Desse modo, o trabalho em equipe é uma forma de trabalho interprofissional e a colaboração interprofissional favorece a interação entre os membros da equipe e desses com a tríade paciente-família-comunidade, elemento central na elaboração da assistência, na qual o clima de trabalho em equipe é um dos elementos fundamentais para o trabalho em equipe e articulação desse trabalho com o modelo de gestão da organização, de maneira a produzir uma melhor qualidade na assistência à saúde (Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2016; Reeves, 2017).

2.2 MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO HOSPITALAR

O trabalho em saúde busca atender às necessidades biológicas, psicológicas e sociais através da formulação de políticas que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde em seu melhor nível possível (Brasil, 2008). Para tal, é necessário repensar a organização dos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito ao cuidado em saúde, promovendo uma assistência que vise a promoção a saúde em detrimento do modelo biomédico, ainda vigente nas instituições hospitalares, que dificulta o desenvolvimento do trabalho em equipe (Rodrigues 2019, Brasil, 2008).

A finalidade do trabalho no contexto hospitalar é atender as necessidades dos pacientes no momento do adoecimento porém, é necessária a prestação de uma assistência que ultrapasse o olhar para a doença, de forma a garantir a continuidade do tratamento no momento da alta, daí a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde cuja finalidade é promover, restaurar e manter a saúde da população, através da composição de um conjunto de serviços, com diferentes graus de complexidade, capazes de atender às necessidades de saúde da população (Nakata

et al 2020; OMS 2000).

As redes de atenção à saúde possibilitam a articulação de ações entre os serviços de saúde, de diferentes complexidades tecnológicas que, ao se integrarem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com a execução do trabalho de forma mais cooperativa e compartilhada, podendo garantir a qualidade da assistência (Nakata et al, 2020; Brasil 2010). Dentro dessa configuração o trabalhador necessita deixar a centralidade do cuidado em saberes e técnicas e estabelecer relações que favoreçam a intersubjetividade (Assis, 2015).

Nakata 2020, p.9 apresenta em sua revisão de escopo um conceito mais abrangente de redes de atenção à saúde no que diz respeito a garantia de direitos dos pacientes pela organização de saúde, com ampliação do acesso, organização de serviços de saúde intersetoriais, através da formação de vínculos intersetoriais, processos de trabalho e sistemas de informação integrados que promovam “a regulação de serviços, coordenação do cuidado, evitando duplicações, podendo alcançar uma maior capacidade resolutiva e as várias dimensões da integralidade, a eficiência e a efetividade, resultados obtidos em decorrência de troca, colaboração e interdependência”.

No contexto hospitalar o processo de trabalho apresenta certas especificidades, entre elas uma infraestrutura constituída por uso de tecnologias e unidades especializadas, nas quais estão inseridos saberes multiprofissionais, tecnicismo nas ações de cuidado, divisão do trabalho, hierarquização entre as profissões e, apesar da tentativa de interprofissionalidade, existem diferentes formas de agir profissional que se distanciam de avanços nas interações entre os profissionais e desses com os serviços de atenção à saúde (Brasil 2010, Brasil, 2014; CONASS,2015).

O SUS como um sistema fragmentado e a hegemonia do modelo biomédico, centrado na cura, não atende mais às reais necessidades de saúde da população pois, é frequente a superlotação enfrentada pelos hospitais, com pacientes internados em corredores devido à falta de vaga constante, resultante da desigualdade de distribuição de número de hospitais e profissionais médicos entre as regiões do Brasil. Daí surge a importância de pensar a importância dos hospitais na rede de atenção à saúde.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), teve como finalidade promover uma reorganização das ações e serviços de saúde, superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao paciente um conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência, no intuito de garantir a integralidade da assistência (Brasil, 2010; Brasil, 2014; CONASS, 2015).

Considerando que a finalidade da assistência à saúde é atender as necessidades de saúde da população, é necessária a existência de uma articulação bem estabelecida entre os problemas de saúde da população e a organização do sistema de saúde para esse atendimento, fator que desloca o olhar da gestão do adoecimento para as necessidades de saúde da população (Brasil, 2010; Brasil, 2014; CONASS, 2015).

Os profissionais de saúde buscam e discutem a necessidade de novas formas de organização, que possibilitem uma discussão ampla entre gestores, trabalhadores e usuários, na tentativa de buscar alternativas para melhoria dos serviços e romper com a crise em que se encontra o atendimento nessas instituições (Farias, Araújo, 2017; Almeida et al 2018; Bernardes et al 2007).

A gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde vem enfrentando desafios desde a Reforma Sanitária brasileira. A saúde passou a ser vista como um direito de todos, garantindo acesso a ações de promoção, prevenção e recuperação, com a descentralização da gestão, a fim de ofertar o controle social sobre as ações de saúde, para que os gestores possam adequar suas ações às necessidades de saúde de sua comunidade (PAIM, 2009).

Nas últimas décadas, a gestão dos serviços públicos de saúde, a qualidade e a integralidade do cuidado têm se constituído como alguns dos principais desafios da Reforma Sanitária brasileira. As dificuldades de implantação de mudanças impõem a necessidade de buscar trabalhar aspectos do cotidiano do trabalho para que os sujeitos tenham participação na dinâmica da gestão dos serviços públicos de saúde. Nesse âmbito, a qualidade da integralidade do cuidado tem se constituído como um dos principais desafios da Reforma Sanitária brasileira (Azevedo, 2013).

Essa participação na dinâmica na gestão exige mudança nos modelos de

gestão ainda vigentes nas instituições de saúde. Tais modelos possuem um conjunto de diretrizes que norteiam a tomada de decisão nas organizações para atingir o objetivo proposto. Para modernizar esses modelos a proposta é pensar na gestão por processos para dar respostas aos problemas a partir da inter-relação entre os diferentes profissionais envolvidos, sendo necessária uma reorganização do fluxo de trabalho de modo a promover uma integração horizontal de todas as etapas do processo (Brasil, 2015).

Autores nacionais (Cecílio, 2010; Bernardes et al., 2011; Lira et al., 2017) e internacionais (Hastings et al., 2014; Espinoza-Quiroz, 2016; Merkens; Spencer, 1998) reconhecem que os serviços de saúde e os órgãos responsáveis buscam uma transformação em seus modelos de gestão, com a finalidade de prestar “cuidados eficazes, eficientes, seguros, baseados em evidências e colaborativos para alcançar a excelência no atendimento ao paciente” (Alrwaihi; Kehyayan; Johnson, 2018).

Conceitualmente existem duas vertentes gerais sobre modelos de gestão. A primeira, baseada no modelo clássico da administração que, denominada gestão burocrática, clássica, com um organograma verticalizado, estabelece hierarquias de poder nas tomadas de decisões, nas quais os funcionários não participam desse processo e apenas cumprem ordens superiores, operando numa lógica tecnicista, com predomínio da divisão do trabalho e da hegemonia do modelo biomédico centrado na doença e na cura (Hayashida et al., 2014).

A segunda com novas proposta e variadas denominações como: participativa, democrática, compartilhada, descentralizada e cogestão, baseadas em mudanças no organograma, que tende a ser mais horizontal, e nas relações entre os sujeitos. Isso possibilita a participação dos sujeitos nos processos de decisão, por meio de comunicação clara, objetivos comuns e papéis bem definidos entre os membros – fatores que facilitam o trabalho em equipe e a participação coletiva, tendo o paciente como elemento central para tomada de decisões compartilhadas (Hayashida et al., 2014; Bernardes et al., 2011; Cecílio, 2010).

As literaturas nacional e internacional destacam que, no contexto hospitalar, o estilo de gestão mantém-se autocrático e burocrático. A estrutura organizacional é baseada no domínio e na subordinação, com decisões feitas, em grande parte, pela alta administração, por meio de uma comunicação unilateral. Predomina, ainda, o paradigma clássico da administração pública, com sua estrutura rígida, a baixa

comunicação, o autoritarismo, a alienação dos trabalhadores e a insensibilidade para as necessidades dos pacientes. Essas estruturas formais e verticalizadas não conseguem mais dar conta da complexidade envolvida no cuidado e não atendem mais a expectativa de gestores, trabalhadores e pacientes (Berbardes 2020; Merkens; Spencer, 2017; Cecílio, 2010; Beccaria, Fávero, 2000).

A criação da Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007, aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, propõe a construção de uma gestão do SUS com envolvimento de múltiplos atores, com ampliação do diálogo afim de construir um conhecimento compartilhado sobre as necessidades de saúde de cada indivíduo e comunidade (Brasil, 2009).

O cenário atual da saúde no Brasil tem levantado uma grande discussão para mudança no modelo de gestão que possa colaborar para o desenvolvimento do trabalho em equipe com ACP. Caminhos devem ser adotados para gerenciar as necessidades de saúde da população contando com um modelo de gestão, no qual as relações sejam mais integradas, com estruturas de equipes que compartilhem suas atividades, possuam uma comunicação eficaz e tenham capacidades para tomada de decisões conjuntas, demandando do serviço um deslocamento da abordagem, que passa a ser centrada nas necessidades de saúde do paciente, e melhorando os resultados da assistência.

Considerando que o modelo de gestão participativa tem sido amplamente discutido na literatura e a necessidade do envolvimento de todos para alcançar melhores resultados relacionados a assistência prestada, é fundamental pensar no contexto de redes de atenção à saúde como possibilidade de fortalecer a articulação dos serviços prestados e promover a organização de serviços de saúde nos quais, o compartilhamento da assistência entre profissionais, equipes e serviços sejam ainda mais valorizados (Penedo, 2019; Cunha, Magajewski, 2012; Brasil, 2009).

Essa proposta de gestão que se apoia no desenvolvimento do trabalho em equipe e em colegiados, pode favorecer relações compartilhadas de poder, com construções e decisões coletivas entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema de saúde. Esse novo modelo propõe um novo formato para a assistência à saúde e uma nova forma de agir em saúde, no qual a valorização do conhecimento de cada profissional pode favorecer um trabalho em equipe com olhar voltado para as necessidades do paciente além de diminuição da tensão entre os diferentes saberes

e poderes existentes dentro da organização(Penedo, 2019; Cunha, Magajewski, 2012; Brasil, 2009).

Diante do exposto cabe ao profissional que exerce o papel de coordenação estimular a participação dos demais profissionais da equipe. Assim, torna-se um desafio estimular a interação entre gestores, profissionais e pacientes, para consolidar essa mudança do modelo de gestão, no qual o modo trabalhar em equipe, possa favorecer uma atenção centrada no paciente e estimular a comunicação entre as variadas categorias de profissionais, entre as unidades hospitalares e com as Redes de Atenção à Saúde, na tentativa de fortalecer a integralidade no cuidado – princípio básico de atenção no SUS.

2.3 ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

A ACP, inicialmente denominada de Métodos Clínicos Centrados na Pessoa surgiu a partir da procura das pessoas por um atendimento que contemplasse suas necessidades e da percepção de alguns médicos, entre eles, e o psiquiatra húngaro Michael Balint, de que os fatores subjetivos quando levados em consideração na assistência prestada, traziam melhores resultados para os pacientes (Bertakis et al., 2011).

O método clínico centrado na pessoa, posteriormente estudado por Ian Mcwhinney e Moira Stewart, no Canadá, e Joseph Levenstein, na África do Sul, é denominado medicina centrada na pessoa e coloca especial atenção nos motivos que levavam os pacientes a buscarem atendimento (Balint, 1969).

Nas últimas décadas, esse conhecimento vem emergindo com a denominação de cuidado centrado no paciente, no qual autores internacionais reconhecem sua importância embora continue a busca por um consenso sobre seu conceito (Edvardsson, Nay, 2008). As características mencionadas em relação a ACP incluem a importância de ver o paciente como uma pessoa que tem vontade própria, independentemente de sua capacidade física ou cognitiva, a pessoa é considerada livre para agir e assumir a responsabilidade por fazer escolhas, desde que não lhe causem riscos, os membros da família devem ser envolvidos nas decisões sobre cuidados e a tomada de decisões deve ser conduzida em parceria com o paciente e,

se possível, membros da família. Isso significa repensar as relações de poder no ambiente de saúde e como elas influenciam na criação de um ambiente social positivo (Dellenborg, 2019; Ekman 2014; Björkman 2016; Zhao et al.2016).

No Brasil os estudos sobre ACP ainda são incipientes, trata-se de um modelo de atenção cuja proposta é romper com o modelo biomédico hospitalocêntrico, centrado na doença, o paciente é elemento central e um conjunto de sinais e sintomas é investigado. Na ACP as dimensões a serem consideradas são: perspectiva biopsicossocial; significado pessoal da doença para o paciente; valorização do conhecimento leigo e da experiência do paciente, melhorando a relação profissional-paciente; utilização de habilidades e competências profissionais, para estabelecer um acordo terapêutico e consideração da subjetividade da equipe de saúde na relação com o paciente (Rodrigues et al, 2019; Souto, Pereira, 2011; Mead; Bower, 2000).

Stewart, Brown e Weston (2010) percebem que tal método pode ser utilizado por vários profissionais da saúde, e, quando comparado aos métodos tradicionais de cuidado, a atenção centrada no paciente traz melhores resultados, sendo eles: melhor satisfação dos envolvidos e da adesão ao tratamento; redução de preocupações e ansiedade; diminuição da utilização dos serviços de saúde e das queixas sobre o atendimento recebido; melhora da saúde mental, da situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes favorecendo a segurança do paciente.

Embora a implantação da ACP tenha resultado satisfatório, um estudo realizado na Suécia para implantação da ACP, em duas unidades críticas hospitalares, encontrou limitações. Entre os fatores relatados pela equipe estão: falta de um fluxograma de atendimento eficiente, sobrecarga de trabalho, descontinuidade da equipe, necessidade de mudança no comportamento da equipe, falta de uma comunicação efetiva e do trabalho em equipe, falta de envolvimento da equipe médica no planejamento do programa e falta de confiança nos interesses da gestão (Dellenborg et al, 2019).

A necessidade da ACP tem sido uma questão mundialmente discutida. Ela requer conhecer as necessidades de saúde a partir da perspectiva do paciente. A *International Alliance of Patients' Organizations* (IAPO, 2007, p.12) afirma que "a essência dos cuidados de saúde centrados no paciente é que os pacientes estão no centro do sistema de saúde e, portanto, o sistema é projetado em torno deles" e "o resultado necessário dos cuidados de saúde é uma melhor qualidade de saúde, e/ou

da vida, conforme definido pelo paciente”.

As mudanças no perfil demográfico, o aumento da expectativa de vida e no perfil epidemiológico, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a incorporação de tecnologias de informação são elementos que fomentam a discussão sobre ACP e oferecem subsídios para sustentar que esse modelo de atenção seja um caminho para a promoção, a prevenção e a recuperação das necessidades de saúde dos pacientes em seu contexto social. Além disso, a literatura sobre colaboração e prática colaborativa tem apontado a importância do deslocamento do olhar para as necessidades do paciente (Peduzzi et al., 2016; Agreli et al. 2016; 2017).

Relação clínico-paciente como elemento central, com respeito mútuo diante dos papéis de cada um, respeito à singularidade e foco na qualidade de vida dos pacientes, identificação da subjetividade a respeito do adoecer e a resposta a esta; identificação de objetivos comuns entre a equipe e pacientes sobre a doença e como será o tratamento, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades estão entre os aspectos encontrados nos estudos (Scholl et al., 2014; Araújo, Freire, 2014; Agreli et al 2016) que ainda reconhecem a importância da capacitação profissional para trabalhar em equipe e para o cuidado centrado no paciente.

É importante o reconhecimento de que a ACP promove a mudança de ênfase e desfoca o trabalho em equipe das categorias profissionais, da concepção isolada, segmentada de equipe, colocando o foco nas necessidades de saúde do paciente (ACP), para produzir um melhor resultado na assistência (Agreli et al., 2017).

O cuidado centrado no paciente passa a ver a família e a comunidade na qual o paciente está inserido como parceira na elaboração das ações de cuidados que melhor se adequam às necessidades do paciente, além de ser elemento fundamental para a prática colaborativa interprofissional, com equipes integradas, objetivos comuns e tomada de decisão compartilhada (Agreli et al 2016, Escalada, Parreira, 2018).

As rodadas a beira do leito envolvendo várias profissões, com uma comunicação eficiente entre os membros da equipe, e uma linguagem simples que demonstre interesse nas dúvidas apresentadas por familiares e/ou pacientes, incluindo a voz do paciente como parte da equipe, pode ser uma maneira de atingir a

satisfação do paciente que embora ele tendo um conhecimento leigo sobre a doença, consegue externar as questões subjetivas envolvidas no momento do adoecimento, o que produz melhor eficiência na mediada em que todos os envolvidos são colocados num mesmo patamar (Gormley et al, 2019).

Embora essas discussões sobre a prática interprofissional e colaboração venham avançando, no sentido de estabelecer parcerias entre a equipe profissional e o paciente/família com vistas a uma ACP, estudos apontam a hegemonia de uma prática tecnicista, com fragmentação do cuidado e foco na doença, na qual integração no âmbito do cuidado ainda é incipiente. Os sistemas fragmentados tendem voltar o olhar para às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, de maneira a atender as condições agudas e crônicas (Braga et al, 2020; Villaça ou Brasil 2011).

Tanto as publicações nacionais como internacionais apontam como lacunas as dificuldades em reconhecer e lidar com a interface entre os objetivos da organização, a percepção da equipe e as necessidades dos pacientes; necessidade de colocar o foco do trabalho em equipe no paciente e nos objetivos comuns para uma melhor assistência (Goulart; Coelho; Chaves, 2014; Peduzzi et al., 2016).

Em estudo recente, Agreli et al. (2016) trazem uma revisão da literatura nacional e internacional sobre ACP na perspectiva da prática interprofissional, identificando três elementos-chaves relacionados a esse modelo de atenção. São eles:

- Na perspectiva ampliada do cuidado, a preocupação é o atendimento das necessidades de saúde do paciente em seu contexto social, considerando sua subjetividade com um olhar para além da doença, o que envolve promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Para tal, deve haver o deslocamento do trabalho individual para o trabalho em equipe, além da prática colaborativa interprofissional.
- A participação dos pacientes no cuidado e a participação social incluem o respeito à singularidade e aos aspectos individuais relacionados a seu autocuidado, estimulando a participação do paciente e da família na elaboração do cuidado e incentivando a busca pelo conhecimento das políticas de saúde, bem como o acompanhamento da implantação dessas políticas e ações de

saúde, desde o planejamento até a execução. Para tal, é necessário pensar em estratégias que possibilitem que essa participação aconteça e seja efetiva.

- A relação profissional-paciente e as relações interprofissionais envolvem a ampliação da interação entre os profissionais e os pacientes e entre os próprios membros da equipe, em relações interprofissionais, buscando minimizar as relações de poder, no que se refere ao conhecimento sobre a doença, informando o paciente sobre suas necessidades e os caminhos que podem ser seguidos para seu atendimento.

Diante do exposto, adotou-se no presente estudo o conceito de Agreli et al. (2016) e Peduzzi et al. (2016), que articula a ACP e a integralidade na assistência. O primeiro aspecto identificado remete à inserção do usuário no planejamento de seu cuidado, considerando suas particularidades, singularidade e o contexto no qual ele convive. O segundo aspecto corresponde à promoção, prevenção, promoção e recuperação da saúde. O terceiro traz uma possibilidade de melhorar a relação entre os profissionais e o paciente, considerando a subjetividade envolvida no momento da doença, diante do cenário demográfico e epidemiológico.

A proposta de cuidado centrado no paciente possibilita estimular os profissionais de saúde a trabalharem juntos, para fornecer um cuidado em torno das necessidades do paciente, da família e da comunidade, tendo o paciente como um componente ativo na equipe. Tem potencial para aprimorar a comunicação contínua entre os profissionais e o respeito pelas habilidades e conhecimento de cada categoria profissional, além de aumentar o conhecimento sobre os pacientes, estimulando o trabalho em equipe interprofissional para tomada de decisões e valorizando a individualidade do paciente e de seus familiares (Benham-Hutchins, 2017).

A atenção centrada no paciente e a segurança no paciente são temas que em conjunto vem discutindo quais aspectos da prestação de cuidados favorecem uma assistência de alta qualidade tendo o do paciente como elemento central, entre eles : aumentar o treinamento da equipe para essa prática; paciente como elemento central do cuidado, comunicação centrada no paciente de forma a evitar eventos adversos, sofrimento psicológico, aumenta a satisfação do paciente, redução da probabilidade de erros no diagnóstico e tratamento, diminuir o número de reclamações (Ricci-Cabello at al, 2017).

Considerando os aspectos mencionados acima e, apesar das limitações, é preciso reiterar a impossibilidade de instituir um modelo de atenção para os pacientes sem levar em consideração sua história, cultura, valores e estilo de vida. Não cabe somente aos profissionais escolher o que é melhor para eles. É fundamental uma construção conjunta, considerando o paciente como sujeito no processo do cuidado e não como objeto de práticas fragmentadas (Franco; Hubner, 2019).

O cuidado centrado no paciente não é somente um modelo que pode ser aplicado, mas uma filosofia de cuidado cuja implementação requer adaptação cultural organizacional, estrutura das equipes e uma liderança forte. Portanto, é importante que os facilitadores dos programas de implementação envolvam, em primeiro lugar, os líderes de gestão na aprendizagem sobre os processos de aprendizagem coletiva e interativa; promovam a participação de todos os envolvidos desde a construção de projeto de ação até sua execução e avaliação, e considerem o paciente como sujeito que tem maior interesse nos resultados e portanto, precisa participar, dentro da sua capacidade, de todas as etapas para implantação de um cuidado que trará repercussões no seu cotidiano de vida (Erichsen, Andersson et al. 2015; Schuster 2006; Dellenborg, 2019).

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO
DO MÉTODO MISTO

3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO DO MÉTODO MISTO

3.1 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO DO MÉTODO MISTO

Quais as relações existentes entre trabalho em equipe com ACP e modelo de gestão, no contexto hospitalar?

3.2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA

Qual é o clima de trabalho em equipe e atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares?

3.3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Como o trabalho em equipe com ACP está relacionado ao modelo de gestão no contexto hospitalar?

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA

Analisar as relações entre trabalho em equipe com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar.

4.2 OBJETIVO GERAL DA ETAPA QUANTITATIVA

Mensurar e analisar o clima de trabalho em equipe e a atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ETAPA QUANTITATIVA

- Descrever a estrutura e a composição das equipes assistenciais do hospital estudado;
- Avaliar as evidências de validade e confiabilidade da Escala de Clima de Trabalho em Equipe e da Subescala de Atenção Centrada no Paciente;
- Caracterizar o clima de trabalho em equipe e o envolvimento do paciente/atenção centrada no paciente;
- Verificar a associação entre os resultados de clima de equipe, atenção centrada no paciente e variáveis de caracterização da amostra;
- Comparar as equipes das unidades hospitalares estudadas em função do clima de trabalho em equipe e do envolvimento do paciente/atenção centrada no paciente.

4.4 OBJETIVO GERAL DA ETAPA QUALITATIVA

Compreender como se desenvolve o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares estudadas e suas relações com o modelo de gestão.

4.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ETAPA QUALITATIVA

- Desvelar interações e ações compartilhadas entre gestores, profissionais e pacientes no cotidiano do trabalho em equipe nas unidades hospitalares estudadas;
- Entender como se dá o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares estudadas.

PREMISSAS DA INVESTIGAÇÃO

5 PREMISSAS DA INVESTIGAÇÃO

- O trabalho em equipe com ACP promove colaboração e integração entre os membros da equipe e desta em relação aos pacientes e familiares;
- Um modelo de gestão participativo inclui trabalho em equipe interprofissional.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DO ESTUDO DE MÉTODO MISTO

O presente estudo tem um desenho misto quantitativo e qualitativo, sequencial, explanatório. As duas fases ocorreram em momentos diferentes. A primeira, quantitativa, foi realizada por meio da aplicação, validação e análise das medidas de clima de trabalho em equipe e de envolvimento do paciente, com o qual buscou-se explorar o construto ACP. A segunda fase, qualitativa, utilizou observação direta sistemática, com a qual buscou-se explorar em profundidade os achados da fase 1, seguida da integração dos resultados das fases 1 e 2, na qual os dados foram sintetizados, contrastados e para uma melhor compreensão do objeto de estudo.

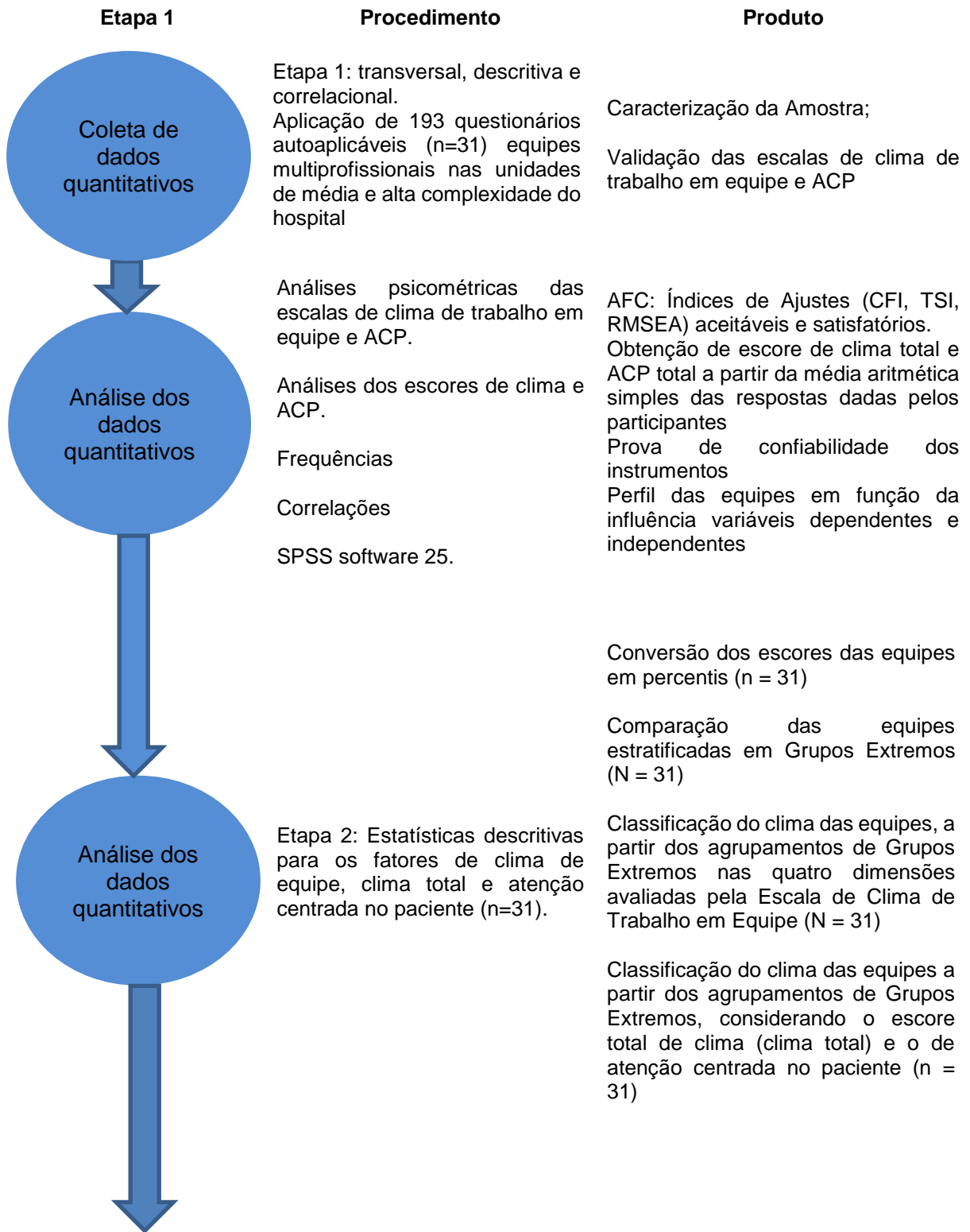
Métodos mistos sequenciais explanatórios são aqueles em que o pesquisador realiza pesquisas quantitativas, analisa os resultados e, em seguida, descreve os resultados para explicá-los com mais detalhes com pesquisa qualitativa. É considerado explanatório porque os resultados iniciais dos dados quantitativos são explorados em profundidade com base nos resultados qualitativos. Considera-se sequencial porque a inicial fase quantitativa é seguida pela fase qualitativa (Creswell, 2014).

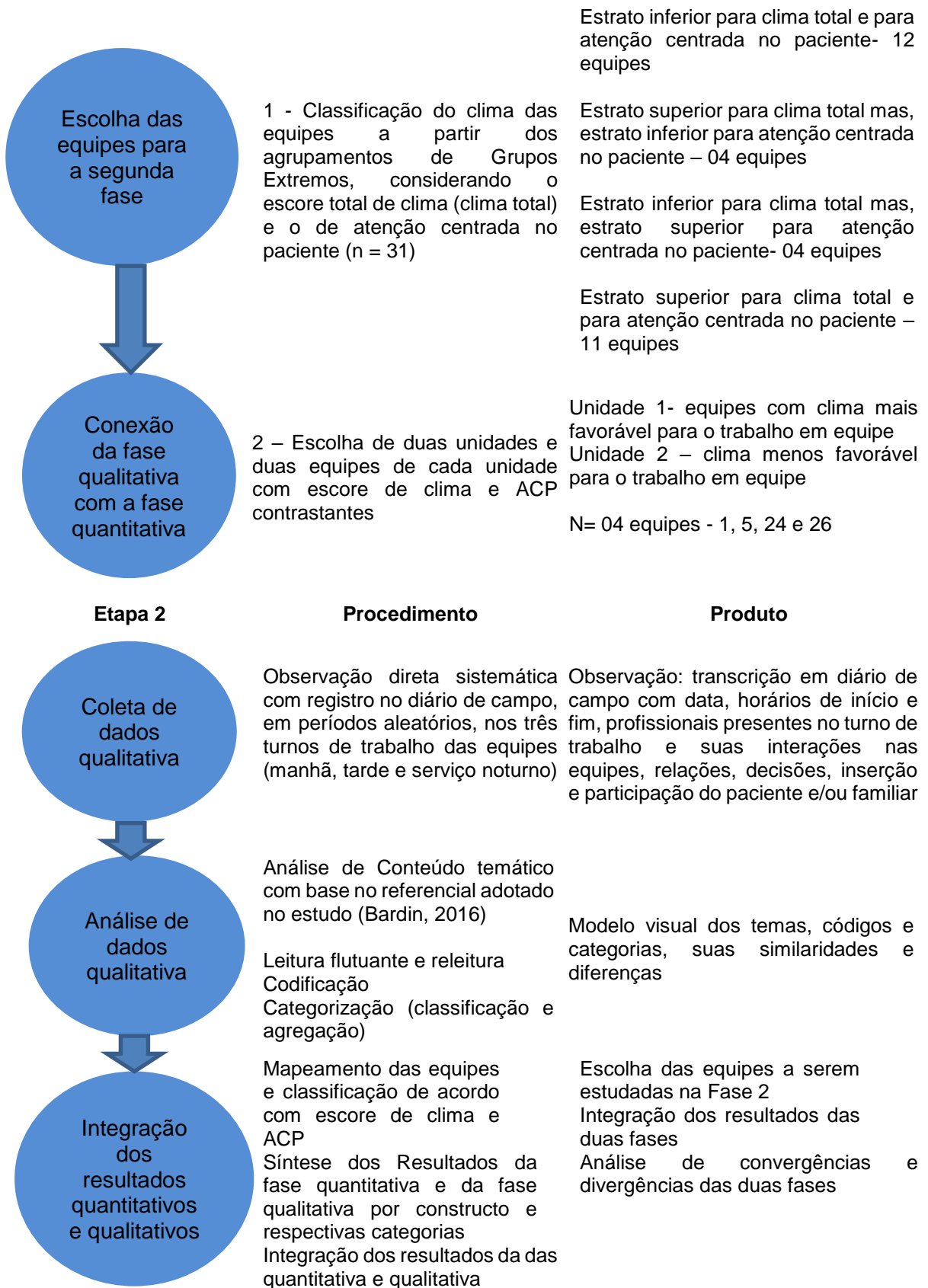
Para realização de uma pesquisa de método misto, é necessário justificar essa escolha e estabelecer os passos importantes para a realização da pesquisa, sendo estes: “sequência da implementação da coleta de dados; qual prioridade será dada à coleta e à análise dos dados; em que momento do projeto esses dados serão integrados” (Creswell, 2007).

Nos estudos sequenciais, os pesquisadores tentam elaborar ou expandir os resultados de um método com outro. Para este estudo, adotou-se a estratégia explanatória sequencial.

Na observação direta existe uma relação de aproximação e distanciamento entre o sujeito e o objeto de estudo. Chama-se de direta pois existe um contato com os informantes, onde o observador não intervém nas situações observadas, cujo objetivo é o registro da realidade encontrada. A observação é uma técnica que torna possível a coleta de dados que são transformados em fatos que contribuem para objetivação ou explicação de atividades dos atores observados e suas experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho e no modelo interpretativo, o observador distancia-se dos fatos para apreender significados que os sujeitos observados atribuem a seus atos. Nas anotações descritivas registra-se a percepção do vivido através do relato exaustivo da situação observada. Nessas anotações devem constar data, horário, local, pessoas envolvidas da situação observada, o horário de início e fim e o número de horas observadas (Mayer; Robert, 2014).

Figura 1 - Diagrama de estudo do método misto, sequencial explanatório.





Fonte: A autora. Adaptado de Espinoza-Quiroz (2016).

6.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado num hospital que faz parte da categoria de hospitais gerais públicos estaduais, com gestão direta, situado no município do Estado da Bahia, com mais de 2.872.347 milhões de habitantes. Ele integra a categoria dos 19 hospitais de administração pública do município, com atendimento de alta e média complexidades, possui mais de 640 leitos, e 100% deles são para atendimento de pacientes do SUS. Nele, são atendidos aproximadamente 515 pacientes por dia em suas diversas especialidades. Em relação à capacidade operacional, possui 675 leitos. É também uma instituição de ensino, certificada pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação.

A estrutura administrativa desse hospital é composta por um colegiado de diretores (geral, de enfermagem, médica e administrativa), sendo todos subordinados à diretoria geral. A administração direta tem pessoa jurídica própria, podendo esta ser a União, o Estado ou o Município, e o que orienta o seu funcionamento é o regime jurídico de direito público (CONASS, 2007).

Nos modelos de gerência de prestação direta a ação pública realiza-se por meio de uma estrutura estatal criada por lei ou mediante autorização legal específica para o exercício de competências públicas, ou seja, por um órgão da Administração Direta ou uma entidade descentralizada, integrante da administração indireta. Essas estruturas somente podem ser extintas por lei (CONASS, 2015, grifos nossos).

A ação direta do Poder Executivo pressupõe que a pessoa jurídica executora seja administrativa, ou seja, pública, dotada de competências públicas a ela atribuídas por lei, com direito de propriedade público, o que implica patrimônio, governança e força de trabalho vocacionados e direcionados exclusivamente para a realização dos objetivos públicos (CONASS, 2015).

Nessa fase do estudo foram selecionadas sete unidades da instituição hospitalar e em seguida excluída uma dessas unidades, pois estava passando por reforma na estrutura física no momento da aplicação do questionário e, com isso, muitos profissionais tinham sido remanejados para outras unidades. A escolha dessas unidades se deu diante das diferenças na dinâmica de funcionamento delas, com graus variados de complexidade e possibilidade de analisar como se configura o

trabalho em equipe e atenção centrada no paciente em diferentes contextos dentro de uma mesma instituição. Para a segunda fase do estudo foram selecionadas duas unidades da instituição.

6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Profissionais das equipes multiprofissionais (enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional), que prestavam assistência direta ao paciente. As equipes foram identificadas na fase de reconhecimento do campo de pesquisa, no momento em que foi realizado o mapeamento das equipes, sendo 193 profissionais distribuídos em 31 equipes.

6.4 CRITÉRIOS INCLUSÃO

Profissionais que faziam parte da equipe assistencial, atuavam na assistência direta aos pacientes e trabalhavam há pelo menos 6 meses na mesma equipe.

Equipes compostas por profissionais da saúde ligados à assistência direta, que prestavam assistência aos mesmos pacientes, interagem no mínimo três períodos por semana, trabalhavam na mesma equipe no mínimo há 6 meses, formadas pelo menos por profissionais de duas áreas profissionais.

6.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizada uma fase de reconhecimento do campo da pesquisa com o objetivo de identificar as equipes existentes nas unidades e definir a amostra a ser estudada na primeira fase. Para tal, foi realizada uma visita à instituição e agendada uma conversa com os informantes chave da instituição: diretor geral, diretor médico, diretora de enfermagem, diretoria de apoio diagnóstico e com os responsáveis pela supervisão das equipes, médica, de enfermagem, nutrição, fisioterapia, serviço social, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, dentre outras que

existem no hospital.

Posteriormente, utilizou-se as escalas mensais da equipe de enfermagem para identificação das equipes, porém ao comparar as escalas mensais com a distribuição diária na unidade, observou-se que os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) realizavam um número elevado de trocas, então optou-se por abordar cada profissional individualmente, tendo como base para formação da equipe o nome dos enfermeiros. Nessa fase do estudo a pesquisadora contou com a ajuda de uma enfermeira, que foi sua aluna de iniciação científica na instituição de trabalho da pesquisadora.

Para o mapeamento das equipes, foi construída uma ficha (Apêndice A) para controle da entrega e recebimento do questionário (Apêndice B) e Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice C). No momento que o profissional era convidado a participar, em caso afirmativo, era entregue uma via do questionário e duas do TCLE, das quais uma era devolvida à pesquisadora ou à enfermeira que participou dessa fase de mapeamento das equipes.

Como, na maioria das vezes, havia dificuldade de o profissional identificar sua equipe, utilizamos como estratégia dois questionamentos: Qual é sua equipe de trabalho na unidade? Com qual enfermeira ou outro profissional da equipe você encontra mais vezes ou da mais plantões juntos? Esses dados foram digitados na ficha controle (Apêndice A) em Word e eram atualizados a cada período de mapeamento que ocorreu nos três turnos de trabalho da unidade (manhã, tarde e/ou serviço noturno).

Na primeira fase, foram distribuídos 510 questionários, retornaram 210, resultando em 300 perdas. Esse número elevado de perdas se deu pelos seguintes motivos: os questionários estavam incompletos, profissionais não devolveram o questionário, foram trocados de setor ou de equipe, assinalavam mais de uma alternativa ou estavam em mais de uma equipe, em diferentes unidades do hospital, por possuírem duplo vínculo na instituição (SESAB e Fundação José Silveira).

Ao final, 210 questionários foram incluídos na planilha Excel e, destes, foram excluídos mais 17 questionários duplicados, pois existiram profissionais que responderam em mais de uma unidade de hospital.

Diante desses fatores, 193 profissionais das equipes que ficaram dentro da configuração de equipe multiprofissional participaram da fase 1, sendo distribuídos em 31 equipes de trabalho das unidades estudadas, sendo cinco equipes na UTI cirúrgica, seis na unidade de emergência, quatro na clínica médica 2c, cinco na UAVC, seis na UTI Geral e cinco na UTI Adulto 2.

Os participantes da pesquisa foram identificados de acordo iniciais do nome, categoria profissional e eram alocados na equipe que relataram fazer parte.

Identificou-se que os profissionais fixos das unidades nas 24 horas de plantão pertenciam a equipe médica e de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Nas UTIs e UAVC, os profissionais fixos da unidade eram médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Os nutricionistas não eram fixos das unidades e eram alocados diariamente na escala das unidades. Os assistentes sociais atendiam em mais de uma unidade, conforme demanda, e, alguns profissionais (terapeuta ocupacional, odontólogo e assistente social) faziam parte de diferentes equipes, por possuírem vínculo duplo na mesma instituição.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou as orientações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Inicialmente, foi encaminhado um ofício solicitando autorização da instituição coparticipante da pesquisa. Com a autorização, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que foi a instituição proponente. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, sob número 2.759.146 e autorização do Comitê de Ética da instituição de realização da pesquisa, na qual foram descritas as etapas ao participante convidado a participar da pesquisa. Em caso de aceite, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE), e cada participante recebia uma via do TCLE, conforme o Apêndice B.

Foi ainda informado que não existiriam benefícios nem prejuízos financeiros para o colaborador e que a sua participação se daria de forma voluntária, com possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização e prejuízo algum. Houve a garantia do sigilo, da privacidade e do anonimato e os participantes foram informados de que os resultados seriam publicados em eventos nacionais e internacionais, artigos científicos, capítulos de livros, entre outros. A data e o horário para realização da coleta foram previamente agendados entre a pesquisadora, instituição participante e os colaboradores envolvidos. Após os esclarecimentos das dúvidas e a concordância em participar da pesquisa, as duas vias do TCLE foram assinadas pelos colaboradores da pesquisa e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um deles. O TCLE e os registros do caderno de campo foram armazenados, ambos serão guardados pelo pesquisador por um período de cinco anos, conforme recomenda a resolução Resolução nº 466/12.

**PRIMEIRA FASE DO ESTUDO:
METODOLOGIA QUANTITATIVA**

7 PRIMEIRA FASE DO ESTUDO: METODOLOGIA QUANTITATIVA

7.1 DESENHO DO ESTUDO

Etapa descritiva, de abordagem transversal, que descreveu as características das variáveis clima de equipe e ACP – esta investigada com base no constructo envolvimento do paciente, que constitui o domínio 8 da escala CPAT (Schroeder et al., 2011). Também foi estudado o agrupamento das equipes, segundo sua classificação com maiores e menores escores de clima de equipe e de envolvimento do paciente.

7.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi definida na fase de reconhecimento do campo de pesquisa, descrita no item 6.5 População do Estudo. Foram identificadas 31 equipes com profissionais da saúde que estavam ligados à assistência direta e cumpriam os critérios de inclusão e características de equipe interprofissional.

7.3 COLETA DOS DADOS QUANTITATIVOS

Nessa fase do estudo, a coleta de dados foi realizada em dois momentos: o primeiro consistiu no mapeamento das equipes em cada unidade, no período de 7 agosto a 31 outubro de 2018, e o segundo na aplicação dos questionários, no período 13 de fevereiro a 11 de abril de 2019. Inicialmente, foi realizada uma reunião com o diretor geral da instituição coparticipante para apresentar o projeto e explicar os objetivos do estudo, das etapas que seriam realizadas e os procedimentos adotados em cada etapa, com a finalidade de obter a anuência da instituição para realização do estudo.

No dia 9 de julho de 2018, a pesquisadora participou de uma reunião em que estavam presentes a diretora de enfermagem, os líderes de enfermagem e as supervisoras de enfermagem de todas as unidades do hospital, para apresentar o projeto e os esclarecimentos de todas as etapas do estudo. Em seguida, no dia 2 de agosto de 2018, a mesma reunião foi realizada com a diretoria de apoio diagnóstico (responsável pelos profissionais não médicos) e seus respectivos coordenadores, para apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas.

Uma cópia do projeto foi entregue a cada diretoria e unidade participante do estudo, para que os profissionais pudessem ter acesso às informações necessárias e esclarecessem dúvidas a qualquer momento. Em seguida, foi iniciado o mapeamento das equipes assistências das unidades hospitalares selecionadas conforme o período já informado. O mapeamento foi realizado a partir das escalas das equipes de enfermagem das unidades, porém essa estratégia foi alterada para o mapeamento, tendo sido identificado que, na distribuição diária das equipes na unidade, existia elevado número de trocas realizadas pelos profissionais, além dos frequentes remanejamentos de plantão ou de unidade, de acordo com demanda pessoal ou do serviço. Ainda, muitos profissionais possuíam mais de um vínculo na mesma instituição e faziam parte de mais de uma unidade escolhida para participar do estudo.

Diante desses aspectos, abordou-se cada profissional da equipe individualmente, explicaram-se os critérios de inclusão e apresentou-se o conceito de equipe interprofissional adotado no estudo, para que ele sinalizasse de qual equipe se sentia fazer parte. Embora tenha sido a forma mais viável para mapear as equipes, a pesquisadora, que, nessa fase, contou com a ajuda de uma colaboradora, necessitou de um tempo maior para abordar o maior número de profissionais dentre o total das seis unidades estudadas.

Para a realização da coleta de dados junto aos profissionais, no período 13 de fevereiro de 2019 a 11 abril de 2019, inicialmente foi realizado um convite aos colaboradores para participarem do estudo. Sendo aceito, foram acordados a melhor maneira e o melhor horário para aplicação do instrumento. Diante da rotina de procedimentos nos quais estavam envolvidos os profissionais, característica da atenção hospitalar e das unidades estudadas, a melhor forma encontrada foi, antes da aplicação do instrumento, realizar uma explicação sobre ele e os procedimentos para preenchimento das respostas, a fim de evitar perdas ou respostas em branco.

Nesse momento, foram esclarecidos os objetivos do estudo nessa fase, tendo sido explicadas possíveis dúvidas e garantido o respeito aos aspectos éticos contidos no TCLE (Anexo B). Em caso de aceite para participar do estudo, foram entregues a cada participante duas vias do TCLE, para que fosse lido e assinado, sendo que uma das quais ficou de posse da pesquisadora responsável e outra do participante. Assim foi entregue o instrumento e foi agendada uma data para retorno com cada profissional individualmente.

O questionário foi entregue a cada membro da equipe de forma individual e, quando recebidos de volta, foi conferido e agrupado em um só envelope com identificação do número da equipe. Esse trâmite foi realizado pela pesquisadora, que, eventualmente, contou com a colaboração de uma enfermeira, ex-aluna de Iniciação Científica, bem como das supervisoras de enfermagem das unidades, que demonstraram interesse em colaborar nessa fase.

Para garantir o sigilo, o anonimato e a confidencialidade, a identificação dos instrumentos aplicados foi realizada por meio das iniciais do nome dos participantes e apenas por categoria profissional e unidade de estudo. Eles foram agrupados em equipes por unidades, sendo os instrumentos respondidos guardados sob responsabilidade da pesquisadora do projeto.

7.3.1 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado questionário (Anexo C) composto por questões fechadas e abertas para avaliar uma série de variáveis de controle para caracterização da amostra, bem como as variáveis de interesse do estudo, conforme detalhamento dado a seguir.

7.3.2.1 Variáveis de Controle

Dentre as variáveis de controle estão os dados sociodemográficos, como: nome, iniciais, data de nascimento, sexo, cor, estado civil e identificador da equipe (ID da equipe), na qual foi utilizada a numeração de 1 a 31, sendo essa identificação feita pela pesquisadora ao organizar os questionários por equipes nos envelopes enumerados, e dados da equipe, como: profissão; formação; ano de conclusão da Graduação; tempo de experiência na profissão; setor onde trabalhava; tempo de

trabalho na unidade, na instituição e na equipe; horário de trabalho; número de integrantes da equipe na qual estava inserido; número de pacientes por turno na unidade; número de pacientes que estavam sob seu cuidado no turno de trabalho; frequência com a qual conversava com o supervisor da unidade sobre as situações do paciente; frequência mensal com que sua equipe se reunia para discutir os pacientes em seu turno de trabalho e número de trocas que realizava por mês.

7.3.2.2 Variáveis de interesse do estudo

O clima de equipe foi estudado aplicando-se a ECTE (Apêndice C), validada em português por Silva (2014); Silva et al. (2016); Rodrigues et al (2019) em sua versão brasileira. A escala original do TCI é um instrumento de medida do clima de trabalho em equipe composto por 38 itens distribuídos em quatro fatores: participação na equipe (12 itens), apoio para ideias novas (oito itens), objetivos da equipe (11 itens) e orientação para as tarefas (sete itens). Os fatores são compostos por afirmativas no formato de escala do tipo *Likert* (Silva et al., 2016). Esse instrumento foi traduzido para o idioma português e validado no Brasil inicialmente no contexto da Atenção Primária à saúde (Silva, 2014; Silva et al., 2016) e, posteriormente, na atenção hospitalar (Ribeiro et al., 2019). Em todos esses estudos, o TCI tem apresentado propriedades psicométricas satisfatórias, no que tange às evidências de validade e confiabilidade.

O TCI já foi validado em mais de 11 países, junto a amostras de diferentes contextos. No estudo de validação do TCI para o Brasil (Silva, 2014; Silva et al., 2016; Rodrigues 2019) foram demonstradas evidências de que os quatro fatores teóricos da escala se reproduziram adequadamente na amostra estudada. Nesse estudo, foram demonstradas evidências de validade baseadas na estrutura interna, por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A confiabilidade foi avaliada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α) e confiabilidade composta (CC) para cada um dos fatores: participação na equipe ($\alpha = 0,92$; CC = 0,94); apoio para ideias novas ($\alpha = 0,93$; CC = 0,94); objetivos da equipe ($\alpha = 0,93$; CC = 0,94) e orientação para as tarefas ($\alpha = 0,93$; CC = 0,94) (Silva, 2014; Silva et al., 2016).

A ACP foi medida a partir dos cinco itens da subescala Envolvimento do Paciente do instrumento CPAT (Schroeder et al., 2011). A referida subescala constitui o oitavo domínio da CPAT (Apêndice D). A CPAT foi originalmente desenvolvida no Canadá, no ano de 2007, por meio de um projeto de pesquisa-ação financiado pela *Health Canada* (Paterson et al., 2007; Mendes et al., 2008). Esse instrumento foi desenvolvido como ferramenta de avaliação da prática colaborativa, com o objetivo de possibilitar às equipes interprofissionais a avaliação de sua prática colaborativa. A versão inicial do instrumento era composta de nove domínios, incluindo três questões abertas (Schroeder et al., 2011).

O referido instrumento foi adaptado e validado para uso no Brasil (Gardin; Guirardello, 2018) numa versão com 56 itens distribuídos, que avaliam oito domínios/subescalas: (1) missão, propósito significativo, metas (oito itens); (2) relacionamentos gerais (oito itens); (3) liderança da equipe (nove itens); (4) responsabilidades gerais da função, autonomia (dez itens); (5) comunicação e troca de informação (seis itens); (6) ligações com a comunidade e coordenação de cuidado (quatro itens); (7) tomada de decisão e gestão de conflitos (seis itens) e (8) envolvimento do paciente (cinco itens) – além de (9) três questões abertas (Schroeder et al., 2011).

Neste estudo de validação para o Brasil, a validade da CPAT foi demonstrada por meio de AFC, tendo a confiabilidade sido avaliada por meio do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach para cada um dos domínios:

missão, propósito significativo, metas ($\alpha = 0,88$); relacionamentos gerais ($\alpha = 0,89$); liderança da equipe ($\alpha = 0,80$); responsabilidades gerais da função, autonomia ($\alpha = 0,81$); comunicação e troca de informação ($\alpha = 0,84$); ligações com a comunidade e coordenação de cuidado ($\alpha = 0,76$); tomada de decisão e gestão de conflitos ($\alpha = 0,67$); envolvimento do paciente ($\alpha = 0,87$) (Gardin; Guirardello, 2018).

A subescala Envolvimento do Paciente é composta por cinco itens com respostas em sete alternativas, que variam de “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (7 pontos) – pontuação esta que define como está a atenção centrada no paciente (Gardin; Guirardello, 2018).

7.4 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Os dados foram digitados no Excel e processados pelo programa IBM *Statísticas SPSS*, versão 23 para Windows, por meio de análises descritivas e inferenciais. Inicialmente, foi realizada a descrição das características da amostra, por análises de frequência e porcentagem válida. Na sequência, foram avaliadas as evidências de validade e confiabilidade dos instrumentos psicométricos.

Para validação da escala de clima de equipe e da subescala Envolvimento do Paciente (ACP), foram empregados recursos da psicometria, a qual consiste em uma linha de estudo da psicologia, que possibilita quantificar fenômenos psicológicos, medir processos mentais, valores e comportamentos. Busca ainda explicar os sentidos das respostas dadas pelos sujeitos sobre um conjunto de itens transformados em resultados numéricos e quantitativos (Meireles, 2015; Erthal, 2009; Pasquali, 2009).

Foram realizadas análises psicométricas para avaliar a estrutura interna das escalas, com o objetivo de avaliar a adequação do modelo teórico que fundamenta tais medidas junto à amostra utilizada no presente estudo. Nesse sentido, a avaliação da dimensionalidade/estrutura interna da ECTE e da subescala Envolvimento do Paciente foi realizada com base na análise fatorial confirmatória (AFC), com o método dos mínimos quadrados ponderados (WLSM) robustos e rotação oblíqua GEOMIN, para estimar a correlação entre os quatro fatores, no caso do TCI (Damásio, 2012; Kline, 2011; Muthén; Muthén, 1998-2012). As AFCs foram implementadas no *software* Mplus 7.

Os modelos estruturais foram especificados de acordo com a estrutura teórica das escalas validada em estudos anteriores: TCI (Anderson; West, 1998; Spinoza et al., 2018); ECTE em amostras brasileiras, nas quais o modelo de quatro fatores foi adequadamente confirmado (Agreli; Silva, 2016; Peduzzi; Bailey, 2017; Ribeiro et al., 2019) e a subescala Envolvimento do Paciente da escala CPAT (Gardin; Guirardello, 2018), especificada para avaliar um modelo unidimensional. Para avaliar o ajuste do modelo teórico aos dados empíricos, foram definidos, como critérios, o índice de ajuste comparativo (CFI) e o índice de Tucker-Lewis (TLI) – valores $\geq 0,90$ indicam ajuste razoável –; e a Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado (RMSEA) e sua versão padronizada (raiz padronizada do resíduo

médio – SRMR) – valores $\leq 0,06$ indicam ajuste, com limite máximo aceitável de 0,08 (Hair et al., 2010; Kline, 2011). Na sequência, o modelo estrutural foi avaliado a partir de indicadores que oferecem informações sobre a qualidade psicométrica do instrumento e por meio do grau de homogeneidade de resposta das pessoas, ou seja, o grau de consistência.

A confiabilidade e a validade são as principais propriedades de medida de um instrumento psicométrico. A primeira é capacidade de reproduzir resultados confiáveis em períodos diferentes ou sob o olhar de vários observadores em contextos diferentes, quando aplicados em condições semelhantes, população e circunstância, o que configura sua estabilidade, consistência interna e homogeneidade. A estabilidade de uma medida apresenta resultados semelhantes em momentos diferentes. A consistência interna pode ser medida pelo alfa de Cronbach, que indica o grau de covariância entre itens de uma mesma escala, considerando um valor ideal os valores superiores a 0,7 ou 70, valor que foi adotado nesse estudo. (Pasquali, 2003; Souza et al., 2017).

A estabilidade de uma medida é dada quando se apresentam resultados semelhantes em momentos diferentes, considerando o mesmo contexto. A confiabilidade composta (CC) e variância média extraída (VME) podem ser utilizados para avaliar a qualidade do modelo estrutural de um instrumento psicométrico. A VME e a CC são indicadores que têm relação com a qualidade da medida. Os escores de uma escala psicométrica devem apresentar diversas evidências de validade e indicadores adequados de precisão. A VME analisa a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos teoricamente relacionados, utilizando-se diferentes métodos ou instrumentos de avaliação. A VEM superior ou igual a 0,50 indica que os construtos teóricos latentes convergem adequadamente no modelo estrutural (Pasquali, 2003; Souza et al., 2017).

Definidas as evidências de validade e confiabilidade dos instrumentos psicométricos, foram criados escores fatoriais para as dimensões/os domínios avaliados. Os escores representam a média aritmética simples das respostas dadas pelos participantes de cada equipe da amostra aos itens que compõem cada um dos fatores aferidos pelos instrumentos de medida utilizados. Tais escores foram utilizados tanto para caracterizar o clima de trabalho das equipes e a ACP, quanto para realizar análises inferenciais, por meio de testes de comparação de grupos (testes *t* e/ou seu

equivalente não paramétrico, como o teste Mann-Whitney e a análise de variância – ANOVA – e/ou seu equivalente não paramétrico, como o teste Kruskal-Wallis). Também foram realizadas análises de correlação entre os resultados de clima de equipe, ACP e variáveis de caracterização da amostra. Nas análises inferenciais, foi adotado o nível de significância $p \leq 0,05$.

**SEGUNDA FASE DO ESTUDO:
METODOLOGIA QUALITATIVA**

8 SEGUNDA FASE DO ESTUDO: METODOLOGIA QUALITATIVA

8.1 DESENHO DE ESTUDO

A segunda fase foi desenvolvida com abordagem qualitativa, que busca aprofundar a compreensão das relações dinâmicas entre os membros da equipe e a prática dos gestores, observando suas interações e a relação com paciente, família na busca de uma ACP.

8.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesta fase os participantes foram os membros das equipes identificadas e agrupadas na primeira fase com escores de clima contrastantes (mais alto e mais baixo), coordenadores e supervisores das equipes das unidades, profissionais e pacientes das unidades estudadas onde estão inseridas as equipes com clima contrastantes.

8.3 COLETA DOS DADOS

Para coleta dos dados utilizamos a técnica de observação direta sistemática (Apêndice C) no período de 13/08/2019 a 12/09/2019, com um total treze dias, cinquenta e cinco horas e trinta minutos na Unidade 3 e de 27/09/2019 a 04/11/2019 na Unidade 1, correspondendo um total de doze dias e quarenta e cinco horas, sendo que esses dias foram alternados em plantões diurnos e noturnos.

Para observação direta sistemática o pesquisador deve anotar em caderno de campo os fatos ocorridos, como ocorrem, em que circunstâncias ocorrem e com qual frequência. Para tal, é importante que o pesquisador tenha conhecimento sobre o tema e seja capaz de elaborar um roteiro que ajude na construção das categorias em função das quais se deseja analisar a situação (Poupart et al., 2019; Flick, 2009; Minayo, 2008).

A observação direta sistemática tem como objetivo a descrição detalhada dos fenômenos. Neste caso o pesquisador elabora um plano prévio de observação e faz observações durante períodos aleatórios (Angrosino, 2009) (Apêndice C).

O caderno de campo consiste em anotações feitas pelo observador, nele devem ser escritas impressões pessoais que são percebidas ao longo da observação nas situações que ocorrem no cotidiano do trabalho, entre essas situações temos: conversas informais, comportamentos que contradizem as falas, situações de conflito, forma de atuação na equipe, dentre outros aspectos (Poupart et al., 2019).

A observação direta sistemática aconteceu após prévia autorização de acesso fornecida pela instituição e pela unidade. Inicialmente a presença da pesquisadora na unidade teve como finalidade conhecer o espaço físico, a rotina de trabalho das equipes estudadas e estabelecer um contato inicial com os participantes da pesquisa. Nessa etapa da coleta foi possível voltar o olhar para o trabalho em equipe, a gestão e ACP buscando observar o comportamento verbal e não verbal dos participantes em profundidade.

Para realizar a observação foi feita uma aproximação com o grupo a partir das reuniões, nas quais houve esclarecimento dos objetivos do estudo e do papel de observadora sem julgamento prévio, buscando compreender as expectativas do grupo e conseguir a aceitação e confiança dele.

Durante a observação foram registradas no diário de campo as percepções diárias, conversas informais, reuniões, observação de comportamentos, falas e impressões pessoais de todos os profissionais e pacientes de cada unidade (Gerra, 2014).

8.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados qualitativos da observação direta, utilizou-se a análise de conteúdo temática de Bardin (2016).

Para realizar a análise temática busca encontrar os núcleos de sentido presente no conteúdo analisado, cuja presença ou frequência dos temas extraídos

dos registros que podem ter alguma importância para o objeto estudado e seus objetivos (Minayo 2009; Bardin, 2016).

A análise de conteúdo busca trabalhar com o texto e seu contexto. O pesquisador deve estar atento a dois pressupostos básicos deste tipo de análise: o sentido de uma palavra, expressão ou proposição que expressa posições ideológicas e experiências vivenciadas no contexto onde as relações são produzidas (Minayo, 2009).

O texto pode ser proveniente de relatos e de ações e situações observadas. Os relatos não são somente texto e enunciação de palavras. Trata-se de uma linguagem em interação, com seus efeitos de superfície e representa relações socialmente estabelecidas. Demonstra o ponto de vista dos indivíduos sobre determinado assunto a partir de um contexto no qual está inserido (Minayo, 2008)

O estudo adotou as três etapas de análise de conteúdo proposta por Bardin, 2016:

- 1) Pré-análise: a leitura flutuante dos registros de caderno de campo com a finalidade de organização dos dados para encontrar a unidade de registro, a unidade de contexto, a modalidade de codificação e forma de categorização. Nessa fase é importante atentar-se para aspectos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência quanto a utilidade como fonte de informação para o estudo, no qual são estabelecidas a formulação de hipóteses e objetivos para certificar-se de que se atingiu a finalidade proposta;
- 2) Exploração do material – o pesquisador busca encontrar as categorias a partir dos trechos selecionados na codificação que tenham significado, buscando reduzir esses trechos a expressões ou palavras;
- 3) Tratamentos dos Resultados e Interpretação – nessa fase o pesquisador descreve os resultados e realiza interpretações com base nos objetivos estudo.

A análise e a classificação dos dados nesse estudo foi realizada a partir das seguintes etapas: registro e transcrição detalhada dos dados do diário de campo da observação direta sistemática, seguidos da leitura vertical do registro de cada sessão de observação e da leitura horizontal do conjunto dos registros de todo período de

observação, identificação das unidades de sentido, exploração do material (codificação e categorização e agrupamento dos dados conforme a similaridade), organização dos resultados e interpretação.

A codificação consiste na fragmentação dos dados, com o objetivo de expressá-los em forma de conceitos para uma posterior categorização, na qual eles são agrupados por semelhanças e pela frequência com as quais se apresentaram (Minayo, 2008; Bardin, 2016; Poupart et al., 2014).

Os procedimentos foram realizados com olhar voltado para os objetivos da pesquisa e o referencial teórico adotado no estudo, no qual os conceitos dos constructos considerados foram preestabelecidos.

Os resultados da observação direta nas duas unidades foram triangulados. A triangulação enfatiza o desenvolvimento de novos conhecimentos buscando afinidade nos resultados e, pressupõe que as divergências podem ser igualmente importantes na criação do conhecimento baseado na ideia de que certos métodos são capazes de ver apenas aspectos particulares do fenômeno ou de revisar atributos específicos da teoria. Assim, a Triangulação Holística permite gerar novas perspectivas para o modelo ou desenvolver uma maior compreensão do fenômeno, utilizando diferentes abordagens capazes de gerar ou elaborar ideias que possam ampliar sua compreensão. Destacando sua capacidade de fornecer autenticidade de contexto para os comportamentos explorados ou capturando comportamentos de interesse em seu contexto natural (Burton & Obel 2011; Shan & Corley, 2006).

**RESULTADOS
DA PRIMEIRA FASE**

9 RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE

Os resultados da caracterização da amostra estão descritos como frequência e percentual válidos.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 193 profissionais distribuídos em 31 equipes de trabalho das unidades estudadas.

Entre os participantes, 139 (72,0%) eram do sexo feminino e 54 (28,0%) do sexo masculino, autodeclarados quanto à cor, como pardos (n = 112; 58%), pretos (n = 53; 27,5%); brancos (n = 26; 13,5%) ou amarelos (n = 2; 1%), com idades variando de 21 a 68 anos (M = 38,01; DP = 9,05; Md = 36 anos). Quanto ao estado civil, os participantes do estudo eram solteiros (n = 85; 45,0%), casados (n = 79; 41,8%), divorciados (n = 13; 6,9%), viúvos (n = 6; 3,2%) ou estavam em outras configurações, como união estável, moravam juntos ou não responderam (n = 10, 5,1%) (Tabela 1).

Resultados da primeira fase

Tabela 1. Distribuição dos profissionais segundo sexo, faixa etária/idade, raça/cor e estado civil. Salvador, Bahia, 2019.

Variáveis	Categorias	Frequência	% válido
Sexo	Feminino	139	72,0
	Masculino	54	28,0
Faixa etária/ Idade	até 30a	39	20,2
	31 a 40a	92	47,7
	41 a 50a	38	19,7
	51a ou mais	24	12,4
Raça/ Cor	Preta	53	27,5
	Branca	26	13,5
	Amarela	2	1,0
	Parda	112	58,0
Estado civil	Solteiro	85	45,0
	Casado	79	41,8
	Divorciado	13	6,9
	Viúvo	6	3,2
	Outro	6	3,2

No que se refere à profissão (Tabela 2), foram mais frequentes os seguintes profissionais: técnicos em enfermagem (n = 69; 35,8%), enfermeiros (n = 41; 21,2%), fisioterapeutas (n=28; 14,5%), médicos (n=22; 11,4%), assistentes sociais (n=10; 5,2%), auxiliares de enfermagem (n=9; 4,7%), psicólogos (n=7; 3,6%), fonoaudiólogos (n=5; 2,6%) e nutricionistas (n=2; 1,0%).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais segundo profissão/ categoria profissional. Salvador, Bahia. 2019

Profissões	Frequência	% válido
Técnico de Enfermagem	69	35,8
Enfermeiro	41	21,2
Fisioterapeuta	28	14,5
Médico	22	11,4
Assistente social	10	5,2
Auxiliar de Enfermagem	9	4,7
Psicólogo	7	3,6
Fonoaudiólogo	5	2,6
Nutricionista	2	1,0

No quesito formação profissional (Tabela 3), a maioria possuía algum curso profissionalizante, como técnico ou auxiliar de enfermagem (n = 73; 37,2%), seguidos por especialização (n = 68; 35,2%), apenas Graduação (n = 30; 15,5%), residência (n

Resultados da primeira fase

= 11; 5,7%), Mestrado (n = 4; 2,1%), Doutorado (n = 1; 0,5%), aprimoramento (n = 1; 0,5%) e outro/ sem resposta (n = 5; 2,6%). Ao avaliar a formação profissional de forma agrupada, 85 (44,0%) profissionais possuíam Pós- Graduação (especialização, residência, mestrado e/ou doutorado, aprimoramento); 73 (37,8%) possuíam curso profissionalizante (técnico ou auxiliar de enfermagem); 30 (15,5%) relataram ter cursado apenas a Graduação; 2 (1%) outro, relataram ter outro nível de formação não especificado, 3 (5,6%) não responderam.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais, segundo maior nível de formação - Salvador (BA), 2019.

Formação	Frequência	% válido
Curso profissionalizante (técnico ou auxiliar de enfermagem)	73	37,2
Especialização	68	35,2
Graduação	30	15,5
Residência	11	5,7
Mestrado	4	2,1
Doutorado	1	0,5
Aprimoramento	1	0,5
Outro/ sem resposta	5	2,6
Formação agrupada:		
Pós-Graduação (Especialização, residência, aprimoramento, mestrado ou doutorado)	85	44,0
Curso profissionalizante (técnico ou auxiliar de enfermagem)	73	37,8
Graduação	30	15,5
Outro	2	1,0
Sem resposta	3	5,6

Referente a quantidade de anos desde que conclui a graduação (Tabela 4), observou-se variação de 1 a 44 anos (M = 11,33; DP = 8,02; Md = 9,00), sendo que 52 (26,9%) profissionais tinham se formado há pelo menos 5 anos; 57 (29,5%) entre 6 e 10 anos; 39 (20,2%) entre 11 e 15 anos; 23 (11,9%) entre 16 e 20 anos e 22 (11,4%) tinham se formado há mais de 20 anos.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais, segundo ano de conclusão da Graduação, por categorias - Salvador (BA), 2019.

Anos de conclusão da Graduação	Frequência	% válido
Até 5a	52	26,9
6 a 10a	57	29,5
11 a 15a	39	20,2
16 a 20a	23	11,9
20a ou mais	22	11,4

Em relação ao tempo de experiência na profissão (Tabela 5), a variação observada foi de 8 a 498 meses (M = 121,6; DP = 95,25; Md = 99,00), sendo que 66

Resultados da primeira fase

(34,2%) profissionais relataram ter até 60 meses de experiência na profissão; 47 (24,4%) de 61 a 120 meses; 62 (32,1%) de 121 a 240 meses e 18 (9,3%) relataram ter 241 meses ou mais de experiência na profissão.

Tabela 5. Distribuição dos profissionais, segundo tempo de experiência na profissão por categoria (a cada 5 anos) - Salvador (BA), 2019.

Tempo de experiência na profissão	Frequência	% válido
Até 60 meses	66	34,2
61 a 120 meses	47	24,4
121 a 240 meses	62	32,1
241a ou mais	18	9,3

Os participantes do estudo pertenciam a equipes de diferentes setores (Tabela 6), sendo a maioria da Unidade 1 (n = 43; 22,3%), seguida por Unidade 3 (n = 36; 18,7%), Unidade 6 (n = 34; 17,6%), Unidade 2 (n = 32; 16,6%), Unidade 4 (n = 25; 13,0%) e Unidade 5 (n = 23; 11,9%).

Tabela 6. Distribuição dos profissionais, segundo setor onde trabalha - Salvador (BA), 2019.

Setor onde trabalha	Frequência	% válido
Unidade 1	43	22,3
Unidade 3	36	18,7
Unidade 6	34	17,6
Unidade 2	32	16,6
Unidade 4	25	13,0
Unidade 5	23	11,9

Unidade: setor do hospital; 1,2,3,4,5,6: identificação das unidades

Em relação à variável tempo de trabalho, o tempo de trabalho na unidade teve variação de 2 a 414 meses (M = 50,56; DP = 59,61; Md = 24,00); o tempo de trabalho na variou de 6 a 414 meses (M = 64,5; DP = 70,59; Md = 36,00) e o tempo de trabalho na equipe foi de 6 a 414 meses (M = 42,88; DP = 52,89; Md = 24,00). A distribuição dessa variável organizada em categorias está detalhada na Tabela 7.

Resultados da primeira fase

Tabela 7. Distribuição dos profissionais, segundo tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe - Salvador (BA), 2019.

Tempo de trabalho	Frequência	% válido
Unidade		
Até 12 meses (1ano)	37	19,2
13 a 24 meses (2 anos)	65	33,7
25 a 36 meses (3 anos)	18	9,3
37 a 48 meses (4 anos)	16	8,3
49 a 60 meses (5 anos)	8	4,1
61 a 120 meses (10 anos)	24	12,4
121 meses ou mais (mais de 10 anos)	25	13,0
Instituição		
Até 12 meses (1ano)	27	14,0
13 a 24 meses (2 anos)	56	29,0
25 a 36 meses (3 anos)	17	8,8
37 a 48 meses (4 anos)	22	11,4
49 a 60 meses (5 anos)	9	4,7
61 a 120 meses (10 anos)	24	12,4
121 meses ou mais (mais de 10 anos)	38	19,7
Equipe		
Até 12 meses (1ano)	46	23,8
13 a 24 meses (2 anos)	68	35,2
25 a 36 meses (3 anos)	19	9,8
37 a 48 meses (4 anos)	14	7,3
49 a 60 meses (5 anos)	7	3,6
61 a 120 meses (10 anos)	22	11,4
121 meses ou mais (mais de 10 anos)	17	8,8

A caracterização do trabalho na unidade pode ser visualizada na Tabela 8. O número de integrantes na equipe variou de três a 12 ($M = 7,35$; $DP = 2,68$; $Md = 7,00$). Dentre as 31 equipes, vinte e três (10,9%) tinham até três integrantes; cento e trinta e oito (71,5%) de quatro a dez integrantes; trinta e quatro (17,6%) tinham ou mais integrantes; três (1,6%) não responderam. O número de paciente por turno na unidade variou de cinco a 72 ($M = 16,46$; $DP = 9,57$; $Md = 13,00$), tendo sido agrupado em até dez pacientes ($n = 92$; 47,7%); de 11 a 20 ($n = 60$; 31,1%); 21 ou mais ($n = 38$; 19,7%) e sem resposta ($n = 3$; 1,6%). Já em relação ao número de pacientes sob cuidado no turno de trabalho, a variação foi de dois a 32 ($M = 8,58$; $DP = 7,17$; $Md = 7,00$), tendo sido agrupado até cinco ($n = 79$; 40,9%); de seis a 10 ($n = 80$; 41,5%); 11 ou mais ($n = 32$; 16,6%), sem resposta ($n = 2$; 1,0%). Quanto ao horário de trabalho, a manhã teve um participante (0,5%), o período diurno teve 88 (45,6%), o noturno teve 21 (10,9%) e o horário misto foi mencionado por 83 participantes (43,0%).

Resultados da primeira fase

Tabela 8. Distribuição da amostra, segundo número de integrantes, de pacientes na unidade e de pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho (total das equipes) - Salvador (BA), 2019.

Caracterização do trabalho na unidade	Frequência	% válido
Número de integrantes nas equipes		
Até 3	23	10,9
4 a 10	138	71,5
11 ou mais	34	17,6
Sem resposta	3	1,6
Número de paciente por turno na unidade		
Até 10	92	47,7
11 a 20	60	31,1
21 ou mais	38	19,7
Número de pacientes sobre seu cuidado no turno de trabalho		
Até 5	79	40,9
6 a 10	80	41,5
11 ou mais	32	16,6
Sem resposta	2	1,0
Horário de trabalho		
Manhã	1	0,5
Diurno	88	45,6
Noturno	21	10,9
Misto	83	43,0

Nos aspectos relacionados à interação na equipe (Tabela 9), 94 profissionais (49,0%) informaram que conversavam com o superior diariamente, 29 (15,0%) o faziam uma vez na semana, 18 (9,4%) a cada 2 meses, 11 (5,7%) uma vez por mês, e 41 profissionais assinalaram o campo “outro” (21,2%). Quanto à frequência mensal de reuniões da equipe, 87 profissionais (45,3%) relataram que não se reuniam, 22 (11,5%) relataram se reunir uma vez por mês, outros 22 (11,5%) duas vezes por mês, 20 profissionais (10,4%) relataram que se reuniam diariamente, 14 profissionais (7,3%) mencionaram reuniões três vezes por mês, seis profissionais (3,1%) informaram acima de três reuniões mensais e 22 (10,5%) profissionais assinalaram o campo “outro”.

Resultados da primeira fase

Tabela 9. Distribuição da amostra segundo frequência de reunião com supervisor e com equipe - Salvador (BA), 2019.

Interação na equipe de trabalho	Frequência	% válido
Frequência com a qual conversa com o supervisor		
Diariamente	94	49,0
Uma vez na semana	29	15,0
A cada dois meses	18	9,4
Uma vez por mês	11	5,7
Outro	41	21,2
Frequência mensal de reuniões da equipe		
Não se reúne	87	45,3
Uma vez	22	11,5
Duas vezes	22	11,5
Três vezes	14	7,3
Diariamente	20	10,4
Acima de três	6	3,1
Outro	22	10,5

Quanto ao número de trocas realizadas por mês (Tabela 10), 24 (12,4%) participantes relataram uma, 50 (25,9%) duas, 26 (13,5%) três e 93 (48,2%) acima de três. De forma agrupada, a distribuição dessa variável pode ser descrita como até três trocas por mês ($n = 100$; 51,8%) e acima de três trocas por mês ($n = 93$; 48,2).

Tabela 10. Distribuição dos profissionais da amostra, segundo número de trocas que realiza por mês - Salvador (BA), 2019.

Número de trocas por mês	Frequência	Percentual válido %
Uma	24	12,4
Duas	50	25,9
Três	26	13,5
Acima de três	93	48,2
Número de trocas por mês (dicotômica)		
Até 3 trocas	100	51,8
Acima de três trocas	93	48,2

9.2 VALIDAÇÃO DAS ESCALAS PSICOMÉTRICAS

Não foram observados casos omissos (*missing values*) em nenhum dos itens dos instrumentos psicométricos, e as análises relatadas a seguir consideraram a amostra total do estudo ($n = 193$).

9.2.1 Análise psicométrica da Escala de Clima de Trabalho em Equipe

Os resultados da AFC retornaram com índices de ajuste aceitáveis e satisfatórios (CFI = 0,93; TLI = 0,92; RMSEA = 0,07; intervalo de confiança de 90% – IC90% 0,07-0,08). Os parâmetros estimados para os itens são apresentados na

Tabela 11.

Tabela 11. Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Clima de Trabalho em Equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Itens	Fatores				r ^{it}
	F1	F2	F3	F4	
i01. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	0,59				0,45
i02. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	0,75				0,63
i03. Nós nos influenciemos mutuamente	0,66				0,58
i04. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	0,72				0,61
i05. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	0,72				0,63
i06. Os pontos de vista de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	0,77				0,64
i07. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	0,80				0,67
i08. Estamos constantemente em contato	0,81				0,72
i09. Interagimos frequentemente	0,84				0,75
i10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	0,83				0,68
i11. Temos contato como equipe	0,83			0,72	
i12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	0,61			0,50	
i13. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas				0,63	
i14. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário				0,69	
i15. Esta equipe é aberta e responde a mudanças				0,65	
i16. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas				0,69	
i17. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias				0,66	

Resultados da primeira fase

novas

i18. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas			0,72
i19. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas			0,68
i20. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	0,75		0,67
i21. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	0,77		0,70
i22. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	0,78	0,79	
i23. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	0,82	0,80	
i24. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos	0,78	0,65	
i25. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	0,83	0,70	
i26. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?		0,75	0,72
i27. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?		0,88	0,81
i28. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?		0,81	0,76
i29. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?		0,81	0,71
i30. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	0,72		0,64
i31. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?		0,88	0,70

Resultados da primeira fase

i32. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?			0,82	0,70
i33. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?			0,77	0,68
i34. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?			0,81	0,67
i35. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?			0,80	0,76
i36. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?			0,84	0,76
i37. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?			0,86	0,79
i38. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?			0,88	0,80
Número de itens	12	08	11	07
Alfa de Cronbach	0,90	0,90	0,93	0,92
Confiabilidade composta	0,94	0,92	0,95	0,94
Variância média extraída (VME)	0,58	0,59	0,65	0,68

Legenda: F1: participação na equipe; F2: apoio para novas ideias; F3: objetivos da equipe; F4: orientação para tarefas; r^{it}: correlação item-total.

Os resultados obtidos acerca da consistência interna dos fatores foram satisfatórios, variando de 0,90 a 0,93 (coeficiente alfa de Cronbach) e de 0,92 a 0,95 (coeficientes de CC). Os indicadores de VME também revelaram índices adequados, variando de 0,58 a 0,68. Do ponto de vista estrutural, os quatro fatores estiveram altamente correlacionados (Tabela 12).

Tabela 12. Correlação GEOMIM* entre os quatro fatores aferidos pela ECTE (N = 193) - Salvador (BA), 2019.

	F1. Participação na equipe	F2. Apoio para ideias novas	F3. Objetivos da equipe	F4. Orientação para tarefas
F1. Participação na equipe	0,76			
F2. Apoio para ideias novas	0,78	0,77		
F3. Objetivos da equipe	0,62	0,63	0,81	
F4. Orientação para tarefas	0,70	0,74	0,66	0,83

*Todos os coeficientes de correlação foram estimados ao nível de $p \leq 0,05$.

Na diagonal, estão indicados os coeficientes que informaram até que ponto cada variável latente modelada (fatores de clima) era diferente e podia ser discriminada das demais variáveis latentes estimadas pelo modelo estrutural da AFC. Esses indicadores devem ser maiores que o coeficiente de correlação entre os fatores para assim dizer que os fatores latentes se discriminaram adequadamente entre si. As correlações do Fator 1 com o Fator 2 foram superiores à raiz quadrada da VME, indicando que a variância explicada pelo Fator 1 podia ser9 em grande parte, compartilhada com a variância explicada pelo Fator 2.

9.2.1 Análise psicométrica da subescala Envolvimento do Paciente da *Collaborative Practice Assessment Tool* (atenção centrada no paciente)

Os resultados de ajuste do modelo unidimensional confirmatório, especificado para representar o construto latente envolvimento do paciente/ACP, foram satisfatórios, com discreta melhoria quando estimados a partir do método de estimação da máxima verossimilhança (ML) – estimador WLSMV: CFI = 0,98; TLI = 0,97; RMSEA = 0,08; IC90% = 0,03-0,15; estimador ML: CFI = 0,97; TLI = 0,96; RMSEA = 0,06; IC90% = 0,00-0,13; SRMR = 0,03. Os parâmetros calculados a partir do estimador ML estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da subescala 8 da *Collaborative Practice Assessment Tool*, Envolvimento do Paciente, (n = 193) - Salvador (BA), 2019

Itens	Carga fatorial	r ^{it}
1. Os membros da equipe encorajam pacientes/clientes a participarem ativamente nas decisões sobre o tratamento e cuidado?	0,63	0,50
2. Os membros da equipe têm contato pessoal com os pacientes/clientes assistidos pela equipe?	0,44	0,39
3. Informações relevantes para o planejamento dos cuidados são compartilhadas com o paciente/cliente?	0,74	0,57
4. O paciente/cliente é considerado um membro de sua equipe de saúde?	0,52	0,46
5. A família e aqueles que dão apoio aos clientes/pacientes são incluídos nos planos de cuidados, quando solicitados pelo paciente?	0,64	0,51
Número de itens	05	
Alfa de Cronbach	0,72	
Confiabilidade composta	0,73	
Variância média extraída	0,36	

r^{it}: correlação item-total.

Conforme resultados apresentados na Tabela 13, a consistência do modelo unidimensional estimado pôde ser considerada aceitável e satisfatória ($\alpha = 0,72$; CC = 0,73; VME = 0,36).

9.2.2 Análise dos escores de clima de equipe e de atenção centrada no paciente

Foram criados escores a partir da média aritmética simples das respostas dadas pelos participantes aos itens agrupados em cada um dos quatro fatores de clima de equipe (Tabela 11) e ao fator geral de clima de equipe (clima total), bem como para representar o fator de ACP (Tabela 13). Esses escores foram calculados para cada um dos profissionais participantes, bem como para representar o escore médio de cada uma das 31 equipes da amostra. A interpretação destes escores deve considerar que quanto maior o escore, maior a concordância do profissional e da equipe com as assertivas de cada item e dos fatores.

9.2.3 Correlação entre os escores de clima de equipe e atenção centrada no paciente

Resultados de análise de correlação (ρ de Spearman) demonstraram que os escores de clima de equipe e de ACP se associam positivamente e de forma significativa. Isso significa que quanto maiores os escores de clima (melhor clima de equipe), maiores os escores de ACP. A correlação dos escores de ACP com as quatro dimensões de clima obtidas foram as seguintes: participação na equipe ($\rho = 0,39$; $p = 0,01$); apoio para novas ideias ($\rho = 0,43$; $p = 0,01$); objetivos da equipe ($\rho = 0,44$; $p = 0,01$) e orientação para tarefas ($\rho = 0,44$; $p = 0,01$). Já em relação ao escore de clima total, a magnitude da associação foi ainda maior ($\rho = 0,50$; $p = 0,01$).

9.2.4 Escores de clima de equipe, atenção centrada no paciente e comparações em função de características da amostra total

A Tabela 14 apresenta os resultados descritivos dos escores apurados para os profissionais da amostra.

Tabela 14. Estatísticas descritivas para os fatores de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente para a amostra total ($n = 193$) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Estatísticas descritivas				
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínima	Máxima
Participação na equipe	3,65	0,68	3,67	1,42	5,00
Apoio para novas ideias	3,35	0,70	3,38	1,00	5,00
Objetivos da equipe	5,11	1,11	5,20	1,00	7,00
Orientação para tarefas	4,78	1,20	4,75	1,00	7,00
Clima total	4,21	0,77	4,26	1,39	5,95
Atenção centrada no paciente	5,11	1,20	5,20	1,60	7,00

Em relação aos quatro fatores de clima, o F3.Objetivos da equipe apresentou resultados mais elevados ($M = 5,11$; $DP = 1,11$ e $Md = 5,20$) e o F2.Apoio para ideias novas, os mais baixos ($M = 3,35$; $DP = 0,68$ e $Md = 3,38$), em relação à ACP ($M = 5,11$, $DP = 1,20$ e $Md = 5,20$).

Do ponto de vista da variável sexo, foram encontradas diferenças significativas apenas nos fatores F3. Objetivos da equipe ($t = -2,565$; grau de liberdade – $gl = 191$; $p = 0,01$) e clima total ($t = -1,968$; $gl = 191$; $p = 0,05$). Em ambos os fatores, o grupo masculino (médias de 5,43 e 4,38, respectivamente) obteve pontuações significativamente superior na comparação com o grupo feminino (médias de 4,98 e 4,14, respectivamente).

Não foram observadas diferenças significativas nos escores dos participantes, em função das variáveis raça/cor e estado civil. Para a variável profissão, os grupos eram muito desiguais, e não foi realizado teste de comparação de média.

Ao avaliar diferenças nos escores em função da variável formação em categorias, foram obtidos resultados significativos para F1. Participação na equipe ($F = 2,779$; $gl = 3$; $p = 0,04$) e F3. Objetivos da equipe ($F = 4,122$; $gl = 3$; $p = 0,01$). Em ambos os fatores, o grupo com Graduação (médias de 3,91 e 5,59, respectivamente) obteve pontuações significativamente superior na comparação com o grupo que possuía nível técnico/profissionalizante (médias de 3,50 e 4,83, respectivamente). Não foram observadas diferenças significativas nos escores dos participantes em função do ano de conclusão da Graduação, nem mesmo em relação ao tempo de experiência na profissão.

A comparação dos escores em função do setor de trabalho revelou diferenças significativas entre os grupos na maioria dos fatores avaliados, exceto para o F1. Participação na equipe (Tabela 15).

Tabela 15. Resultados da comparação entre as médias das dimensões de clima e atenção centrada no paciente em função do setor de trabalho ($n = 193$) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Grupos	n	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparação	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Unidade 1	43	3,49	0,67	3,29	3,70	1,764	0,122
	Unidade 2	32	3,73	0,62	3,51	3,96		
	Unidade 3	36	3,77	0,57	3,58	3,97		
	Unidade 4	25	3,89	0,77	3,57	4,20		
	Unidade 5	23	3,47	0,79	3,13	3,81		
	Unidade 6	34	3,60	0,70	3,36	3,85		
	Total	193	3,65	0,68	3,56	3,75		

Resultados da primeira fase

F2.Apoio para novas ideias	Unidade 1	43	3,14	0,71	2,92	3,36	2,939	0,014
	Unidade 2	32	3,41	0,74	3,15	3,68		
	Unidade 3	36	3,64	0,51	3,46	3,81		
	Unidade 4	25	3,48	0,62	3,22	3,73		
	Unidade 5	23	3,10	0,90	2,71	3,49		
	Unidade 6	34	3,34	0,61	3,13	3,55		
	Total	193	3,35	0,70	3,25	3,45		
F3.Objetivos da equipe	Unidade 1	43	4,82	1,00	4,51	5,13	4,436	0,001
	Unidade 2	32	5,28	0,98	4,92	5,63		
	Unidade 3	36	5,68	0,79	5,42	5,95		
	Unidade 4	25	5,18	1,08	4,73	5,63		
	Unidade 5	23	4,51	1,53	3,85	5,17		
	Unidade 6	34	5,06	1,05	4,70	5,43		
	Total	193	5,11	1,11	4,95	5,27		
F4.Orientação para tarefas	Unidade 1	43	4,49	1,10	4,16	4,83	4,371	0,001
	Unidade 2	32	4,92	1,20	4,48	5,35		
	Unidade 3	36	5,27	0,87	4,97	5,56		
	Unidade 4	25	5,15	1,21	4,65	5,65		
	Unidade 5	23	4,04	1,39	3,44	4,64		
	Unidade 6	34	4,71	1,21	4,29	5,13		
	Total	193	4,78	1,20	4,61	4,95		
Clima total	Unidade 1	43	3,98	0,69	3,77	4,19	4,509	0,001
	Unidade 2	32	4,32	0,74	4,06	4,59		
	Unidade 3	36	4,56	0,55	4,38	4,75		
	Unidade 4	25	4,41	0,78	4,08	4,73		
	Unidade 5	23	3,78	1,03	3,34	4,23		
	Unidade 6	34	4,17	0,72	3,91	4,42		
	Total	193	4,21	0,77	4,10	4,32		
Atenção centrada no paciente	Unidade 1	43	4,72	1,20	4,35	5,09	4,629	0,001
	Unidade 2	32	4,92	1,18	4,49	5,34		
	Unidade 3	36	5,77	0,92	5,45	6,08		
	Unidade 4	25	5,52	0,95	5,13	5,91		
	Unidade 5	23	4,76	1,23	4,22	5,29		
	Unidade 6	34	5,00	1,34	4,53	5,47		
	Total	193	5,11	1,20	4,93	5,28		

F: estatística da análise de variância; Unidade: setor estudado; número 1,2,3,4,5,6: identificação das unidades

Resultados de análises *post hoc* de Tukey da diferença honestamente significativa (HSD) indicaram que os profissionais lotados na unidade 5 (M = 3,10; M = 4,51) apresentaram médias inferiores na comparação com os profissionais da

Resultados da primeira fase

unidade 3 ($M = 3,64$; $M = 5,68$) nos fatores de clima apoio para novas ideias e objetivos da equipe, respectivamente. No F4. Orientação para tarefas, o grupo da unidade 5 ($M = 4,04$) também apresentou médias significativamente inferiores na comparação com os profissionais lotados na unidade 4 ($M = 5,15$), unidade 3 ($M = 5,27$) e unidade 2 ($M = 4,49$). No escore de clima total, os profissionais da unidade 3 ($M = 4,56$) pontuaram significativamente mais na comparação com o pessoal da unidade 1 ($M = 3,98$) e unidade 4 ($M = 3,78$). Em relação ao escore de ACP, a unidade 3 ($M = 5,77$) apresentou pontuação significativamente superior na comparação com a unidade 1 ($M = 4,72$) e a unidade 5 ($M = 4,76$).

A comparação dos escores em função do tempo de trabalho na unidade revelou diferenças significativas entre os grupos na maioria dos fatores avaliados, exceto para ACP (Tabela 16).

Tabela 16. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na unidade ($n = 193$) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Grupos por tempo de trabalho na unidade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Até 12 meses (1 ano)	37	3,98	0,64	3,76	4,19	2,932	0,009
	13 a 24 meses (2 anos)	65	3,57	0,62	3,42	3,73		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	3,63	0,80	3,24	4,03		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	3,78	0,70	3,40	4,15		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	3,86	0,58	3,38	4,35		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	3,57	0,66	3,29	3,85		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	3,33	0,70	3,04	3,61		
	Total	193	3,65	0,68	3,56	3,75		
F2. Apoio para novas ideias	Até 12 meses (1 ano)	37	3,66	0,68	3,43	3,89	3,693	0,002
	13 a 24 meses (2 anos)	65	3,31	0,68	3,14	3,48		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	3,10	0,75	2,72	3,47		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	3,54	0,72	3,15	3,92		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	3,39	0,47	2,99	3,79		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	3,46	0,53	3,24	3,69		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	2,94	0,70	2,65	3,23		
	Total	193	3,35	0,70	3,25	3,45		
F3. Objetivos da equipe	Até 12 meses (1 ano)	37	5,68	0,89	5,38	5,98	2,496	0,024
	13 a 24 meses (2 anos)	65	4,95	1,08	4,68	5,21		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	5,11	1,21	4,51	5,71		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	5,11	1,06	4,55	5,68		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	4,95	1,18	3,97	5,93		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	5,11	0,95	4,71	5,51		

Resultados da primeira fase

	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	4,73	1,31	4,19	5,27		
	Total	193	5,11	1,11	4,95	5,27		
F4.	Até 12 meses (1 ano)	37	5,33	1,00	5,00	5,66	3,608	0,002
Orientação para tarefas	13 a 24 meses (2 anos)	65	4,74	1,18	4,45	5,03		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	4,42	1,18	3,83	5,00		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	5,30	0,98	4,78	5,83		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	4,84	1,05	3,96	5,72		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	4,57	1,27	4,04	5,11		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	4,16	1,30	3,62	4,69		
	Total	193	4,78	1,20	4,61	4,95		
Clima Total	Até 12 meses (1 ano)	37	4,64	0,69	4,41	4,87	3,895	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)	65	4,12	0,68	3,96	4,29		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	4,07	0,88	3,64	4,51		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	4,40	0,79	3,98	4,82		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	4,26	0,66	3,70	4,81		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	4,16	0,70	3,87	4,46		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	3,79	0,87	3,43	4,15		
	Total	193	4,21	0,77	4,10	4,32		
Atenção Centrada no Paciente	Até 12 meses (1 ano)	37	5,47	1,12	5,10	5,85	1,776	0,106
	13 a 24 meses (2 anos)	65	5,21	1,12	4,94	5,49		
	25 a 36 meses (3 anos)	18	5,14	1,44	4,43	5,86		
	37 a 48 meses (4 anos)	16	4,78	1,09	4,19	5,36		
	49 a 60 meses (5 anos)	8	4,33	1,42	3,14	5,51		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	5,05	1,27	4,51	5,59		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	25	4,78	1,19	4,28	5,27		
	Total	193	5,11	1,20	4,93	5,28		

F: estatística da análise de variância.

Resultados de análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que, para F1.Participação na equipe e F2.Apoio para ideias novas, os profissionais com até 1 ano na unidade (M = 3,98; M = 3,66, respectivamente) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com aqueles com 10 anos ou mais (M = 3,33; M = 2,94, respectivamente). No F3. Objetivos da equipe, os profissionais com até 1 ano na unidade (M = 5,68) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com os grupos com 2 anos na unidade (M = 4,95) e 10 ou mais (M = 4,73).

No F4. Orientação para tarefas, o grupo com 10 anos ou mais na unidade apresentou médias significativamente inferiores na comparação com os grupos com até 1 ano (M = 5,33) e 4 anos (4,16). Ao avaliar os resultados para o clima total, observou-se que o grupo com até 1 ano (M = 4,64) apresentou médias significativamente superior na comparação com os grupos com até 2 anos (M = 4,12) e 10 anos ou mais (4,16).

Resultados da primeira fase

A comparação dos escores em função do tempo de trabalho na instituição revelou diferenças significativas entre os grupos na maioria dos fatores avaliados, exceto para ACP (Tabela 17).

Tabela 17. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na instituição (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Grupos por tempo de trabalho na instituição	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações		
					Limite inferior r	Limite superior r	F	p	
F1. Participação na equipe	Até 12 meses (1ano)		27	4,09	0,52	0,10	3,89	4,676	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)		56	3,58	0,66	0,09	3,40		
	25 a 36 meses (3 anos)		17	3,70	0,72	0,18	3,33		
	37 a 48 meses (4 anos)		22	3,74	0,65	0,14	3,45		
	49 a 60 meses (5 anos)		9	4,04	0,38	0,13	3,75		
	61 a 120 meses (10 anos)		24	3,63	0,77	0,16	3,31		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)		38	3,30	0,65	0,10	3,09		
Total		193	3,65	0,68	0,05	3,56			
F2. Apoio para novas ideias	Até 12 meses (1ano)		27	3,69	0,67	0,13	3,42	2,2776	0,013
	13 a 24 meses (2 anos)		56	3,33	0,68	0,09	3,15		
	25 a 36 meses (3 anos)		17	3,15	0,68	0,16	2,81		
	37 a 48 meses (4 anos)		22	3,51	0,75	0,16	3,18		
	49 a 60 meses (5 anos)		9	3,63	0,42	0,14	3,30		
	61 a 120 meses (10 anos)		24	3,34	0,77	0,16	3,02		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)		38	3,08	0,63	0,10	2,87		
Total		193	3,35	0,70	0,05	3,25			
F3. Objetivos da equipe	Até 12 meses (1ano)		27	5,81	0,84	0,16	5,48	3,297	0,004
	13 a 24 meses (2 anos)		56	4,89	1,11	0,15	4,59		
	25 a 36 meses (3 anos)		17	5,29	0,95	0,23	4,81		
	37 a 48 meses (4 anos)		22	5,25	0,92	0,20	4,84		
	49 a 60 meses (5 anos)		9	5,24	1,09	0,36	4,40		
	61 a 120 meses (10 anos)		24	5,12	1,15	0,24	4,63		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)		38	4,73	1,20	0,19	4,34		
Total		193	5,11	1,11	0,08	4,95			
F4. Orientação para tarefas	Até 12 meses (1ano)		27	5,40	1,03	0,20	4,99	4,350	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)		56	4,78	1,20	0,16	4,46		
	25 a 36 meses (3 anos)		17	4,43	0,94	0,23	3,95		
	37 a 48 meses (4 anos)		22	5,16	1,07	0,23	4,69		
	49 a 60 meses (5 anos)		9	5,24	0,79	0,26	4,63		

Resultados da primeira fase

	61 a 120 meses (10 anos)	24	4,82	1,28	0,26	4,28		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	38	4,12	1,22	0,20	3,72		
	Total	193	4,78	1,20	0,09	4,61		
Clima Total	Até 12 meses (1ano)	27	4,73	0,64	0,12	4,48	4,910	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)	56	4,12	0,71	0,09	3,94		
	25 a 36 meses (3 anos)	17	4,16	0,63	0,15	3,84		
	37 a 48 meses (4 anos)	22	4,39	0,75	0,16	4,06		
	49 a 60 meses (5 anos)	9	4,52	0,49	0,16	4,14		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	4,21	0,88	0,18	3,84		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	38	3,80	0,79	0,13	3,54		
	Total	193	4,21	0,77	0,06	4,10		
Atenção Centrada no Paciente	Até 12 meses (1ano)	27	5,46	1,18	0,23	4,99	1,461	0,194
	13 a 24 meses (2 anos)	56	5,25	1,10	0,15	4,95		
	25 a 36 meses (3 anos)	17	5,18	1,51	0,37	4,40		
	37 a 48 meses (4 anos)	22	5,15	1,03	0,22	4,69		
	49 a 60 meses (5 anos)	9	4,80	1,45	0,48	3,69		
	61 a 120 meses (10 anos)	24	5,09	1,30	0,26	4,54		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	38	4,67	1,15	0,19	4,30		
	Total	193	5,11	1,20	0,09	4,93		

F: estatística da análise de variância.

Resultados de análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que, para F1.Participação na equipe, os profissionais com até 1 ano na unidade (M = 4,09) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com aqueles com até 2 anos na instituição (M = 3,58) e também em relação àqueles com 10 anos ou mais (M = 3,30) – neste mesmo fator, o grupo com até 5 anos (M = 4,04) também se diferenciou do grupo com 10 anos ou mais (M = 3,30). No F2. Apoio para novas ideias, o grupo com até 1 ano (M = 3,69) apresentou média significativamente superior na comparação com o grupo com 10 anos ou mais (M= 3,08).

No F3. Objetivos da equipe, os profissionais com até 1 ano na unidade (M=5,81) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com os grupos com 2 anos na unidade (M=4,89) e 10 ou mais (M=4,73). No F4. Orientação para tarefas, o grupo com 10 anos ou mais na unidade (M=4,73) apresentou médias significativamente inferiores na comparação com os grupos com até 1 ano (M=5,40) e 4 anos (5,16). Ao avaliar os resultados para o Clima Total, observou-se que o grupo com até 1 ano (M=4,73) apresentou médias significativamente superiores na comparação com os grupos com até 2 anos (M=4,12) e 10 anos ou mais (M=3,80).

Resultados da primeira fase

Ainda sobre esse fator, o grupo com até 4 anos (M=4,39) também se diferenciou significativamente do grupo com 10 anos ou mais (M=3,80).

A comparação dos escores em função do tempo de trabalho na equipe revelou diferenças significativas entre os grupos na maioria dos fatores avaliados, exceto para ACP (Tabela 18).

Tabela 18. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe e atenção centrada no paciente, em função do tempo de trabalho na equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Grupos por tempo de trabalho na equipe	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Até 12 meses (1ano)	46	3,89	0,63	3,71	4,08	3,875	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)	68	3,56	0,64	3,41	3,72		
	25 a 36 meses (3 anos)	19	3,63	0,82	3,23	4,02		
	37 a 48 meses (4 anos)	14	3,85	0,61	3,50	4,20		
	49 a 60 meses (5 anos)	7	4,13	0,38	3,78	4,48		
	61 a 120 meses (10 anos)	22	3,57	0,64	3,28	3,85		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	3,14	0,69	2,79	3,50		
	Total	193	3,65	0,68	3,56	3,75		
F2. Apoio para novas ideias	Até 12 meses (1ano)	46	3,62	0,69	3,41	3,82	3,950	0,001
	13 a 24 meses (2 anos)	68	3,31	0,68	3,14	3,47		
	25 a 36 meses (3 anos)	19	3,09	0,86	2,68	3,51		
	37 a 48 meses (4 anos)	14	3,49	0,62	3,13	3,85		
	49 a 60 meses (5 anos)	7	3,68	0,34	3,37	3,99		
	61 a 120 meses (10 anos)	22	3,38	0,46	3,18	3,58		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	2,82	0,68	2,47	3,17		
	Total	193	3,35	0,70	3,25	3,45		
F3. Objetivos	Até 12 meses (1ano)	46	5,53	0,93	5,25	5,80	2,651	0,017

Resultados da primeira fase

da equipe	13 a 24 meses (2 anos)	68	4,85	1,21	4,56	5,14		
	25 a 36 meses (3 anos)	19	5,11	1,25	4,51	5,71		
	37 a 48 meses (4 anos)	14	5,14	1,00	4,56	5,71		
	49 a 60 meses (5 anos)	7	5,43	0,87	4,62	6,23		
	61 a 120 meses (10 anos)	22	5,30	0,86	4,92	5,68		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	4,61	1,08	4,05	5,16		
	Total	193	5,11	1,11	4,95	5,27		
F4. Orientação para tarefas	Até 12 meses (1ano)	46	5,25	0,98	4,96	5,54		
	13 a 24 meses (2 anos)	68	4,66	1,27	4,36	4,97		
	25 a 36 meses (3 anos)	19	4,39	1,37	3,73	5,05		
	37 a 48 meses (4 anos)	14	5,46	0,78	5,01	5,91		
	49 a 60 meses (5 anos)	7	5,09	0,85	4,30	5,88	4,008	0,001
	61 a 120 meses (10 anos)	22	4,49	1,17	3,98	5,01		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	4,07	1,12	3,49	4,64		
	Total	193	4,78	1,20	4,61	4,95		
Clima Total	Até 12 meses (1ano)	46	4,55	0,69	4,35	4,76		
	13 a 24 meses (2 anos)	68	4,08	0,76	3,89	4,26		
	25 a 36 meses (3 anos)	19	4,07	0,94	3,61	4,52		
	37 a 48 meses (4 anos)	14	4,45	0,65	4,08	4,82		
	49 a 60 meses (5 anos)	7	4,58	0,47	4,14	5,02	4,308	0,001
	61 a 120 meses (10 anos)	22	4,18	0,64	3,90	4,46		
	121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	3,65	0,75	3,27	4,04		
	Total	193	4,21	0,77	4,10	4,32		
Atenção Centrada no Paciente	Até 12 meses (1ano)	46	5,33	1,23	4,97	5,70		
	13 a 24 meses (2 anos)	68	5,19	1,15	4,91	5,46	1,504	0,179
	25 a 36 meses	19	4,91	1,33	4,26	5,55		

Resultados da primeira fase

(3 anos)					
37 a 48 meses (4 anos)	14	4,47	1,42	3,65	5,29
49 a 60 meses (5 anos)	7	5,06	0,99	4,14	5,97
61 a 120 meses (10 anos)	22	5,29	1,03	4,83	5,75
121 meses ou mais (10 anos ou mais)	17	4,69	1,18	4,09	5,30
Total	193	5,11	1,20	4,93	5,28
Total	193	5,11	1,11	4,95	5,27

F: estatística da análise de variância.

Resultados de análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que, para o F1. Participação na equipe, os profissionais com 10 anos ou mais na equipe ($M = 3,14$) apresentaram médias significativamente inferiores na comparação com aqueles com até 1 ($M = 3,89$), 4 ($M = 3,85$) e 5 anos ($M = 4,13$) na equipe. No F2. Apoio para novas ideias, o grupo com até 1 ano na equipe ($M = 3,62$) apresentou média significativamente superior na comparação com o grupo com 10 anos ou mais ($M = 2,82$).

No F3. Objetivos da equipe, os profissionais com até 1 ano na equipe ($M = 5,53$) apresentaram médias significativamente superiores na comparação com os grupos com 2 anos na unidade ($M = 4,85$) e 10 ou mais ($M = 4,68$). No F4. Orientação para tarefas, o grupo com 10 anos ou mais na equipe ($M = 4,07$) apresentou médias significativamente inferiores na comparação com os grupos com até 1 ano ($M = 5,25$) e 4 anos ($M = 5,46$).

Para o clima total, observou-se que o grupo com até 1 ano na equipe ($M = 4,55$) apresentou médias significativamente superior na comparação com os grupos com até 2 anos ($M = 4,08$) e 10 anos ou mais ($M = 3,65$). Ainda neste fator, o grupo com até 4 anos ($M = 4,45$) também se diferenciou significativamente do grupo com 10 anos ou mais ($M = 3,65$).

A comparação dos escores em função do número de integrantes na equipe revelou resultado de diferença significativa apenas para o F1. Participação na equipe da escala de clima ($F = 3,481$; $gl = 190$; $p = 0,033$). Análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que as equipes com até três integrantes ($M = 4,00$) pontuaram significativamente superior nesse fator na comparação com aqueles que pertenciam a equipes com 11 integrantes ou mais ($M = 3,52$).

Resultados da primeira fase

A comparação dos escores em função do número de pacientes por turno na unidade revelou diferenças significativas entre os grupos nas médias do F3.Objetivos da equipe, do F4.Orientação para tarefas e do clima total (Tabela 19).

Tabela 19. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do número de pacientes por turno na unidade (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Grupos por nº de pacientes por turno na unidade	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Até 10	92	3,70	0,65	3,57	3,84	1,607	0,203
	11 a 20	60	3,70	0,72	3,52	3,89		
	21 ou mais	38	3,48	0,70	3,25	3,71		
	Total	190	3,66	0,69	3,56	3,76		
F2. Apoio para novas ideias	Até 10	92	3,47	0,65	3,33	3,60	2,552	0,081
	11 a 20	60	3,29	0,68	3,12	3,47		
	21 ou mais	38	3,19	0,80	2,93	3,45		
	Total	190	3,36	0,70	3,26	3,46		
F3. Objetivos da equipe	Até 10	92	5,42	0,95	5,22	5,62	9,489	0,001
	11 a 20	60	5,00	1,06	4,72	5,27		
	21 ou mais	38	4,56	1,29	4,13	4,98		
	Total	190	5,11	1,11	4,95	5,27		
F4. Orientação para tarefas	Até 10	92	4,98	1,10	4,75	5,21	5,270	0,006
	11 a 20	60	4,81	1,16	4,51	5,11		
	21 ou mais	38	4,24	1,38	3,79	4,70		
	Total	190	4,78	1,21	4,61	4,95		
Clima Total	Até 10	92	4,37	0,69	4,23	4,52	6,199	0,002
	11 a 20	60	4,19	0,75	4,00	4,38		
	21 ou mais	38	3,86	0,91	3,57	4,16		
	Total	190	4,21	0,78	4,10	4,32		
Atenção Centrada no Paciente	Até 10	92	5,26	1,15	5,02	5,50	1,634	0,198
	11 a 20	60	5,05	1,21	4,74	5,36		
	21 ou mais	38	4,86	1,32	4,43	5,29		
	Total	190	5,11	1,21	4,94	5,29		

F: estatística da análise de variância.

Análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que o grupo com de até dez pacientes por turno na unidade apresentou média significativamente superior na comparação com os demais grupos. No F3.Objetivos da equipe, o grupo com até dez pacientes (M = 5,42) obteve pontuação maior que o grupo com 11 a 20 pacientes (M

Resultados da primeira fase

= 5,00) e também em relação ao grupo com 21 ou mais pacientes (M = 4,56). No F4. Orientação para tarefas, bem como no escore total de clima de equipe e ACP total, a diferença significativa observada foi entre o grupo com até dez pacientes na unidade (M = 4,98; M = 4,37, respectivamente) e o grupo com 21 ou mais (M = 4,24; M = 3,86, respectivamente).

Não foram observadas diferenças significativas nos escores dos participantes em função das variáveis número de pacientes sobre seu cuidado no turno de trabalho, turno de trabalho e frequência com que conversa com o supervisor.

A comparação dos escores em função da frequência mensal de reuniões da equipe indicou diferenças significativas entre os grupos nas médias de todos os fatores/dimensões avaliadas (Tabela 20).

Tabela 20. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função da frequência mensal de reuniões da equipe (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Frequência mensal de reuniões da equipe	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Não se reúne	87	3,42	0,66	3,28	3,56	4,948	0,001
	Uma vez	22	3,63	0,72	3,31	3,95		
	Duas vezes	22	3,90	0,72	3,58	4,22		
	Três vezes	14	3,86	0,39	3,64	4,09		
	Diariamente	20	4,12	0,53	3,87	4,36		
	Acima de três	6	4,10	0,44	3,64	4,55		
	Outro	21	3,71	0,69	3,40	4,02		
	Total	192	3,66	0,68	3,56	3,75		
F2. Apoio para novas ideias	Não se reúne	87	3,14	0,70	2,99	3,29	3,373	0,004
	Uma vez	22	3,39	0,69	3,08	3,69		
	Duas vezes	22	3,38	0,85	3,00	3,75		
	Três vezes	14	3,72	0,46	3,46	3,99		
	Diariamente	20	3,66	0,32	3,51	3,81		
	Acima de três	6	3,38	0,49	2,86	3,89		
	Outro	21	3,63	0,75	3,28	3,97		
	Total	192	3,35	0,70	3,25	3,45		
F3. Objetivos da equipe	Não se reúne	87	4,81	1,10	4,58	5,04	3,251	0,005
	Uma vez	22	4,93	1,26	4,37	5,49		
	Duas vezes	22	5,30	1,04	4,84	5,76		
	Três vezes	14	5,39	0,92	4,86	5,92		
	Diariamente	20	5,57	0,72	5,23	5,91		
	Acima de três	6	6,12	0,38	5,72	6,51		
	Outro	21	5,38	1,21	4,83	5,93		

Resultados da primeira fase

	Total	192	5,10	1,11	4,95	5,26		
F4. Orientação para tarefas	Não se reúne	87	4,47	1,26	4,20	4,73		
	Uma vez	22	4,74	0,97	4,31	5,17		
	Duas vezes	22	4,94	1,26	4,38	5,50		
	Três vezes	14	5,32	1,13	4,67	5,97		
	Diariamente	20	5,01	0,89	4,59	5,42	2,518	0,023
	Acima de três	6	5,52	0,71	4,77	6,27		
	Outro	21	5,17	1,24	4,61	5,74		
	Total	192	4,78	1,20	4,61	4,95		
Clima Total	Não se reúne	87	3,95	0,76	3,78	4,11		
	Uma vez	22	4,15	0,73	3,83	4,48		
	Duas vezes	22	4,38	0,83	4,01	4,75		
	Três vezes	14	4,54	0,62	4,18	4,90		
	Diariamente	20	4,59	0,48	4,37	4,81	4,350	0,001
	Acima de três	6	4,78	0,35	4,41	5,14		
	Outro	21	4,44	0,86	4,05	4,83		
	Total	192	4,21	0,77	4,10	4,32		
Atenção Centrada no Paciente	Não se reúne	87	4,67	1,18	4,41	4,92		
	Uma vez	22	5,23	1,20	4,70	5,76		
	Duas vezes	22	5,43	1,13	4,93	5,93		
	Três vezes	14	5,41	1,22	4,71	6,12		
	Diariamente	20	5,73	0,85	5,33	6,13	4,083	0,001
	Acima de três	6	5,53	0,92	4,57	6,50		
	Outro	21	5,47	1,23	4,91	6,02		
	Total	192	5,10	1,20	4,93	5,27		

F: estatística da análise de variância.

Resultados de análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que, para o F1.Participação na equipe, os profissionais que não participam de reuniões mensais de equipe (M = 3,42) apresentaram médias significativamente inferiores na comparação com aqueles que se reuniam diariamente (M = 4,12) e duas vezes ao mês (M = 3,90). No F2. Apoio para novas ideias, a prova de Dunnett T3 indicou que o grupo que não se reunia em equipe (M = 3,14) obteve média significativamente inferior na comparação com os grupos que se reuniam em equipe diariamente (M = 3,66) e três vezes ao mês (M = 3,72).

No F3.Objetivos da equipe, o grupo que não se reunia em equipe (M = 4,81) obteve média significativamente inferior na comparação com os grupos que se reuniam em equipe diariamente (M = 5,57), três vezes ao mês (M = 3,39) e mais de três vezes (M = 6,12). Ainda neste fator, foi observada diferença significativa entre aqueles que se reuniam uma vez ao mês (M = 4,93) e três vezes ou mais (M = 6,12). No F4.Orientação para a tarefa, o grupo que não se reunia em equipe mensalmente

Resultados da primeira fase

(M = 4,47) apresentou média significativamente inferior na comparação com o grupo que se reunia três vezes ou mais no mês (M = 5,52). Do ponto de vista do escore de clima total e do escore de ACP, o grupo que não se reunia mensalmente em equipe (M = 3,95; M = 4,67, respectivamente) apresentou escores significativamente inferiores na comparação com o grupo que se reunia diariamente (M = 4,59; 5,73, respectivamente).

Os grupos que não se reuniam apresentaram média significativamente inferior à dos grupos que se reuniam, sendo as maiores no F1.Participação na equipe e no F3.Objetivos da equipe o grupo de se reúne diariamente, no F2.Apoio para novas ideias, o grupo que se reunia três vezes, no F4.Orientação para tarefas apresentou maior média o grupo que se reúne acima de três vezes.

A comparação dos escores em função do número de trocas por mês mostrou diferenças significativas nos fatores de equipe 1, 3 e clima total (Tabela 21).

Tabela 21. Resultados da comparação das médias das dimensões de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, em função do número de trocas por mês (n = 193) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Nº de trocas por mês	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
F1. Participação na equipe	Uma	24	4,05	0,73	0,15	3,74	3,707	0,013
	Duas	50	3,64	0,62	0,09	3,46		
	Três	26	3,46	0,56	0,11	3,23		
	Acima de três	93	3,61	0,71	0,07	3,46		
	Total	193	3,65	0,68	0,05	3,56		
F2. Apoio para novas ideias	Uma	24	3,47	0,72	0,15	3,17	0,972	0,407
	Duas	50	3,38	0,66	0,09	3,19		
	Três	26	3,15	0,67	0,13	2,88		
	Acima de três	93	3,36	0,72	0,07	3,21		
	Total	193	3,35	0,70	0,05	3,25		
F3. Objetivos da equipe	Uma	24	5,85	0,74	0,15	5,53	4,690	0,003
	Duas	50	4,99	1,06	0,15	4,69		
	Três	26	4,81	1,22	0,24	4,31		
	Acima de três	93	5,07	1,11	0,12	4,84		
	Total	193	5,11	1,11	0,08	4,95		
F4. Orientação para tarefas	Uma	24	5,31	1,19	0,24	4,81	2,569	0,056
	Duas	50	4,71	1,25	0,18	4,36		
	Três	26	4,40	1,34	0,26	3,86		
	Acima de três	93	4,78	1,10	0,11	4,56		
	Total	193	4,78	1,20	0,09	4,61		
Clima Total	Uma	24	4,67	0,68	0,14	4,38	4,074	0,008

Resultados da primeira fase

	Duas	50	4,17	0,78	0,11	3,94		
	Três	26	3,95	0,82	0,16	3,62		
	Acima de três	93	4,19	0,74	0,08	4,03		
	Total	193	4,21	0,77	0,06	4,10		
Atenção Centrada no Paciente	Uma	24	5,52	1,00	0,20	5,09	1,129	0,339
	Duas	50	5,02	1,28	0,18	4,66		
	Três	26	4,98	1,17	0,23	4,50		
	Acima de três	93	5,08	1,22	0,13	4,83		
	Total	193	5,11	1,20	0,09	4,93		

F: estatística da análise de variância.

Resultados de análises *post hoc* de Tukey HSD indicaram que, para todos os fatores de clima de equipe, nos quais foram observadas diferenças significativas, o grupo que fazia apenas uma troca no mês obteve os maiores escores nas comparações. Assim, no F1. Participação na equipe, o grupo com troca mensal (M = 4,05) diferenciou-se dos grupos com três trocas (M = 3,46) e mais de três trocas (M = 3,61). No F3. Objetivos da equipe, o grupo com uma troca (M = 5,85) diferenciou-se significativamente dos grupos com duas trocas (M = 4,99), três trocas (M = 4,81) e mais de três trocas (M = 5,07). Esse mesmo padrão de diferenciação foi observado para o escore total de clima: grupo com uma troca (M = 4,67) com médias superiores na comparação com os grupos com duas trocas (M = 4,17), três trocas (M = 3,95) e mais de três trocas (M = 4,19). O mesmo ocorre no escore total de ACP – grupo com uma troca (M = 5,52), grupo com duas trocas (M = 5,02), grupo com três trocas (M = 5,08) – e no escore total de ACP – grupo com uma troca (M = 5,52), grupo com duas trocas (M = 5,02) e grupo com três trocas (M = 5,08).

9.3 RESULTADOS POR EQUIPES

A relação entre equipes de trabalho e setor pode ser visualizada na Tabela 22.

Tabela 22. Relação entre equipes de trabalho e setor - Salvador (BA), 2019.

Setor	Número de identificação das equipes	N	% válido
Unidade 3	1 a 5	5	16,13
Unidade 6	6 a 11	6	19,35
Unidade 5	12 a 15	4	12,90
Unidade 4	16 a 20	5	16,13
Unidade 1	21 a 26	6	19,35
Unidade 2	27 a 31	5	16,13

Unidade: setor estudado; número 1,2,3,4,5,6: identificação das unidades.

A Tabela 23 apresenta os resultados da distribuição dos escores considerando o resultado médio para as 31 equipes de profissionais que participaram do estudo.

Tabela 23. Estatísticas descritivas para os fatores de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente, considerando as equipes (n = 31) - Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Estatísticas descritivas					
	Média	Desvio padrão	Mediana	Amplitude observada		P*
				Mínimo	Máximo	
Participação na equipe	3,70	0,31	3,72	3,13	4,39	0,017
Apoio para novas ideias	3,38	0,34	3,33	2,85	4,33	0,173
Objetivos da equipe	5,15	0,50	5,19	3,78	5,95	0,388
Orientação para tarefas	4,83	0,65	4,94	3,40	6,33	0,233
Clima total	4,26	0,39	4,21	3,46	5,13	0,121
Atenção centrada no paciente	5,11	0,67	5,04	4,04	6,33	0,428

Nota: significância do teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Foram realizadas análises não paramétricas para avaliar até que ponto os escores médios das equipes poderiam ser afetados significativamente pelo número de membros delas. Resultados do teste Kruskal-Wallis foram significativos ($p = 0,017$) apenas para o fator 1 da escala de clima Participação na Equipe. Para compreender melhor o efeito do número de participantes das equipes nos escores desse fator de clima, foram realizadas análises *post hoc* com comparações pareadas utilizando o teste Mann-Whitney. Foram encontrados resultados significativos na comparação das equipes com até três membros (apresentaram pontuações significativamente superiores no F1.Participação na equipe) em relação àquelas com quatro a dez

Resultados da primeira fase

membros ($p = 0,01$) e àquelas com 11 membros ou mais ($p = 0,05$).

Visando à proposição de um sistema de classificação dos escores médios obtidos pelas equipes, os escores fatoriais foram convertidos em escores percentílicos (Tabela 24). Com base nessa divisão por escores percentílicos, os resultados médios das equipes em cada um dos fatores de clima de equipe e clima total e de ACP puderam ser interpretados em três níveis: baixo, moderado e alto.

Tabela 24. Conversão dos escores das equipes em percentis ($n = 31$) - Salvador (BA), 2019.

Percentis	Fatores de clima						Classificação
	Participação na equipe	Apoio para novas ideias	Objetivos da equipe	Orientação para tarefas	Clima total	Atenção centrada no paciente	
5	3,18	2,90	4,16	3,62	3,59	4,11	Nível mais baixo
10	3,28	2,96	4,50	3,93	3,72	4,18	
20	3,39	3,06	4,74	4,18	3,88	4,53	
25	3,49	3,10	4,80	4,28	3,92	4,58	
30	3,52	3,13	4,90	4,54	4,02	4,65	Nível moderado
40	3,59	3,25	5,04	4,68	4,13	4,79	
50	3,72	3,33	5,19	4,94	4,21	5,04	
60	3,81	3,47	5,34	5,09	4,43	5,35	
70	3,88	3,57	5,38	5,20	4,52	5,59	
75	3,90	3,59	5,48	5,22	4,54	5,74	Nível mais alto
80	3,92	3,68	5,64	5,30	4,54	5,80	
90	4,12	3,82	5,89	5,65	4,70	6,02	
95	4,31	4,13	5,94	5,98	4,98	6,22	

Visando a uma estratificação mais contrastante, esses escores também foram utilizados para a formação de grupos extremos (GE), por meio do ponto de corte do percentil 50 (equivalente à Md), formando dois grupos: o grupo A, de estrato inferior e com menores pontuações no fator, e o grupo B, de estrato superior e com maiores pontuações no fator.

Para avaliar até que ponto este critério de agrupamento foi eficiente em diferenciar significativamente as equipes em dois grupos (estrato inferior e superior), foram realizadas análises estatísticas bilaterais ao nível de $p \leq 0,05$ para a comparação de média desses dois agrupamentos, por meio do teste t de Student e seu equivalente não paramétrico (teste Mann-Whitney). Os resultados destas análises

são apresentados na Tabela 25.

Tabela 25. Comparação das equipes estratificadas em Grupos Extremos (N = 31) – Salvador (BA), 2019.

Dimensões avaliadas	Agrupamentos das equipes	Estatísticas descritivas		Significância (p) dos testes estatísticos	
		Média	Desvio-padrão	t	U
Participação na equipe	A. Estrato inferior	3,46	0,18	0,001	0,001
	B. Estrato superior	3,95	0,18		
Apoio a novas ideias	A. Estrato inferior	3,12	0,15	0,001	0,001
	B. Estrato superior	3,67	0,25		
Objetivos da equipe	A. Estrato inferior	4,78	0,36	0,001	0,001
	B. Estrato superior	5,56	0,30		
Orientação para tarefas	A. Estrato inferior	4,34	0,44	0,001	0,001
	B. Estrato superior	5,35	0,36		
Clima Total	A. Estrato inferior	3,94	0,21	0,001	0,001
	B. Estrato superior	4,59	0,20		
Atenção Centrada no Paciente	A. Estrato inferior	4,55	0,29	0,001	0,001
	B. Estrato superior	5,71	0,36		

Conforme resultados apresentados na Tabela 26, a estratificação das equipes em quatro grupos, sendo dois GE (estrato inferior e superior), parece ter funcionado bem, uma vez que os resultados médios para essas equipes se diferenciaram de forma altamente significativa ($p \leq 0,001$) em todas as dimensões avaliadas pela escala de clima de equipe e de ACP.

Resultados da primeira fase

Tabela 26. Sistema de classificação do clima das equipes a partir dos agrupamentos de grupos extremos (GE) nas quatro dimensões avaliadas pela ECTE (N = 31). Salvador (BA), 2019.

Equipes	Médias nas Dimensões de Clima da ECTE				Grupos Extremos (GE)				SOMA	Classificação do Clima de Equipe
	Participação na equipe	Apoio a novas ideias	Objetivos da equipe	Orientação para tarefas	G E1	G E2	G E3	G E4		
7	3,13	2,95	5,16	3,40	0	0	0	0	0	
10	3,22	3,23	4,48	4,68	0	0	0	0	0	
11	3,59	3,33	4,98	4,60	0	0	0	0	0	
12	3,53	3,10	4,72	4,04	0	0	0	0	0	
13	3,53	3,10	5,06	3,90	0	0	0	0	0	
14	3,31	2,99	3,78	3,76	0	0	0	0	0	Muito desfavorável
16	3,69	3,28	4,86	4,80	0	0	0	0	0	
22	3,58	3,04	4,80	4,04	0	0	0	0	0	
23	3,27	2,98	4,97	4,28	0	0	0	0	0	
24	3,45	3,11	4,93	4,25	0	0	0	0	0	
26	3,35	2,85	4,42	4,13	0	0	0	0	0	
27	3,69	3,15	4,77	4,67	0	0	0	0	0	
18	4,14	3,25	4,57	4,46	1	0	0	0	1	
8	3,82	3,25	5,19	5,18	1	0	0	1	2	
21	3,50	3,36	4,57	4,99	0	1	0	1	2	Desfavorável
30	3,35	3,33	5,37	4,96	0	0	1	1	2	
31	3,79	2,94	5,28	4,59	1	0	1	0	2	
1	3,49	3,53	5,95	5,22	0	1	1	1	3	
3	3,90	3,75	5,15	5,50	1	1	0	1	3	
15	3,72	3,46	5,37	5,08	0	1	1	1	3	Favorável
25	4,06	3,42	5,23	4,94	1	1	1	0	3	
29	3,90	3,70	5,37	4,91	1	1	1	0	3	
2	3,86	3,59	5,40	5,41	1	1	1	1	4	
4	3,78	3,56	5,74	5,14	1	1	1	1	4	
5	3,92	3,84	5,93	5,20	1	1	1	1	4	
6	4,25	4,00	5,63	5,75	1	1	1	1	4	
9	3,92	3,75	5,33	5,25	1	1	1	1	4	Muito Favorável
17	4,39	4,33	5,70	6,33	1	1	1	1	4	
19	4,00	3,58	5,93	5,33	1	1	1	1	4	
20	3,81	3,50	5,65	5,69	1	1	1	1	4	
28	3,85	3,64	5,48	5,21	1	1	1	1	4	

Nota: Grupos Extremos (GE) – numerações correspondem ao número dos fatores das dimensões avaliadas: GE1 = Participação na equipe; GE2 = Apoio a novas ideias; GE3 = Objetivos da equipe; GE4 = Orientação para tarefas. As pontuações atribuídas aos GEs significam: 0 = equipe classificada no estrato inferior do fator em questão; 1 = equipe classificada no estrato superior do fator em questão

De posse desses resultados, foi possível refinar o sistema de interpretação dos resultados das equipes, a partir de um sistema de agrupamento/classificação das equipes mais robusto. Na Tabela 26, estão sumarizados resultados que consideram os quatro fatores de clima. A penúltima coluna da Tabela 26 representa a soma dos estratos nos quais as equipes foram classificadas nas quatro dimensões da escala de clima de equipe. A partir dessa soma, foi proposto o seguinte sistema de classificação as equipes:

- Soma = 0: clima muito desfavorável, com equipes classificadas no estrato inferior nos quatro fatores de clima. Equipes: 7,10,11,12,13,14,16,22,23,24,26,27
- Soma = 1 ou 2: clima desfavorável, com equipes classificadas no estrato inferior em dois ou três fatores de clima. Equipes: 18, 08, 21,30,31.
- Soma = 3: clima favorável, com equipes classificadas no estrato superior em três fatores de clima. Equipes: 1,3,15,25,29
- Soma = 4: clima muito favorável, com equipes classificadas no estrato superior nos quatro fatores de clima. Equipes: 2,4,5,6,9,17,19,20,28

Esse sistema de classificação das equipes (soma da média dos fatores), conforme descrito na Tabela 26, serviu para obter uma descrição e avaliar melhor o perfil de clima por equipes, obtendo dados para uma devolutiva para as unidades e equipes que fizeram parte do estudo e seus respectivos gestores dessas unidades, possibilitando assim intervenções posteriores.

A Tabela 27 apresenta os escores médios de clima total e de ACP, bem como propõe um sistema de classificação das equipes a partir de estratos formados pela análise de grupos extremos nestes escores totais.

A utilização de escores totais como critério para seleção das equipes para segunda fase do estudo se deu por fins pragmáticos que embora empiricamente, representam medidas sínteses dos dois constructos.

Resultados da primeira fase

Tabela 27. Sistema de classificação do clima das equipes a partir dos agrupamentos de Grupos Extremos, considerando o escore total de clima (clima total) e o de atenção centrada no paciente (n = 31) - Salvador (BA), 2019.

Equipes	Clima total	ACP	GE		Soma	Classificação	
			GECT	GEACP			
7	3,68	4,04	0	0	0		
10	3,86	4,16	0	0	0		
12	3,86	4,17	0	0	0		
13	3,92	5,04	0	0	0		
14	3,46	4,58	0	0	0		
21	4,07	4,88	0	0	0	Estrato inferior para clima total e para atenção centrada no paciente	
23	3,87	4,31	0	0	0		
24	3,94	4,63	0	0	0		
26	3,69	4,67	0	0	0		
27	4,07	4,57	0	0	0		
30	4,21	4,80	0	0	0		
31	4,17	4,75	0	0	0		
3	4,53	4,50	1	0	1		Estrato superior para clima total, mas estrato inferior para atenção centrada no paciente
9	4,54	4,20	1	0	1		
17	5,13	4,80	1	0	1		
28	4,52	4,67	1	0	1		
11	4,11	5,45	0	1	1	Estrato inferior para clima total, mas estrato superior para atenção centrada no paciente	
16	4,15	5,47	0	1	1		
18	4,13	5,33	0	1	1		
22	3,89	5,07	0	1	1		
1	4,51	5,73	1	1	2	Estrato superior para clima total e para atenção centrada no paciente	
2	4,54	6,03	1	1	2		
4	4,54	5,84	1	1	2		
5	4,70	6,14	1	1	2		
6	4,88	6,00	1	1	2		
8	4,35	5,49	1	1	2		
15	4,39	6,00	1	1	2		
19	4,70	6,33	1	1	2		
20	4,63	5,75	1	1	2		
25	4,42	5,20	1	1	2		
29	4,46	5,74	1	1	2		

Nota: As pontuações atribuídas aos GEs significam: zero = equipe classificada no estrato inferior do fator em questão; 1 = equipe classificada no estrato superior do fator em questão. ACP: atenção centrada no paciente; GE: Grupos Extremos; GECT: Grupo Extremo para o escore de clima total; GEACP = Grupo Extremo para o escore de atenção centrada no paciente.

**ESCOLHA DAS EQUIPES PARA
A SEGUNDA FASE**

10 ESCOLHA DAS EQUIPE PARA SEGUNDA FASE

Para escolha das unidades e das equipes para segunda fase, o primeiro critério foi: selecionar as unidades que não sofreram mudança no quadro de pessoal superior a 80% em função da mudança na forma de contratação. Nesse momento foram excluídas quatro unidades, ficando então duas unidades para seleção das equipes com base nos escore de clima total e ACP total.

Além desse critério, a escolha das equipes se deu pela taxonomia proposta na tabela 27 (agrupamento das equipes por grupos extremos (GE), considerando o escore total de clima (clima total) e o de atenção centrada no paciente (ACP total). Sendo assim, foram selecionadas duas unidades (unidade 1 e unidade 3) e duas equipes de cada unidade.

Sobre o clima total e ACP total, dentre as equipes selecionadas (tabela 28), os escores foram o seguinte: as equipes da Unidade 3 (equipes 1 e 5), obtiveram pontuação superior na comparação com as equipes Unidade 1 (equipes 24 e 26).

Diante desses resultados, as equipes com clima de equipe mais favorável para o trabalho em equipe estiveram localizadas na unidade 3 que possuía dez leitos e que tinham como perfil de atendimento pacientes cirúrgicos, com curto período de permanência na unidade. Essa unidade fez parte de um programa vinculado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) que selecionou 119 hospitais no Brasil e esteve entre as cinco unidades selecionadas no estado da Bahia, intitulado “Melhorando a segurança do paciente nos hospitais do Brasil”. O programa tem como objetivo reduzir a infecção urinária relacionada ao uso de sonda vesical de demora, infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateteres, pneumonia relacionada à ventilação mecânica. As equipes com clima menos favorável estavam localizadas na unidade 1, que possuía 20 leitos, divididos em duas alas (cada uma com dez leitos), atendia pacientes críticos, que possuíam internamento de longa permanência e se encontravam com um quadro agudo de infecção, passível de recuperação, apesar do risco iminente de morte.

Nas duas unidades existiam equipes multiprofissionais, com profissionais fixos, que prestavam assistência direta ao paciente durante as 24 horas ininterruptas,

Escolha das equipes para a segunda

e os profissionais passavam um período determinado na unidade (coordenadores e supervisores das equipes uniprofissionais). Elas se diferenciavam pelo número de profissionais em relação ao número de leitos, perfil de pacientes atendidos e número de leitos. Na unidade 1, a equipe era composta por: dois médicos diaristas, dois médicos plantonistas, duas enfermeiras, dez técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, um assistente social, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional e um odontólogo. E na unidade 3: um médico diarista, um médico plantonista, duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, um ou dois fisioterapeutas, um assistente social, uma terapeuta ocupacional e um odontólogo.

Na tabela abaixo estão as características das equipes das duas unidades hospitalares selecionadas para a segunda fase do estudo, com clima de equipe e atenção centrada no paciente mais favoráveis e menos favoráveis à investigação e colaboração.

Tabela 28. Comparação das características de equipes das unidades hospitalares estudadas com clima de equipe e atenção centrada no paciente mais favoráveis à integração e à colaboração (equipes 1 e 5) e menos favoráveis (equipe 24 e 26), Salvador (BA), 2019.

Número de integrantes da equipe	Equipe 1		Equipe 5		Equipe 24		Equipe 26	
	8		7		7		6	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	36,0	9,0	39,1	6,6	42,4	10,9	38,6	9,8
Anos de conclusão da Graduação	12,5	6,6	12,2	5,8	11,7	2,4	13,8	6,8
Tempo de experiência profissão (meses)	146,8	80,7	118,5	86,3	162,5	74,0	116,3	74,3
Tempo de trabalho na unidade (meses)	52,3	38,9	44,0	37,3	73,1	65,6	50,0	53,0
Tempo de trabalho na equipe (meses)	52,3	38,9	44,0	37,3	61,1	60,5	42,0	36,7
Tempo de trabalho na instituição (meses)	73,8	61,5	50,4	37,1	81,4	68,2	68,6	69,8
Número de Pacientes por turno na unidade	12,7	7,7	9,8	0,37	18,5	3,7	18,8	3,92
Número de pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho	4,4	2,8	6,4	3,4	7,0	3,8	8,6	7,36
Número de trocas mês	3,0	1,1	3,0	1,2	3,1	0,9	3,8	0,4
Participação na equipe (1-5)	3,5	0,7	3,9	0,26	3,5	0,58	3,4	0,72

Escolha das equipes para a segunda

Apoio para novas ideias (1-5)	3,53	0,28	3,84	0,24	3,11	0,52	2,85	0,81
Objetivos da equipe (1-7)	5,95	0,22	5,93	0,63	4,93	0,76	4,42	0,97
Orientação para tarefas (1-7)	5,22	0,99	5,20	1,4	4,25	1,2	4,13	1,0
Clima Total	4,50	0,49	4,69	0,44	3,9	0,64	3,6	0,70
ACP Q2.								
Membros da equipe têm contato pessoal com os pacientes (1-7)	5,13	2,6	6,0	1,4	4,57	1,1	4,5	1,1
ACP Q3.								
Informações relevantes para cuidados compartilhados com o paciente (1-7)	6,13	,99	6,6	0,53	5,4	1,1	5,5	1,1
ACP Q4.								
Paciente é considerado um membro de equipe de saúde(1-7)	4,8	2,5	5,9	0,69	4,0	1,6	4,8	1,6
ACP Q5.								
Familiares são incluídos nos planos de cuidados (1-7)	6,8	0,35	5,9	1,0	4,4	1,9	6,1	1,9
ACP total	5,7	1,2	6,1	0,6	4,6	0,7	4,6	1,3

DP: desvio padrão ACP: atenção centrada no paciente Q: questão.

- Equipe 1: Unidade 3, Oito Profissionais

Clima Total M = 4,5; ACP M = 5,7; classificação: estrato superior.

A equipe 1, lotada na Unidade 3, era composta por oito profissionais, sendo dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois fonoaudiólogos, um auxiliar de enfermagem e um médico. Quanto ao sexo, seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade desses profissionais variou de 21 a 48 anos (M = 36 anos; DP = 9,4; Md = 37,5 anos). O tempo de experiência na profissão entre os profissionais dessa equipe variou de 30 a 252 meses (M = 146,88; DP = 80,78; Md = 138). Quanto ao tempo de trabalho, os profissionais relataram, na instituição, amplitude de 17 a 195 meses (M = 73,88 meses; DP = 61,55; Md = 68,00); na unidade, amplitude de 17 a 120 meses (M = 52,88 meses; DP = 38,94; Md = 39,00) e, na equipe, amplitude de 17 a 120 meses (M = 52,38 meses; DP = 38,94; Md = 39,00).

No que se refere ao turno de trabalho, quatro profissionais informaram turno misto; três turno diurno e um turno noturno. Relataram ainda que o número de

pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho variou de dois a dez ($M = 4,43$; $DP = 2,88$; $Md = 3,00$). A maioria (seis profissionais) relatou conversar diariamente com o supervisor, e dois relataram o fazer uma vez por semana. Quanto à frequência mensal de reunião da equipe, dois relataram reuniões diárias; dois, duas vezes; dois, três vezes; um, outra frequência, e um não respondeu. O número de trocas nessa equipe foi o seguinte: quatro profissionais relataram acima de três trocas por mês; um, três trocas; dois, duas trocas e um, uma troca.

- Equipe 5: Unidade 3, sete profissionais

Clima total $M = 4,51$; ACP $M = 5,73$; classificação: estrato superior.

A equipe 5, alocada na Unidade 3, era composta por sete profissionais, sendo três enfermeiros, um técnico de enfermagem, um fisioterapeuta, um psicólogo e um assistente social. Quanto ao sexo, cinco eram do sexo feminino e dois do masculino. A idade desses profissionais variou de 30 a 50 anos ($M = 39,14$ anos; $DP = 6,7$; $Md = 48$ anos). O tempo de experiência na profissão entre os profissionais dessa equipe variou de 27 a 232 meses ($M = 118,57$; $DP = 86,37$; $Md = 82,00$). Quanto ao tempo de trabalho, os profissionais relataram, na instituição, amplitude de 7 a 96 meses ($M = 50,43$ meses; $DP = 37,12$; $Md = 48,00$); na unidade, amplitude de 7 a 84 meses ($M = 44,00$ meses; $DP = 37,30$; $Md = 27,00$) e, na equipe, amplitude de 7 a 84 meses ($M = 44,00$ meses; $DP = 37,30$; $Md = 27,00$).

No que se refere ao turno de trabalho, três profissionais informaram turno misto e quatro, diurno. O número de pacientes do seu cuidado no turno de trabalho relatado variou de dois a dez pacientes ($M = 6,43$; $DP = 3,45$; $Md = 5,00$). A maioria (quatro profissionais) relatou conversar diariamente com o supervisor, e um relatou que o fazia uma vez por semana, outro. Quanto à frequência mensal de reunião da equipe, três relataram uma vez; um, duas vezes; um, três vezes; um, diariamente e um, acima de três. O número de trocas nessa equipe foi o seguinte: quatro profissionais relataram acima de três trocas por mês; dois, duas trocas e um, uma troca.

- Equipe 24: Unidade 1, sete profissionais

Clima total $M = 3,94$; ACP $M = 4,63$; classificação: estrato inferior.

A equipe 24, lotada na Unidade 1, era composta por sete profissionais, sendo

um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, um auxiliar de enfermagem, dois fisioterapeutas e um médico. A idade desses profissionais variou de 35 a 66 (M = 42,43 anos; DP = 10,95; Md = 39 anos). O tempo de experiência na profissão entre os profissionais dessa equipe variou de 105 a 319 meses (M = 162,57; DP = 74,07; Md = 144,00). Quanto ao tempo de trabalho, os profissionais relataram, na instituição, amplitude de 17 a 163 meses (M = 81,43 meses; DP = 68,20; Md = 48,00); na unidade, amplitude de 17 a 153 meses (M = 73,14 meses; DP = 65,65; Md = 24,00) e, na equipe, amplitude de 17 a 153 meses (M = 61,14 meses; DP = 60,59; Md = 24,00).

No que se refere ao turno de trabalho, cinco profissionais informaram turno misto, um diurno e um noturno. O número de pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho relatado variou de 10 a 20 (M = 18,57; DP = 3,78; Md = 20,00). Dois profissionais relataram conversar diariamente com o supervisor, um conversava uma vez por semana, outro, quatro. Quanto à frequência mensal de reunião da equipe: um relatou uma vez; um, duas vezes; um, três vezes, e quatro disseram não se reunir. O número de trocas nessa equipe foi o seguinte: três profissionais relataram acima de três trocas por mês; dois, duas trocas e outros dois, três trocas.

- Equipe 26. Unidade 1, seis profissionais

Clima total M = 3,96; ACP M = 4,67; classificação: estrato inferior.

A equipe 26 lotada na Unidade 1 era composta por seis profissionais, sendo um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta e um assistente social. Quanto ao sexo, três eram do sexo feminino. A idade desses profissionais variou de 28 a 57 anos (M = 38,97 anos; DP = 9,85; Md = 37,50 anos). O tempo de experiência na profissão entre os profissionais desta equipe variou de 15 a 191 meses (M = 116,33; DP = 74,36; Md = 132). Quanto ao tempo de trabalho, os profissionais relataram, na instituição, amplitude de 8 a 168 (M = 68,67 meses; DP = 69,84; Md = 36,00), na unidade, amplitude de 8 a 146 meses (M = 50,00 meses; DP = 53,00; Md = 25,00) e, na equipe, amplitude de 8 a 98 meses (M = 42,00 meses; DP = 36,74; Md = 25,00).

No que se refere ao turno de trabalho, quatro profissionais informaram três profissionais informaram turno misto; dois, diurno e um, noturno. O número de

pacientes sob seu cuidado no turno de trabalho variou de 2 a 22 pacientes ($M = 8,67$; $DP = 7,36$; $Md = 7,50$). Dois profissionais relataram conversar diariamente com o supervisor, um relatou o fazer uma vez por mês, e outro 1. Quanto à frequência mensal de reunião da equipe, um reunia-se duas vezes; um, acima de três vezes; dois não se reuniam; 1 outro. O número de trocas nessa equipe foi o seguinte: cinco profissionais relataram acima de três trocas por mês, e um relatou três trocas

Desse modo, a maioria dos participantes estava alocada nas duas unidades selecionadas para segunda fase do estudo, sendo 43% na unidade 1 e 35% na unidade 3. Em ambas as unidades, a média de idade dos membros da equipe estava acima de 30 anos, tinham pouco tempo de experiência na profissão. Ainda, a maioria era composta por profissionais do sexo feminino, com média similar de pacientes na unidade e sob seu cuidado no turno de trabalho; realizava três ou mais trocas no mês, porém o tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe diferiu. As equipes com clima mais favorável, além de se reunirem com mais frequência com o supervisor da unidade e entre eles para discutir sobre os pacientes no turno de trabalho, tinha menos tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe, enquanto as equipes com clima menos favorável para o trabalho em equipe possuíam mais tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe.

ANÁLISE DOS DADOS

11 ANÁLISE DOS DADOS

11.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: QUALITATIVA

Nesse capítulo, são descritos os resultados da segunda fase do estudo que possibilitou observar aspectos do trabalho em equipe, da gestão e atenção centrada no paciente nas interações entre os integrantes das equipes, entre esses e os gestores das unidades selecionadas e com os demais membros das equipes existentes nas unidades, no cotidiano do trabalho. Daí a construção de categorias foi realizada com base nos registros das equipes nas unidades e assim separadas em categorias da unidade 1 e unidade 3 para cada constructo.

De acordo com a metodologia da pesquisa, foi realizada a análise do material empírico coletado durante observação direta sistemática realizada em duas unidades do hospital (unidades 1 e 3), nas quais estavam localizadas as quatro equipes com clima de trabalho em equipe e ACP contrastantes (mais favorável e menos favorável).

A análise das observações na unidade 3 resultou em sete categorias e quatro subcategorias empíricas; a partir da observação na unidade 1, foram geradas quatro categorias empíricas, com elementos que configuram como se desenvolve a gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente, nas unidades estudadas.

11.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTORES DA UNIDADE SOBRE TRABALHO EM EQUIPE

Como resultado do constructo trabalho em equipe, foram obtidas sete categorias e quatro subcategorias na unidade 3 e quatro categorias na unidade 1 (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias do constructo trabalho em equipe

CATEGORIAS DAS EQUIPES UNIDADE 3	CATEGORIAS DAS EQUIPES DA UNIDADE 1
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho em equipe com colaboração interprofissional 2. Relações hierárquicas entre os profissionais das equipes 3. Contrastes na tomada de decisão <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Tomada de decisão compartilhada 3.2 Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos) 4. Profissionais da equipe trabalham como tribos 5. Trabalho na equipe uniprofissional (enfermagem) 6. Trabalho em equipe interprofissional (profissionais não médicos) 7. Contrastes na comunicação em equipe <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Equipes com problemas de comunicação 7.2 Equipes que trocam informações 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de confiança no trabalho dos demais membros da equipe 2. Relações hierárquicas entre profissionais das equipes 3. Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos) 4. Profissionais da equipe se dividem em tribos

11.3 UNIDADE 3

11.3.1 Trabalho em equipe com colaboração interprofissional

Segundo referencial adotado no estudo, trabalho em equipe com colaboração interprofissional constitui uma modalidade de trabalho em equipe, na qual diferentes profissionais trabalham juntos, compartilham informações uns com os outros e definem objetivos comuns, com interdependência das ações. Profissionais de diferentes áreas buscam tomar decisões compartilhadas e, por meio da interação e da comunicação, promovem participação segura, na qual os membros da equipe sentem-se seguros para opinar e complementar as informações na equipe, produzindo um melhor cuidado ao paciente.

Nessa categoria, foram identificadas três características do trabalho em equipe interprofissional, caracterizadas por tomadas de decisão compartilhada entre os profissionais sobre o melhor modo ventilatório para o paciente e decisões

compartilhadas entre os membros da equipe sobre o cuidado com cada paciente, por meio da interação entre os membros e da comunicação frequente, com troca de informações sobre o cuidado. Esses elementos possibilitam participação segura, e todos os profissionais têm a possibilidade de opinar sobre as condutas para o paciente, sem receio de limitação de sua participação na equipe.

A médica chega no leito e pergunta a fisioterapeuta „o que ela acha da sedação, se é ideal pois ela está achando o tempo inspiratório curto“. Elas começam a conversar sobre a ventilação e juntas chegam a um consenso de qual o melhor modo para o paciente.

A todo o momento os profissionais conversam entre eles (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas) sobre as condutas a serem tomadas com os pacientes e comunicam uns aos outros quando fazem algum procedimento com o paciente.

A enfermeira complementa o que o médico plantonista falou, e ele concorda e fala sobre as mudanças que aconteceram com o paciente, complementando o que foi dito pela enfermeira. A fisioterapeuta fala da mobilidade prejudicada por conta da dor que o paciente refere, e a médica diarista diz que vai acrescentar medicação para dor.

11.3.2 Relações hierárquicas entre profissionais da equipe

As relações hierárquicas entre os profissionais podem culminar com a fragmentação das ações realizadas por cada membro da equipe, pois existe uma divisão técnica, que denota hierarquia entre as práticas médicas e os demais, bem como entre os profissionais de enfermagem. Aqui, o médico fazia uma solicitação à enfermeira, a qual solicitava a um técnico em enfermagem a instalação de medicação para pressão, expressando como se estabelecem as relações hierárquicas entre os profissionais da equipe médica e de enfermagem. Em outra situação, observa-se a médica comunicar a enfermeira sobre o procedimento a ser realizado e como a organização do procedimento era conduzida pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem).

até o leito X, olha e solicita a enfermeira a instalação de uma medicação para pressão e, ao sair do leito, vai até o médico plantonista e explica o porquê fez isso. A enfermeira solicita a técnica a instalação da medicação, e ela se levanta para fazer o procedimento.

A médica diarista comunica a enfermeira que vai fazer uma toracocentese, e a enfermeira solicita ao técnico que prepare o material e explica o que vai ser necessário utiliza

11.3.3 Contrastes na comunicação em equipe

11.3.3.1 Equipes com problemas de comunicação

A comunicação é um elemento fundamental para o trabalho em equipe e colaboração interprofissional. Por meio dela, os profissionais das diferentes áreas têm a possibilidade de trocar informações sobre atividades do dia a dia e rever dúvidas sobre assistência à saúde até a construção de um projeto assistencial comum, que minimize as divergências na realização do cuidado.

Na categoria equipes com problemas de comunicação, as divergências apareceram tanto nos registros em prontuários como na troca de informações relacionadas ao cuidado. No relato apresentado a seguir, consta a desinformação em relação à intercorrência com o paciente.

Algumas informações ficam desencontradas, pois existe uma dúvida entre o que foi registrado na evolução do médico plantonista em relação às anotações da enfermagem sobre o procedimento que foi realizado ontem.

A médica diarista olha o prontuário do leito X e acrescenta uma medicação pois a paciente convulsionou. Ela então comunica à enfermeira que está com a paciente e a mesma diz "eu não sabia", nem o residente de fisioterapia que „olha surpreso“.

11.3.3.2 Equipes que trocam informações

Uma comunicação efetiva, caracterizada por trocas frequentes entre os membros da equipe, favorece o trabalho em equipe interprofissional, melhorando a participação na equipe e favorecendo o compartilhamento de informações, o esclarecimento de objetivos comuns e a orientação para tarefas em torno das quais o cuidado deve ser realizado.

Nessa categoria, os profissionais da equipe se comunicavam quando

realizavam algum cuidado com o paciente e falavam sobre os passos do procedimento de intubação – cada um realizando seu papel e decidindo juntos as próximas condutas em relação ao paciente.

A todo momento, os profissionais conversam entre (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas) sobre as condutas a serem tomadas com os pacientes e comunicam uns aos outros quando fazem algum procedimento com o paciente.

A médica diarista vai no leito que está ocorrendo o procedimento. Estão presentes: um residente de enfermagem, uma enfermeira, um residente de anestesia, uma técnica enfermagem, um médico diarista, um residente de fisioterapia, cada um faz uma atividade e vão conversando sobre os passos da intubação.

11.3.3.3 Profissionais da equipe trabalham como tribos

Nessa categoria, observou-se que os profissionais da equipe trabalhavam como tribos. A ajuda e a comunicação aconteciam entre pequenos grupos. Na equipe uniprofissional, a tomada de decisão não era compartilhada com os demais membros da equipe. A interação e a troca de informação entre os diferentes grupos profissionais oferecem uma melhor compreensão sobre ajuda mútua, respeito, confiança e valorização profissional, com a atenção voltada para o indivíduo. No modelo de trabalho em equipe interprofissional, espera-se que esses momentos de interação produzam a participação de todos os profissionais, cada um com seu papel, valorizando cada informação e melhorando o sentimento de pertencimento à equipe. Se todos os membros da equipe são valorizados e sentem que suas informações trazem contribuições importantes e são reconhecidas pela equipe, a confiança pode ser estabelecida, diminuindo os danos para os pacientes e fortalecendo a satisfação no trabalho em equipe.

[...] a médica diarista tem conhecimento sobre ventilação mecânica e como ela e o fisioterapeuta não estão conseguindo ajustar os parâmetros do ventilador para que o paciente fique confortável, a fisioterapeuta pega o celular e pede ajuda de um fisioterapeuta de outra unidade.

Cada coordenador de equipe que chega à unidade conversa com seus pares individualmente (médico com médico, fisioterapeuta com fisioterapeuta e assim com as demais profissões), e observo que apenas a coordenadora de enfermagem interage com todos.

11.3.3.4 Trabalho na equipe uniprofissional (enfermagem)

Nessa categoria, observou-se que a enfermagem desenvolvia suas atribuições e reconhecia o trabalho entre integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), na qual existia fragmentação do cuidado. O olhar voltava-se para o procedimento, com ênfase na dimensão biológica do processo saúde-doença, em detrimento da integralidade no cuidado com a saúde, na qual o foco se deslocaria para as necessidades de saúde do paciente.

12h10 (...) finalizam o procedimento sem intercorrência e a equipe se organiza para fazer os registros. Nesse momento dialogam sobre os próximos passos. A enfermeira parabeniza às duas técnicas de enfermagem pela participação e postura durante o procedimento.

11.3.3.5 Trabalho em equipe interprofissional (profissionais não médicos)

No trabalho em equipe interprofissional, foi estabelecida a articulação das ações dos diversos profissionais que, por meio da comunicação frequente, promoveram a integração de diferentes saberes, com interdependência nas ações e decisões compartilhadas. Contudo, aqui também predominaram ações como procedimentos técnicos e administrativos, como aqueles relacionados à admissão do paciente.

A fisioterapeuta e a enfermeira conversam sobre a arrumação do leito que terá admissão e juntas chegam a um consenso do que é necessário ter no leito.

Um familiar que estava visitando chama o técnico em enfermagem para ajudá-lo com seu ente e logo a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) coloca-se à disposição para ajudá-lo, pois o paciente estava agitado. Enquanto a equipe ajuda, eu me aproximo e vejo que outros profissionais (fisioterapeuta e outro enfermeiro) se juntam à equipe para ajudar

11.3.4 Contrastes na tomada de decisão

11.3.4.1 Tomada de decisão compartilhada

A tomada de decisão compartilhada expressa a interdependência entre os membros da equipe, que compartilham saberes que se complementam e têm como objetivo principal o atendimento individualizado e eficaz ao paciente. Constitui um momento de integração entre as diferentes profissões, para o desenvolvimento do trabalho em equipe, possibilitando a participação de todos os envolvidos nas ações que buscam alcançar objetivos comuns. A categoria mostra que os profissionais da equipe conversavam sobre aspectos do quadro clínico do paciente, trocavam informações e comunicavam aos demais o que cada profissional realizou no cuidado; após a participação de todos, as condutas a serem seguidas pela equipe eram registradas na folha de evolução da visita multiprofissional.

A médica diarista conduz a visita e sempre pede informações dos demais membros da equipe. No paciente seguinte, ela vê a médica assistente do paciente e a chama, conversam sobre o quadro clínico, ferida operatória, momento em que a diarista pergunta a enfermeira residente como está a ferida, e ela descreve a ferida, os drenos, o débito urinário, enquanto a equipe ouve atentamente. Nesse mesmo paciente, a equipe (médico diarista, fisioterapeuta, médico plantonista e residente de fisioterapia) discute bastante o caso clínico para sanar a dúvida que existe no diagnóstico (pneumonia ou síndrome de angústia respiratória no adulto).

Na passagem da visita no leito pela primeira vez, vejo uma técnica se aproximar e ouvir a passagem. A médica diarista vai perguntando as coisas relacionadas ao paciente a cada profissional, pois sabe o que é responsabilidade de cada um, quem faz o que ouve e registra o que cada profissional fala[...]

11.3.4.2 Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos)

A tomada de decisão uniprofissional, embora necessária em alguns cenários na unidade, pode causar distanciamento entre os profissionais e vai na contramão do trabalho em equipe interprofissional. No cotidiano de trabalho na unidade, foram observadas algumas situações nas quais as decisões estavam centradas nos médicos, e os profissionais não médicos eram tratados como fonte útil de informações relacionadas ao cuidado prestado.

A equipe (enfermeira, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, médico residente, médico diarista e médico plantonista) se reúne para o procedimento e conversa sobre ele em volta do paciente, médico plantonista decide sobre qual medicação usar e, ao mesmo tempo, conversa com os outros médicos sobre o quadro clínico do paciente.

No próximo paciente, fica uma dúvida entre a residente de fisioterapia e o médico plantonista em relação a mobilizar ou não, pois o pessoal da cirurgia não deixou nada registrado, então a médica diarista decide por uma conduta conservadora.

A visita segue, e a médica diarista vai solicitando que cada profissional fale sobre sua parte. Ela pergunta à fisioterapeuta se pode mobilizar, e a fisioterapeuta devolve a pergunta, "por você está liberado mobilizar?". A médica diarista diz: 'sim', olha para o plantonista que concorda com a cabeça e então a fisioterapeuta solicita que seja feita analgesia antes da mobilização, a médica diz que já foi solicitado e a enfermeira confirma que já foi feita'.

11.4 UNIDADE 1

11.4.1 Falta de confiança no trabalho dos demais membros da equipe

O estabelecimento de confiança é necessário no trabalho em equipe de caráter interprofissional, no qual os membros de diferentes profissões utilizam competências e habilidades próprias na execução do trabalho, reconhecendo a interdependência das ações e dos saberes. A falta de confiança na equipe pode levar a um sentimento de não pertença ou menos valia, fatores que fragilizam as relações no trabalho.

Na unidade 1, observou-se que, apesar dos diferentes profissionais conversarem sobre aspectos relacionados aos cuidados ao paciente, os profissionais médicos optaram por conferir o que foi realizado pelos profissionais não médicos e, em algumas situações, não levaram em consideração as sugestões dos profissionais não médicos, que referiram discordar e questionar algumas condutas.

No leito 3 a equipe interage bastante, conversa sobre as condutas, sobre a ferida, os médicos e a enfermeira se ajudam para abrir o curativo da úlcera, pois a enfermeira já havia feito, mas eles decidem

olhar juntos.

O médico plantonista fala com a enfermeira para ela agendar a tomografia da paciente que já foi para às 17h30. A enfermeira questiona o horário: „o Sr. vai querer descer para tomografia no horário da passagem de plantão, é isso?“. O médico plantonista diz: „a passagem de plantão é 19h. Leva propofol e fentanil para sedar lá“. A enfermeira: „o Sr. vai sedar sem material de intubação?“ O médico plantonista: na caixa tem todo o material de intubação“. E a enfermeira: „não tem tudo“. E o plantonista: „tem sim“. Então a enfermeira fala: o Sr. quer que eu agende para 17h30, vou agendar aqui“.

11.4.2 Relações hierárquicas entre profissionais das equipes

A relações hierárquicas, culturalmente determinadas, influenciam no modo de produção do trabalho. Essas relações estão associadas ao modelo de gestão adotado pela organização. Nessa categoria, estão relatadas como se estabeleceram as relações hierárquicas no trabalho em equipe nessa unidade, onde a fragmentação das ações pôde ser identificada a partir do relato de cada profissional sobre os cuidados realizados, e, em outros momentos, na cobrança e no questionamento sobre o que não foi realizado.

A nutricionista chega ao posto da Ala A e fica com o mapa atualizando, liga para copa para cobrar a dieta de algum paciente, não interage com os membros da equipe que estão no posto (médico plantonista, enfermeira).

Na Ala A, a equipe (médico plantonista, médico diarista, enfermeiro, residente de nutrição, residente de medicina e internos de medicina) realizam a visita multiprofissional no leito 8. O médico diarista questiona as condutas, os exames que foram realizados, mas o médico plantonista responde que não sabe informar com segurança. O enfermeiro informa que passou uma sonda nasogástrica por conta da distensão abdominal e que o retorno foi de aspecto fecalóide. O fisioterapeuta fala sobre as trocas gasosas, a interna de medicina se aproxima do paciente e expõe o abdômen para mostrar a distensão abdominal. Com a piora do leucograma informada pelo médico plantonista, o médico diarista reforça a importância da tomografia de abdômen.

11.4.3 Tomada de decisão uniprofissional (entre médicos)

A crescente complexidade, a superespecialização e o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais cada vez mais determinadas exigem do ambiente de assistência uma comunicação efetiva, com decisões compartilhadas no trabalho em equipe, para oferecer o melhor cuidado para o paciente. A falta de

participação na tomada de decisão pode enfraquecer o sentimento de equipe. Os momentos de encontro na equipe devem ser utilizados para lidar com as questões assistenciais enfrentadas por ela no cotidiano de desenvolvimento de suas atividades. Nessa categoria, a tomada de decisão entre profissionais da mesma categoria acontece em momentos de encontros entre os profissionais da equipe de diversas áreas, nos quais os profissionais não médicos relataram os cuidados realizados, e estas informações foram utilizadas para tomada de decisão centrada no médico.

[...] O médico plantonista fala como está a paciente, diz que “ tem um diagnóstico de sepse com foco no Permcath” mas o médico diarista diz que não foi sepse e sim uma infecção comum. O médico plantonista conclui dizendo „que não tinha informações e que a paciente cursa com hiperglicemia“. Ao final o médico diarista define as condutas de acordo com as informações recebidas da equipe e descreve na folha de evolução do diarista.

O médico diarista faz questionamento sobre as dúvidas em relação à medicação em uso, quais as pendências e as interconsultas que foram respondidas. O médico diarista pergunta à residente de enfermagem sobre o uso de cateteres, sondas e sugere que os mesmos sejam retirados. A enfermeira responsável pelo paciente pergunta sobre o controle da diurese e o médico diarista responde „ele é renal crônico, urina?“ Então fala „retirar a sonda vesical, o cateter venoso central, acompanhamento com neurologista, tomografia de crânio e mobilização“. Ele registra as sugestões na folha de evolução do diarista.

O conhecimento e as informações prestadas pelo profissional de enfermagem foram ouvidos, mas a decisão sobre a conduta final foi apenas de um profissional médico, de acordo com informações colhidas pelos demais profissionais da equipe que, em sua maioria, não sabiam responder aos questionamentos feitos pelo profissional médico.

O enfermeiro demonstra ter bastante conhecimento sobre o paciente, pois responde e complementa os questionamentos do médico diarista sobre sedação em uso, medicações em uso, exames feitos e resultados de exames. Nesse momento, o médico plantonista fala do resultado do lactato e da necessidade de sedação, mas a decisão final é do médico diarista, que define não sedar.

O médico diarista pergunta sobre as culturas e o médico plantonista diz que a comissão de controle de infecção hospitalar cultura negativa e retirar o isolamento“. Então o médico diarista questiona o porquê dos antibióticos. O médico plantonista diz “, não sei ao certo se a CCIH esteve aqui hoje”, confirma com a enfermeira que diz “definiu retirar”.

No leito 5, o médico diarista questiona „o porquê de não terem conseguido tirar a ventilação já que o paciente tem gasometria boa“, mas todos que participam da visita ouvem e ninguém diz nada, então

o médico diarista orienta fazer o desmame da ventilação.

11.4.4 Profissionais da equipe se dividem em tribos

Um dos requisitos necessários para o desenvolvimento do trabalho em equipe é o compartilhamento de informações entre os membros da equipe, porém os modelos de formação centrado em disciplinas e saberes especializados geram impacto quando existe a necessidade de um trabalho em equipe interprofissional, pois esses profissionais acabam trabalhando e compartilhando informações em pequenos grupos uniprofissionais – fator que não favorece o trabalho em equipe. Os profissionais precisam ser treinados para trabalharem juntos, pois, dessa forma, diminuem-se as falhas e minimizam-se os danos aos pacientes. Isso só é possível, quando as equipes que ocupam o mesmo espaço compartilham informações, têm objetivos comuns e tomam decisões conjuntas, o que não acontece quando a equipe se divide em tribos (pequenos grupos uniprofissionais). Essa categoria mostra a realização de discussões e ajuda apenas nas equipes uniprofissionais, por categoria profissional, sem compartilhamento com os demais membros da equipe interprofissional.

Profissionais fazem a visita leito a leito, mas a troca de informações acontece entre membros da equipe uniprofissional.

[...] os demais profissionais (médico, fisioterapeuta) passam de leito em leito discutindo sobre a situação dos pacientes, médico discute com médico e fisioterapeuta com a coordenadora de fisioterapia e sua equipe. Até este momento as interações acontecem entre profissionais da mesma área.

Profissionais da equipe uniprofissional dividem as atividades em mutirão, ficando cada um responsável pela realização de uma atividade técnica.

[...] Em seguida o técnico começa a falar sobre o prontuário eletrônico, que um faz e outro registra, „aquí os técnicos trabalham de mutirão, o técnico que está livre faz todos os controles e outro digita tudo no sistema.“ Para ele „isso sim é trabalho em equipe e não quando cada um faz tudo só do seu paciente pois assim eles ficam sabendo sobre todos os pacientes“.

Profissionais se ajudam nas atividades entre as equipes uniprofissionais.

A enfermeira responsável pelo paciente estava com outro paciente na hemodinâmica e ao retornar à unidade, aproxima-se para ajudar, pois o paciente está escalado para ela, mas o enfermeiro estava assumindo a intercorrência? Ao final, quando chegam no posto de enfermagem, os enfermeiros se abraçam e ela diz „obrigada, ainda bem que somos nós dois, aqui a relação é de amor “.

11.5 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTORES DA UNIDADE SOBRE GESTÃO

A observação deu origem a oito categorias para unidade 3 e sete categorias para unidades 1 sobre o construto gestão, que serão apresentadas no quadro abaixo (Quadro 2) e em seguida descritas individualmente:

Quadro 2. Categorias do constructo gestão

CATEGORIAS DAS EQUIPES UNIDADE 3	CATEGORIAS DAS EQUIPES UNIDADE 1
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestão de relações informais para promover integração 2. Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes (enfermagem) 3. Gestão participativa da enfermagem (uniprofissional) 4. Reconhecimento de trabalho individual para alcançar objetivo coletivo 5. Comunicação multiprofissional 6. Gestão interprofissional 7. Gestão de materiais e equipes 8. Papel da gestão de enfermagem 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenação frágil 2. Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes (enfermagem) 3. Liderança médica vertical e tomada de decisões não compartilhada 4. Supervisão de enfermagem (equipe uniprofissional) 5. Educação continuada com frágil coordenação entre as diferentes áreas da gestão 6. Técnicos de enfermagem não se sentem ouvidos pela supervisora da enfermagem Gestão de materiais e equipes 7. Gestão de materiais e equipes

11.5 UNIDADE 3

11.5.1 Gestão de relações informais para promover integração

Na gestão de relações entre os gestores e profissionais da unidade, a comunicação é importante, pois promove integração entre as partes para a construção de objetivos e projetos assistenciais comuns. Essa forma de integração favorece o trabalho em equipe como uma estratégia de gestão. Embora tradicionalmente os profissionais estejam acostumados com as redes de comunicação verticais, é na comunicação horizontal, com troca de informações entre as partes, que surge a possibilidade de diálogo sobre resultados, além de possibilitar as argumentações, a inserção dos membros no grupo e a aproximação para favorecer o alcance de objetivos. A comunicação possibilita a interação humana e atua como um sistema capaz de informar, motivar e estabelecer uma compreensão mútua sobre os objetivos a serem alcançados.

Nessa categoria, as relações informais, isto é, aquelas que se estabelecem entre os profissionais sem estarem informadas e definidas pela estrutura organizacional de mando e lideranças formais correspondentes, apresentam-se na equipe de enfermagem quando a coordenadora de enfermagem planeja ações para integrar funcionários novos e antigos, reúne a equipe multiprofissional para parabenizá-la pelo resultado em torno de um objetivo da unidade e reconhece a importância de todos os profissionais diante dos resultados alcançados.

A coordenadora de enfermagem começa a falar sobre seu cotidiano de trabalho e diz que tem buscado marcar encontros um a um para saber sobre a satisfação do funcionário e que estão programando um café semanal com a equipe para promover uma melhor integração, já que existiam profissionais novos.

[...] Após acomodar o paciente, a coordenadora de enfermagem chama toda equipe presente na unidade (dois enfermeiros, um residente de enfermagem, duas fisioterapeutas, um deles recém-chegado, médica plantonista, médica diarista, quatro técnicos de enfermagem) e próximo ao posto da unidade e parabeniza a equipe pelo excelente resultado que obtiveram no programa melhorando a segurança do paciente.

11.5.2 Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem

A flexibilidade nas relações de trabalho entre profissionais de enfermagem e destes com a coordenação de enfermagem e enfermeiras do turno de trabalho é ferramenta de manutenção do funcionamento do serviço e adaptação às intercorrências que ocorrem com os profissionais no cotidiano do trabalho. Essa flexibilidade na jornada de trabalho possibilita que o serviço consiga se ajustar às necessidades do quadro de pessoal, conseguindo ajustes na força de trabalho, quer por meio da jornada de trabalho quer pela distribuição de atribuições entre os profissionais de enfermagem.

Nessa categoria, a flexibilidade da jornada de trabalho aparece quando observamos que os técnicos de enfermagem tinham autonomia para fazer ajustes na escala e no horário de chegada, para que não houvesse dobra.

O técnico em enfermagem responde que “não, ele é ponto de dobra e está aguardando a colega chegar.” O horário para chegar na unidade é até as 7h30, porém acordou com a colega que vai esperar ela chegar mesmo que passe do horário... embora exista essa rotina no ponto de dobra, eles na maioria das vezes fazem algum tipo de acordo com o colega, pois muitos têm mais de um emprego e intercorrências acontecem... como as coordenadoras de enfermagem não se opõem, eles preferem agir assim.

11.5.3 Gestão participativa da enfermagem (uniprofissional)

A gestão participativa promove mudanças profundas nas relações entre gestores, usuários e trabalhadores, pois remete a uma corresponsabilização entre os envolvidos, para que haja a mudança de um modelo de gestão burocrática, com relações verticais para um modelo centrado no trabalho em equipe, com construções compartilhadas e decisões construídas coletivamente – a fatores que motivam a participação e conseqüente satisfação no trabalho diante de uma gestão descentralizada.

A gestão participativa pode ser observada quando a supervisora de enfermagem possibilitou que as enfermeiras indicassem três meses para alocação de férias, para que a escala de férias fosse construída conjuntamente e as solicitações fossem atendidas; no momento em que a coordenadora de enfermagem reuniu toda equipe de enfermagem presente na unidade para encontrar soluções conjuntas diante de um problema identificado; e na forma pela qual a coordenadora conduziu as falhas que ocorreram no trabalho, dialogando para chegar a uma decisão compartilhada

considerando o problema.

Observei que a supervisora de enfermagem entrega um documento às enfermeiras para que elas colocassem 3 meses que gostariam de tirar férias e, a partir dos registros desse documento, ela procedeu à marcação das férias, que foi realizada sem problema algum, e as enfermeiras colaboraram nos remanejamentos necessários.

A coordenadora de enfermagem chega no posto e convida toda equipe para uma conversa breve relacionada ao programa de controle de infecção do qual a unidade faz parte, pois ela identificou que, nos últimos dias, o formulário onde devem ser registrados diariamente os dispositivos que o paciente do leito está em uso não vem sendo utilizado. Ela diz que quer ouvir a equipe, entender o que está acontecendo, encontrar soluções juntos.

A outra técnica de enfermagem diz „quando tem um erro a coordenação conversa, não tem aquela postura de “eu sou coordenadora”, elas ouvem, conversam e resolvem as coisas junto conosco”.

11.5.4 Reconhecimento de trabalho individual para alcançar objetivo coletivo

A motivação é um comportamento por parte da gestão, que impulsiona o envolvimento dos profissionais para alcançar os objetivos e está relacionada à satisfação e ao desempenho do sujeito no trabalho. A motivação, além de fazer com que o profissional tenha vontade de permanecer no trabalho, é um elemento que melhora a segurança e a qualidade do trabalho desenvolvido. Na gestão de pessoas, o reconhecimento é uma medida utilizada para motivar as relações entre o sujeito-trabalho-organização, além de uma competência da gestão, que contribui para motivar os profissionais na busca por melhores resultados. Neste último sentido, o reconhecimento está associado às expectativas de retribuição pela contribuição dada pelos profissionais ao objetivo coletivo.

Na narrativa a seguir, a coordenadora de enfermagem trouxe motivação, ao reconhecer o desempenho a equipe pelo esforço e pelo resultado para alcançar o objetivo coletivo.

A coordenadora de enfermagem chama toda equipe presente na unidade e parabeniza a equipe pelo excelente resultado que obtiveram no programa melhorando a segurança do paciente. A coordenadora de enfermagem frisa que esse resultado é em consequência do envolvimento de todos no compromisso com o programa e aproveita para dizer que „além da importância de cada um de vocês nesse resultado, temos funcionários novos na unidade e ela solicita a equipe que os acolham para que eles se sintam motivados nesse desafio”.

Em outro momento, a coordenadora de enfermagem parabenizou os

profissionais da equipe pelo empenho em prol de um objetivo.

A coordenadora chama a técnica de enfermagem e parabeniza pelo preenchimento do *bundle*, pois ela observou que alguns profissionais, além dela, estão engajados no preenchimento do *bundle*.

11.5.5 Comunicação multiprofissional

A comunicação multiprofissional faz parte das relações no cotidiano do trabalho. Essa comunicação é necessária para a realização do trabalho em equipe. A visita multiprofissional é um momento que possibilita que essa comunicação ocorra, porém, na impossibilidade de realização dessa visita, é de fundamental importância estabelecer um canal de comunicação que possibilite a troca de informações sobre o cuidado realizado por cada profissional, com a finalidade de estabelecer uma conduta segura e baseada em informações colhidas dos diversos membros da equipe. Na categoria comunicação multiprofissional, diante da impossibilidade de realização da visita multiprofissional, a supervisora da equipe médica conversou individualmente com cada profissional da equipe.

Na visita multiprofissional, o médico diarista escreve no item conclusões da folha de visita após ter conversado individualmente com cada profissional da equipe.

11.5.6 Gestão interprofissional

A gestão interprofissional apresenta-se como uma estratégia de gestão que melhor se adequa ao fortalecimento do trabalho em equipe interprofissional, pois o compartilhamento de ideias, as relações mais horizontais e a tomadas de decisões conjuntas entre os gestores trazem melhores resultados para o paciente e promovem integração das práticas e adesão a protocolos de normas e rotinas da unidade.

Nessa categoria os coordenadores médico e de enfermagem realizam atividades de gestão juntos, as quais são apresentadas nas seguintes narrativas:

Os Coordenadores médico e de enfermagem se articularam para tomadas de decisões, conversam com os membros da equipe para saber se existia alguma demanda do cotidiano de trabalho que eles queiram compartilhar e introduziram os novos funcionários, buscando saber como estava a adaptação deles à unidade.

Atividades interprofissionais articuladas com as atividades específicas de cada área profissional, quando integradas permitem o aprendizado conjunto de competências necessárias para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa

Ocorreu articulação entre os coordenadores de enfermagem, os médicos da unidade 3 e a coordenadora do centro cirúrgico, no intuito de resolverem juntos questões administrativas, para que o procedimento fosse realizado.

A coordenadora de enfermagem chega à unidade, e a enfermeira comunica sobre o procedimento. A coordenadora diz “estou sabendo” e chama a médica diarista para conversar, e ela passa a situação do banco de sangue para a coordenadora. A coordenadora de enfermagem se envolve e liga para a coordenadora do centro cirúrgico.

Em outro momento, elas realizaram a gestão dos leitos da unidade, para que existissem condições de prestar assistência segura aos pacientes.

Enquanto isso, a coordenadora de enfermagem e a médica diarista fazem a visita leito a leito olhando questões administrativas: qual leito está completo, e o que faltava em um leito que, incompleto, é repostado.

11.5.7 Gestão de materiais e equipes

A gestão de materiais na área hospitalar consiste no planejamento, na execução e no controle do fluxo de materiais utilizados para procedimentos e atividades relacionadas à assistência aos pacientes e à gestão das equipes. Demanda articulação entre os saberes de cada categoria profissional e colaboração entre os setores para desenvolvimento dessas atividades, bem como do quantitativo de profissionais necessários para realização da assistência a pacientes com esse perfil de complexidade.

Nessa situação, a enfermeira conferiu os materiais da unidade, checkou o que estava em falta e buscou ajuda da auxiliar de serviço externo para saber os trâmites para conserto do aparelho de oxímetro.

A enfermeira está conferindo material e percebe que o monitor está

sem oxímetro. Ela chega no posto e conversa com as enfermeiras. Às enfermeiras perguntam à auxiliar de serviço externo como faz para enviar o oxímetro para a engenharia e ela explica que elas fazem uma comunicação interna e encaminham ao setor que, se tiver outro oxímetro, eles enviam para unidade.

Na gestão de recursos humanos, existe a necessidade de remanejamento na escala de profissionais da enfermagem, devido a faltas constantes.

Hoje mesmo faltou uma enfermeira que vai para escola de saúde pública, então é assim... estamos tendo remanejamento direto na escala." [...] A coordenadora de enfermagem diz que „uma das enfermeiras estava dobrando pois a que estaria não veio. Essa enfermeira que faltou está saindo da unidade e tem faltado constantemente”.

Existem critérios para distribuição na escala de assistência dos técnicos de enfermagem feita pelos enfermeiros.

[...]a distribuição dos técnicos no plantão „é feita pela enfermeira do plantão noturno, normalmente elas olham a distribuição do último plantão desse profissional e quando o funcionário dobra pede para continuar com os mesmos”.

Problemas com quadro de pessoal insuficiente dificultam a liberação de profissionais, quando surge alguma intercorrência particular.

Às 9h, a coordenadora de enfermagem chega à unidade e se aproxima do leito e logo é abordada pela técnica de enfermagem que „fala que um familiar faleceu”. A coordenadora de enfermagem fala com ela que só tem quatro técnicas no plantão e por só não vai poder liberá-la.

11.5.8 Papel da gestão de enfermagem

Nessa unidade, embora existissem coordenadores para cada equipe uniprofissional (enfermagem e médicos), o papel da gestão estava fortemente centrado na coordenação e na supervisão da enfermagem. As coordenadoras e as supervisoras de enfermagem se responsabilizavam pela gestão administrativa de materiais, equipamentos, leitos, escalas da equipe de enfermagem, garantindo o funcionamento da unidade. A gestão de enfermagem tem como papel atividades administrativas de rotinas.

A enfermeira realizando as atividades administrativas de rotina (checar se os leitos estão completos, conferir carro de emergência, controle de equipamentos da unidade, cobrar da equipe o preenchimento do *bundle* do programa de segurança do paciente, distribuir os técnicos para o plantão noturno, autorizar trocas e resolver as intercorrências que ocorrerem. Ela tem autonomia para resolver sem precisar consultar a coordenadora).

11.6 UNIDADE 1

11.6.1 Coordenação frágil

O papel de coordenação dessa unidade era dividido entre coordenadores das equipes uniprofissionais (enfermagem e médicos) que, em algumas situações, tomavam decisões centralizadas e em outras, compartilhadas com atenção centrada no profissional e nos aspectos relacionados ao melhor funcionamento da unidade.

Na unidade1, existia fragilidade em alguns aspectos da coordenação. A fragilidade da coordenação dos profissionais da enfermagem (equipe uniprofissional) aconteceu quando a coordenação tomou uma atitude que tinha relação com o cuidado direto com o paciente que estava de alta, mas não comunicou aos profissionais da equipe. Isso poderia gerar uma situação de conflito, pois nem todos os procedimentos necessários para alta estavam resolvidos pela enfermeira assistencial.

O técnico veio comunicar à enfermeira que retiraram a monitorização do leito 14, pergunta „ele está de alta, não é?“. A enfermeira diz „está, mas não tem vaga e eu não consegui falar com a família ainda ok, se tiraram e ele não sair a gente fala com a coordenação que mandou retirar para ver como vai fazer’ (o jeito de falar demonstra não concordar, pois finaliza mexendo os ombros).

Entre os membros da equipe multiprofissional e nos processos clínicos fragmentados, cada profissional fazia uma parte e pela falha na comunicação entre equipe e setor de apoio sobre intercorrências com o paciente. Nessa situação, o paciente teve uma intercorrência, mas houve falha na comunicação da equipe da unidade com o banco de sangue, gerando situações de falha de comunicação entre as unidades e conflito entre coordenador médico e setor de apoio.

No paciente do leito X o médico diarista questiona o porquê de não ter feito a tomografia, pois ele pediu segunda e hoje já é quinta e questiona, o que a gente está fazendo por ela aqui?’. O residente de

medicina informa que a paciente teve melena e o enfermeiro confirma. O médico diarista pergunta se tem resultado de hemoglobina recente e como não tem orienta pedir. O enfermeiro fala que o banco de sangue ligou dizendo que tem três reservas de plasma para essa paciente, mas o pedido está vencido e eles querem saber se é pra fazer, pois precisa renovar o pedido. O médico diarista diz „fizemos o pedido, não foi atendido e eles não vão fazer porque está vencido, mas eles não atenderam ao pedido “, e o enfermeiro diz „é“. O médico diarista diz, solicita a hemoglobina e depois vê esse plasma e solicita novamente a tomografia “.

Os problemas de coordenação e de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e no cuidado centrado nos profissionais, e não no paciente, puderam ser observados quando existiam procedimentos de urgência com os pacientes que eram postergados sem nenhuma justificativa, gerando, do ponto de vista da coordenação médica, insatisfação com o desempenho da equipe.

Quando a equipe estava na passagem do plantão do leito X, paciente com diagnóstico de tumor cerebral com efeito de massa, o médico diarista pergunta „qual a previsão de cirurgia?“ e, assim, o plantonista informa „a previsão é dia 27, domingo“. O médico diarista diz „lamentável, eles receberam o paciente na emergência viram o quadro, devem ter visto a imagem e vão operar domingo?“... folheia o prontuário e diz „aqui a evolução do neurocirurgião, com registro dos resultados dos exames, não entendo o porquê esperar uma antirressonância, pois viu a imagem do paciente, está aqui registrado, se está registrado é porque viu a imagem do paciente na admissão e escreveu no prontuário“.

11.6.2 Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem

Os profissionais de enfermagem constituem o maior número de trabalhadores de saúde no ambiente hospitalar. Foi possível observar que, na unidade 2, existia uma flexibilidade na jornada de trabalho da enfermagem, tanto pelo excessivo número de trocas entre os profissionais, fator que interferiu no trabalho em equipe, pois os profissionais dificilmente trabalhavam na mesma equipe, como pelo número excessivo de dobras, o qual levou à insatisfação, à sobrecarga de trabalho e ao adoecimento dos profissionais de enfermagem. Esses fatores desfavoreceram a qualidade e a eficácia, prejudicando o ambiente de trabalho.

Em seguida, a enfermeira começa a falar das dobras, que tem sido estressante vir trabalhar, pois você não sabe se vai sair porque está tendo dobra direto'. O enfermeiro fala que está dobrando porque a

colega não veio, pois estava cansada, e aí vira uma bola de neve, é adoecedor, não só fisicamente como psicologicamente. 'Quando ela estiver e for ponto de dobra eu não vou vir, vou pagar com a mesma moeda'.

11.6.3 Liderança médica vertical e tomada de decisões não compartilhadas

A liderança é uma das competências necessárias para a efetivação do papel de gestor em seus vários campos de trabalho. Ela favorece a integração entre os membros da equipe, pois motiva a equipe para realização de um cuidado de qualidade. A liderança vertical e com tomada de decisões não compartilhadas, além de fragmentar a assistência, faz com que os profissionais da equipe fiquem preocupados apenas com sua parte no cuidado. Esse modelo de liderança favorece a realização de um trabalho hierarquizado, com relação verticalizada e impessoal entre gestores, profissionais e pacientes. Na situação observada, foi possível identificar a centralidade no poder médico, que tomou as decisões finais após ouvir as ações realizadas pelos profissionais não médicos. As trocas de informações pareceram constituir apenas uma ferramenta para colher informações sobre o que foi realizado no cuidado.

A visita multiprofissional começa às 9h40, inicialmente com o médico plantonista, médico diarista, interna de medicina, enfermeira, terapeuta ocupacional, residente de fisioterapia, residente de nutrição. Os médicos conversam sobre o quadro clínico do paciente e, quando necessário, observo que a enfermeira e o residente de fisioterapia complementam. O médico diarista conversa sobre medidas para melhorar e invadir menos o paciente, como retirar sonda, retirar cateter, extubar e, no segundo paciente, pergunta a enfermeira o que ela acha sobre retirar a sonda vesical de demora, a enfermeira responde "o Sr. manda". O médico diarista sugere as condutas e a equipe concorda.

11.6.4 Supervisão de enfermagem (equipe uniprofissional)

A qualidade da assistência de enfermagem depende do modelo adotado para supervisão da equipe uniprofissional. Um modelo de supervisão vertical, centrado na tarefa não favorece o trabalho em equipe. Por outro lado, uma supervisão que antecipa o problema e o resolve por meio da interação com o profissional responsável tem impacto na confiança e na satisfação no trabalho, criando um ambiente de

colaboração na equipe. Nesse sentido, a categoria supervisão de enfermagem na equipe uniprofissional apresentou um momento de compartilhamento das ações do cuidado entre enfermeira e supervisora, pois a solicitação feita pela supervisora foi ouvida e acolhida.

A supervisora de enfermagem conversa com a enfermeira sobre a fixação da sonda vesical de demora dos leitos 6 e 8, pois ela olhou e não está fixada. A enfermeira ouve, confirma os leitos e diz „já chego lá“.

Embora a descrição demonstre que a solicitação da supervisora foi acolhida, o tom utilizado pela enfermeira deixa uma impressão de incômodo com a observação, uma vez que a última estava no posto da unidade diante de outros profissionais da equipe.

11.6.5 Educação continuada com frágil coordenação entre as diferentes áreas da gestão

A preocupação com a qualificação dos profissionais de saúde, em especial a capacitação para utilização de novas tecnologias, deve ser preocupação constante dos gestores das unidades de terapia intensiva, pois a incorporação de novas tecnologias favorece a segurança no cuidado com paciente e pode evitar iatrogenias com danos aos pacientes. A educação continuada tem como objetivo aperfeiçoar os profissionais para o desenvolvimento das práticas. Nessa situação, a iniciativa da supervisora de enfermagem, ao chamar todos para o treinamento, e a ausência de participação dos profissionais das demais categorias no treinamento deixaram claro que existia uma desarticulação entre as diferentes áreas da gestão na tentativa de promover a participação dos diversos profissionais da equipe, com participação apenas de profissionais da equipe de enfermagem.

São 15h15 e a supervisora da enfermagem chama a equipe para um treinamento de uma nova bomba de infusão para dieta, pois a pessoa que veio dar o treinamento está desde às 14h aguardando, mas os profissionais continuam sua rotina (enfermeira na medicação, nutricionista atualizando mapa de dieta, médico atualizando solicitação de exames, técnico instalando sedativo solicitado pelo médico), no qual até o momento estão participando cinco técnicos de

enfermagem, que esclarecem suas dúvidas. Embora a supervisora tenha solicitado a participação de todos, até o momento apenas os técnicos de enfermagem foram.

11.6.6 Técnicos de enfermagem não se sentem ouvidos pela supervisora da enfermagem

Neste estudo, a comunicação efetiva é entendida como aquela em que os profissionais se sintam ouvidos e as interações no ambiente de trabalho sejam aspectos que melhorem os desfechos no desenvolvimento do trabalho, em especial, do trabalho em equipe. Integração e colaboração são estratégias que devem ser adotadas pelos gestores, para incentivar a participação na equipe, e consiste em um dos fatores que favorece o clima de trabalho em equipe. Na descrição apresentada, as técnicas de enfermagem relataram que elas não eram ouvidas em relação à mudança de rotina e que existia uma diferença na escuta por parte da coordenação de enfermagem.

A técnica de enfermagem está junto com outra técnica dando banho no paciente. Durante o banho ela relata que a rotina de banho dessa paciente é à noite mas como à família já fez várias queixas, elas estão realizando logo o banho e que o médico até questionou o porquê do horário mas ela disse para falar com a supervisora, pois quando eles falam é uma coisa e quando o médico fala é outra.

11.6.7 Gestão de materiais e equipes

Para o funcionamento adequado da UTI, é necessário que exista uma previsão de recursos materiais, para atender as demandas de saúde, bem como a descrição das atividades a serem realizadas. Outro aspecto relevante, então, é estabelecer o grau de autonomia dos sujeitos ligados à assistência direta para resolução das situações que prejudicam o acesso de pacientes que necessitam de cuidados críticos. Na situação descrita a seguir, os profissionais conversavam sobre a falta de recursos materiais para realização de procedimentos e como essa falta de material interferiu no número de leitos, mas a decisão diante do problema é comunicar a coordenação, tendo como elemento central os profissionais em detrimento do paciente:

No leito 11, a enfermeira informa que a traqueostomia não foi feita pois não tem nem campo, capa, nem caixa e que ela foi na central de material esterilizado e a informação que recebeu é que a central de material esterilizado está em reforma e não tem. O plantonista então pergunta ao diarista „como a gente recebe paciente grave numa

situação dessa?’ e o médico diarista diz „nesse caso, a gente comunica à coordenação e normalmente interdita o leito”.

11.7 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E GESTÃO DA UNIDADE SOBRE ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

Os resultados da categoria ACP deram origem a cinco categorias na unidade 1 e quatro categorias na unidade 2 (Quadro 3).

Quadro 3. Categorias relacionada a atenção centrada no Paciente

CATEGORIAS DAS EQUIPES DA UNIDADE 3	CATEGORIAS DAS EQUIPES DA UNIDADE 1
1. Profissionais da equipe ignoram pacientes 2. Relação entre profissional e paciente 3. Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes 4. Relação entre profissional e familiar Participação dos familiares	1. Profissionais da equipe ignoram o paciente 2. Relação entre profissional e paciente 3. Comunicação e troca de informação entre profissional usuário 4. Relação entre profissional e familiar

11.7.1 UNIDADE 3

11.7.1.1 Profissionais da equipe ignoram pacientes

Pautada no diálogo, a equipe multiprofissional que presta cuidados na UTI deve oferecer uma assistência que promova o envolvimento do paciente e a troca de informações constante entre profissionais e pacientes sobre o cuidado a ser realizado. Somente por meio da aproximação ao contexto de vida e saúde dos pacientes e de uma articulação para um cuidado com vistas ao atendimento dessas necessidades, deve ser possível mudar o olhar de um cuidado centrado na doença/procedimento para o indivíduo e o contexto no qual ele está inserido. Nessa categoria, o paciente foi

tratado pelos profissionais como objeto e não como mais um membro da equipe, que participava do processo do cuidado e do tratamento. Também se foca na realização dos procedimentos. A seguir, exemplos do que foi descrito.

No momento em que o procedimento de intubação era realizado sem explicar ao paciente, mesmo sabendo que o paciente estava consciente:

Ao terminar, o médico residente vai até o plantonista e comunica como foi o procedimento, o que o paciente usou de medicação, qual o número do tubo (confirma com a enfermeira se foi 8,5). Durante o procedimento não observei comunicarem nada ao paciente. A psicóloga chega à unidade no momento do procedimento e pergunta para mim se vai extubar, digo que não sei, ela fica de pé. Ao colocar a máscara para fazer a ventilação. o médico residente pede para o paciente respirar fundo e diz “ela está consciente”, porém não explica à paciente o que vai ser feito.

Quando os profissionais realizavam banho no leito sem considerar a privacidade do paciente, enquanto, no leito ao lado, outra equipe prestava assistência a um paciente lúcido. Profissionais da equipe médica conversavam sobre o quadro clínico do paciente sem inseri-lo na conversa:

Em outro leito, enquanto dois técnicos realizam o banho no leito, sem biombo, o paciente está totalmente exposto e, ao lado, tem um paciente lúcido, sentado com a ajuda do fisioterapeuta, e a equipe médica (diarista, plantonista e residente) conversa sobre o quadro clínico do paciente, ele ouve tudo, mas não é inserido na conversa.

Observo a passagem de um cateter para medir a pressão, pois a paciente havia agravado um pouco. O residente médico inicia o procedimento com a ajuda de um técnico de enfermagem e uma residente de enfermagem e, neste momento, não presenciei eles explicando o que seria feito ao paciente, que embora parecesse sonolenta, a técnica de enfermagem disse “ela mexe”.

Profissionais comentavam sobre a ferida na frente do paciente sem envolvê-lo e como se ele não estivesse presente e não importasse, tratando a lesão como uma alteração comum em outros pacientes:

A técnica de enfermagem está dando banho no leito com ajuda de outra técnica e, ao abrir o curativo da úlcera na região sacra, chama a residente de enfermagem e a enfermeira para verem o aspecto da lesão. Elas relatam preocupação com o estado da lesão, com a dor que a paciente sente e o que fazer. A técnica verbaliza “ave” e a enfermeira diz que “já estava preparada e diz para passarem no plantão, pois já trabalhou com paciente oncológico, é assim mesmo”.

11.7.1.2 Relação entre profissional e paciente

O cuidado integral necessita de uma relação entre profissional e paciente baseada na confiança, na atenção e no respeito à singularidade, o que demanda novas formas de organizar o processo de trabalho, modificando o modo de agir e interagir com o paciente. Rompe-se, assim, o distanciamento entre o saber clínico e as reais necessidades de saúde do paciente. Nessa categoria, observou-se que, em alguns momentos, os profissionais conversavam com o paciente e se apresentavam e chamavam o paciente pelo nome e não pelo número do leito. Embora exista esforço pela humanização do cuidado, ainda prevalece o distanciamento entre a comunicação e a inserção do paciente no contexto do cuidado. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Ao receber o plantão, a profissional cumprimentou o paciente e se apresentou como a pessoa que ia cuidar dele naquele período, fato que favoreceu a relação profissional e paciente.

Às 18h30 chega a técnica de enfermagem para receber o plantão e a colega começa a passar o plantão para ela, falam sobre o que o paciente está em uso, sobre quanto cada dreno produziu, soros, drogas em uso e intercorrências que tiveram no período. A técnica de enfermagem diz que já conhece o paciente, o cumprimenta e avisa que cuidará dele a partir daquele momento.

A profissional conversou com o paciente, falou sobre sua responsabilidade no período e acolheu o paciente quando informou que ele podia chamar se precisasse.

Às 20h45, a técnica de enfermagem está cuidando de uma paciente e, enquanto realiza higiene, interage com ele, chama pelo nome, diz que vai passar a noite cuidando dele e o que ele precisar pode chamar. O paciente diz que tá bom “espera aí que eu já deixo o senhor dormir e pago à luz”.

O profissional respondeu ao questionamento do familiar, mas não explicou sobre a alteração do paciente de uma forma que a família pudesse entender.

Às 15h05, uma paciente apresenta taquicardia e a enfermeira comunica ao médico plantonista, que vai até o leito, olha o traçado no monitor, e o familiar que está ao lado pergunta “é tudo alto assim?”. E o médico diz não, ela está com taquicardia.

O profissional demonstrou interesse em saber quem é o familiar e no

esclarecimento de possíveis dúvidas de fatos que não ficaram claros.

O médico plantonista chega no leito, cumprimenta o paciente, apresenta-se, pergunta quem é o familiar. Ele explica o quadro clínico do paciente e, no final, pergunta se foi claro e se eles têm alguma dúvida, chama a paciente pelo nome e esclarece cada questão. No leito seguinte, quando a acompanhante diz que sim, ele explica o quadro clínico desde o motivo da ida do paciente para UTI até como está hoje. Ela pergunta sobre alimentação e ele explica que está sendo feita pela sonda. Ele pergunta se o familiar conseguiu se comunicar com o paciente e ela responde que pouco.

O profissional respondeu ao questionamento do familiar, mas não explicou sobre a alteração do paciente de uma forma que a família pudesse entender, nem a família fez mais questionamentos.

Elas finalizam (visita) e, ao sair do leito, o familiar vai até a médica e pergunta “como o paciente está” e ela diz “o quadro dele se agravou, o quadro infeccioso e respiratório, tá bom”. O familiar não faz mais nenhuma pergunta e fica olhando para o paciente. [...] Observo que o filho estava sentado numa cadeira ao lado do leito e então levanta, aproxima-se do leito, e, mesmo com o paciente sedado, chama o irmão pelo nome e transmite algum recado que alguém enviou, fala sobre quem veio visitá-lo hoje, que fez oração pela melhora dele e diz quem virá visitá-lo amanhã. Em seguida, pega o lençol e cobre o irmão.

11.7.1.3 Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes

A comunicação no hospital é caracterizada por muitas informações trocadas entre profissionais de diferentes equipes. Necessita, assim, de continuidade e, na UTI, ela requer uma atualização frequente e contínua entre profissionais, pacientes e familiares, além de ser elemento que favorece a continuidade do cuidado prestado entre as unidades hospitalares. A segurança do paciente tem gerado cada vez mais integração e discussões no ambiente hospitalar, e um dos momentos em que a comunicação precisa ser clara, amplamente discutida e efetiva é na transferência do paciente interunidades. Nessa categoria, a comunicação ocorre para inserir o paciente no contexto do cuidado. A seguir, exemplos do que foi descrito.

A situação observada mostrou que a equipe se preocupou em envolver o paciente na visita multiprofissional e na decisão sobre sua alta da unidade.

No leito 5, a médica diarista cumprimenta o paciente, explica a ele sobre a visita e diz “a gente vai ficar falando sobre o Sr., sobre a

cirurgia do Sr., tá certo?”, e o paciente balança a cabeça em caso afirmativo. A enfermeira conversa com o paciente, explica que ele está melhor e o paciente fala sobre a prótese que a família levou, parece feliz quando ouve que está de alta e sorri. Depois que cada profissional fala, a diarista diz “está tudo ótimo”. A fisioterapeuta relata que o paciente andou, usou a bengala e foi um sucesso. O paciente complementa “sucesso total”, quando todos sorriem junto do paciente e a médica diarista diz que vai pedir uma vaga para ele na enfermaria.

Em outra situação, puderam ser observados a preocupação do profissional com a evolução do quadro clínico e o envolvimento do paciente quando o médico reservou um momento para ouvir e esclarecer possíveis dúvidas, solicitações e atendimento das necessidades.

Às 14h20, o médico sai do conforto médico e vai de leito a leito ver como os pacientes estão, conversa com os pacientes que estão lúcidos, pergunta se estão melhor, conversa com os familiares que estão acompanhando os pacientes que têm visita estendida e esclarece dúvidas sobre o quadro clínico e a um dos pacientes explica o motivo do paciente precisar retornar para cirurgia. Ele segue visitando e, ao chegar em um paciente lúcido, que está de alta e aguarda vaga, ele prolonga a conversa e conta a experiência que teve com um familiar que, aos 84 anos, esteve internado no SUS, porque não tinha plano de saúde e conclui “SUS é bom”.

11.7.1.4 Relação entre profissional e familiar

Para a ACP, o relacionamento com a família é um importante mediador da qualidade para a integração da família, no contexto do cuidado. O relacionamento pode ocorrer em diversos momentos do cotidiano de trabalho. Existem momentos na UTI que favorecem a aproximação entre profissionais e familiares e, entre eles, estão o horário de visita, a visita estendida e o momento de atualização do boletim com quadro geral do paciente. A seguir, exemplos do que foi descrito.

A forma detalhada como foi realizada a passagem do boletim médico e na preocupação com inserção da família.

Às 17h20, o médico levanta e vai até os familiares e explica o boletim médico com detalhes: como o paciente está, o que vai ser feito e responde a todas as dúvidas apresentadas pelos familiares. No mesmo momento, ele acompanha um familiar até o leito e estimula o paciente a conversar.

O acolhimento ao familiar em um momento de preocupação e insegurança demonstrado pelo choro.

O coordenador médico observa um familiar chorando, aproxima-se, conversa e, em seguida, sai e volta com um copo com água para esse familiar.

O comportamento dos profissionais da equipe ao se aproximarem dos familiares em um momento de dor e perda do ente querido.

Às 16h15, a paciente vai ao óbito e, ao lado dela, estão cinco membros da família, a psicóloga, o médico plantonista que constata o óbito e fica ao lado da família e diz “meus sentimentos, qualquer coisa estou aqui!”. Um familiar o abraça, e ele retribui e acolhe esse familiar que parece bem jovem e chorava bastante. Em seguida, a enfermeira se aproxima e diz palavras de conforto “força, fé em Deus, meus sentimentos”.

11.7.1.5 Participação dos familiares

A equipe que consegue enxergar a participação da família no cuidado e o compartilhamento das necessidades do paciente, considerando o contexto de vida no qual o paciente está inserido, realiza um cuidado e um trabalho em equipe com elemento de ACP. A família representa a rede de relações sociais do paciente e conhece seus costumes, hábitos, valores e necessidades. Ainda assim, a participação dos familiares no contexto do cuidado não é adotada pela maioria dos profissionais e equipes observados. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Na visita multiprofissional, os familiares não são convidados a participar, mas quando solicitam essa participação, a equipe acolhe tal necessidade.

Na visita do paciente do leito 7, o familiar diz algo no ouvido da residente de enfermagem, que interrompe a visita e comunica a equipe que convidou o familiar para participar da visita. Este se posiciona na roda.

Quando os familiares apresentam dúvidas relacionadas ao cuidado, estas são esclarecidas pela profissional da equipe.

No leito 9, assim que a equipe inicia a visita, o familiar posiciona-se na roda para ouvir. Esse familiar, assim que a equipe finaliza a visita, faz algumas perguntas relacionadas à cirurgia, e a médica plantonista explica com uma linguagem clara o que foi feito. Enquanto isso a equipe aguarda e ouve as explicações, e só quando as dúvidas do familiar são sanadas, eles vão para outro leito.

Profissional da enfermagem orienta o familiar a como se comportar diante do quadro clínico do paciente e fala da importância do toque como medida de conforto.

O familiar que está com o paciente do leito ao lado é filho do dele, e a enfermeira chega ao leito quando o familiar está contando que sua mãe é surda e muda e reforça a importância de ele tocar na paciente, pergunta pela irmã dele e fala „que vai colher um exame”, cultura da ferida operatória. A paciente está sedada, mas ela explica a paciente o que vai fazer.

11.7.2 UNIDADE 1

11.7.2.1 Profissionais da equipe ignoram o paciente

A unidade de terapia intensiva é destinada ao tratamento de pacientes críticos, que necessitam de cuidados complexos, nos quais a interdependência entre vários saberes possibilita o oferecimento de assistência especializada. O ambiente estressante e tenso, com a utilização frequente de equipamentos de densidade tecnológica e pacientes com risco iminente de morte, promove a manutenção do modelo assistencial centrado na doença, o que ainda é um desafio a ser enfrentado na unidade estudada. É importante pensar no cuidado e no trabalho em equipe como um caminho para romper com essa lógica tecnicista. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Profissionais da equipe foram ao leito do paciente olhar o valor da pressão arterial média (PAM) e comunicaram-se como se o paciente não estivesse presente.

No leito 21, o paciente está lúcido, a equipe chega e discute o quadro clínico e não cumprimenta o paciente. O médico diarista acha estranho o valor da PAM, que está baixa, e pergunta ao enfermeiro se já mediu em todos os membros e pede a ela para ficar de olho (ele passa a visita de costas para o paciente).

O cuidado ao paciente é centrado no procedimento. O paciente é um instrumento para promover o aprimoramento dos estudantes, e não se observou informá-lo sobre o que seria realizado.

O médico plantonista volta para o leito e observa a interna de medicina

no procedimento. Nesse momento chega o enfermeiro que, junto com a interna de medicina, posiciona o membro superior do paciente. O médico plantonista pergunta à interna se ela já checkou o pulso e ela diz que “sim, que está bom”... pergunta, então, “você quer checkar?”. Ele vai checkar e diz “ok, jogue duro”. A interna de medicina inicia a degermação, mas não comunicou ao paciente. Foi administrada cetamina antes de iniciar o procedimento.

Profissionais realizaram cuidado de higiene sem preocupação com a privacidade da paciente que estava sedada e intubada. A execução da tarefa, que fazia parte da rotina de trabalho, distanciou o olhar do paciente para o procedimento.

Em um leito, sem biombo, a paciente do sexo feminino está exposta. Ela está sedada, intubada, as técnicas estão fazendo higiene, curativo e, quando finalizam, a enfermeira se aproxima para colocar data nos curativos, agradece as técnicas e sai do leito.

A paciente está sedada com fentanil e Dormonid®, o médico inicia a antissepsia e não comunica o procedimento à paciente. Ele solicita o material, e técnica abre o material na mesa do procedimento. A enfermeira se aproxima para instalar o soro que vai ser utilizado na PAM. Enquanto isso, o médico dá continuidade ao procedimento, cobre o corpo e rosto do paciente com campo cirúrgico, faz anestesia local e não comunica ao paciente.

Profissionais conversavam durante a realização do procedimento sobre o protocolo técnico, mas, em nenhum momento, comunicaram ao paciente o que seria realizado.

[...] o médico plantonista percebe que a interna não está conseguindo puncionar e sai, lava as mãos, volta, veste a capa e assume o procedimento. Durante o procedimento, eles conversam sobre a técnica, como deve ser feito, o que faz primeiro, o que faz depois e logo consegue puncionar a artéria radial direita, mas perde e continua tentando. Até esse momento, não observei nenhuma interação nem comunicação com o paciente.

11.7.2.2 Relação entre profissional e paciente

A unidade de terapia intensiva é um ambiente com alta rotatividade de profissionais, pois, além dos profissionais fixos da unidade, existem os profissionais que realizam interconsulta, atendimentos pontuais (psicólogo, assistente social e nutricionista), além da troca de equipes a cada 12 horas, fator que desfavorece o estabelecimento do vínculo entre profissionais e pacientes. A impessoalidade na

relação entre profissional e paciente pode ser minimizada se cada profissional que se aproximar do paciente se apresentar, explicar tudo que vai ser realizado e reservar um tempo para dialogar sobre assuntos que não tiverem relação com a doença, e sim com o contexto social do paciente. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Médico plantonista foi até o leito, cumprimentou o paciente pelo nome, apresentou-se e perguntou quem era o familiar, explicou sobre o quadro clínico do paciente e esclareceu as dúvidas relatadas pela acompanhante.

O médico plantonista chega ao leito cumprimenta o paciente, apresenta-se e pergunta quem é o familiar. Ele explica o quadro clínico do paciente e, no final, pergunta se foi claro e se eles têm alguma dúvida. Chama a paciente pelo nome e esclarece cada questão. No leito seguinte, quando a acompanhante diz que sim, ele explica o quadro clínico desde o motivo da ida do paciente para UTI até como está hoje. Ela pergunta sobre alimentação, e ele explica que está sendo feita pela sonda. Ele pergunta se o familiar conseguiu se comunicar com o paciente e ela responde que pouco.

11.7.2.3 Comunicação e troca de informação entre profissional paciente

Diante do cenário de cuidados em terapia intensiva, o distanciamento da família, a mudança nos hábitos de vida e os poucos momentos de visitas podem levar o paciente a um sentimento de isolamento social. Além desses aspectos, o ambiente frio e extremamente iluminado, a presença de aparato tecnológico e a dificuldade para se situar no tempo são aspectos que além do não favorecer o conforto e bem-estar do paciente, causando um distanciamento entre profissional e pacientes. Nessas situações, observa-se que a comunicação e a troca de informação entre profissional e paciente são utilizadas com frequência, o que pode diminuir os efeitos negativos do internamento na UTI. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Durante a visita multiprofissional, um profissional da equipe percebeu que a paciente estava com a mama exposta e se aproximou para cobrir a paciente, momento no qual conversou com ela sobre suas queixas e se empenhou em resolvê-las.

A visita segue no leito 8, e o fisioterapeuta observa que a paciente está com a mama exposta, aproxima-se, cobre e pergunta se a paciente está com dor. Ela diz que sim, e ele vai até à enfermagem, comunica, volta e diz à paciente que já foi feita a medicação e daqui a pouco vai passar.

Duas profissionais da equipe se ajudavam e, por meio da comunicação frequente sobre o que estava sendo feito, estimulavam a paciente na aceitação da dieta.

Durante a administração da dieta, a terapeuta ocupacional pergunta a paciente de que é aquela sopa, e a paciente diz que de mel. A terapeuta ocupacional diz é aipim, parece, mas não é, porque tem esse negócio azul e explica que o azul é para ela aspirar e ver se está saindo pela traqueostomia. A paciente aos poucos vai aceitando a dieta com a ajuda da terapeuta ocupacional e da psicóloga que alternam na ajuda a paciente em segurar o copo (...), a terapeuta ocupacional para de oferecer a dieta e em seguida explica à paciente, chamando-a pelo nome, que vai ter que aspirar para ver se a comida está indo para o lugar certo.

Profissionais e estudantes de odontologia prestavam assistência aos pacientes na unidade e, quando chegaram em uma determinada paciente, tinham dificuldade, pois a paciente não aceitava ajuda. Nesse momento, a técnica de enfermagem se aproximou e conversou com a paciente sobre o que seria realizado, e esta permitiu o cuidado.

Estão na unidade, além dos profissionais da equipe, dois professores de odontologia com os estudantes, eles estão fazendo higiene oral nos pacientes. A paciente do leito 20 não vira quando a estudante chama e, então, a técnica de enfermagem se aproxima, chama a paciente pelo nome e explica que a estudante vai escovar os dentes dela e que depois ela vai dar um banhozinho rápido para ficar direitinha. A paciente então aceita o cuidado.

Profissional da equipe conversou com a paciente durante a realização da assistência e explicou a ela tudo que seria realizado, respondendo suas solicitações. Ao final, a paciente agradeceu pelo cuidado recebido.

O paciente pede água e a fisioterapeuta diz que ela não pode beber água ainda e que quando puder ela traz. Posiciona a paciente de volta no leito com a ajuda dela. Sempre que a paciente pergunta algo, a fisioterapeuta explica e, então, finaliza o atendimento. A paciente agradece e ela fala para paciente “nada meu bem, mais tarde estou aqui de novo”.

Profissional médico tentou estabelecer comunicação com o paciente intubado, explicando que faria umas perguntas, e pediu para que ele apertasse a mão dele em caso afirmativo.

Na ala B, o médico plantonista tenta se comunicar com o paciente do

leito 21 que está entubada, explica que vai fazer algumas perguntas e que é para ela apertar a mão dele em caso afirmativo, pergunta se está com dor e a paciente não aperta, ele explica “agora vou examinar a senhora, confia na gente?”. A paciente responde com a cabeça que sim.

11.7.2.4 Relação entre profissional e familiar

Devido à rotina intensa de atividades e procedimentos na unidade de terapia intensiva, os profissionais da equipe não focam a atenção também no familiar. O atendimento esperado na unidade de terapia intensiva seria aquele individualizado, respeitando as singularidades e as necessidades de cada paciente. O cuidado centrado nele e em sua família traz melhores resultados para o tratamento e sua recuperação. Por isso a comunicação deve ser frequente e realizada por todos os profissionais que prestam assistência. A seguir, exemplos do que foi descrito.

Durante a realização da visita multiprofissional, momento no qual toda equipe se reunia próximo ao paciente para conversar sobre o quadro clínico e as próximas condutas, o médico diarista conduziu a visita, apresentou-se e se colocou à disposição do familiar para o esclarecimento de dúvidas.

O médico diarista segue a visita sempre. Apresenta-se. Agora pergunta ao familiar o que ele sabe sobre o quadro do paciente e sobre a gravidade e, em seguida, explica e esclarece as dúvidas, Ele sempre pergunta se o familiar tem alguma dúvida que possa ajudar. Ele então diz „estou à disposição e orienta o familiar a tirar todas às dúvidas com ele ou com sua equipe, que todos não vão se incomodar em reexplicar”.

O familiar é atualizado sobre o quadro clínico do paciente, a gravidade e o empenho da equipe para sua melhora.

O médico diarista chama o familiar e fala “olha, a perfusão está baixa e foi invadido, o quadro é grave e nós estamos fazendo tudo para melhorar”. O filho pergunta se ela está dormindo e a interna explica que está sedada e as medicações que está em uso. O filho pergunta sobre a contenção e a interna explica que é uma medida de segurança para evitar risco de queda e fala mais uma vez do quadro clínico. O familiar esclarece as dúvidas e diz “agora é esperar ela melhorar” e agradece a interna.

Durante toda visita, o médico diarista se aproximou do familiar, perguntou o grau de parentesco com o paciente, pediu informações sobre ele e falou que estava

tratando para melhorar.

Observo que o médico diarista sempre que se aproxima do familiar pergunta o que ele é do paciente e fala sobre o tratamento que está sendo feito. Busca informações com a família (se bebe, fuma) e diz que está tratando para melhorar. O familiar não faz perguntas e diz “tá certo”.

SÍNTESE DOS RESULTADOS DA
FASE QUANTITATIVA E DA
FASE QUALITATIVA

12 SÍNTESE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA E DA FASE QUALITATIVA

Os resultados da análise dos três construtos que compõem o objeto de estudo (trabalho em equipe, gestão e atenção centrada no paciente) foram submetidos a análise transversal considerando as convergências e divergências entre as unidades 3 e 1. Este procedimento de análise de conteúdo temática permitiu produzir uma síntese de convergências e divergências das unidades 3 e 1 na fase qualitativa do estudo (Quadro 4).

Quadro 4 – Construtos e categorias da unidade 3 e unidade 1 respectivamente com clima de equipe e atenção centrada no paciente favorável e menos favorável para integração e colaboração entre os profissionais das equipes. Salvador, Bahia. 2019.

Unidade 3 Clima de equipe e ACP favoráveis	Unidade 1 Clima de equipe e ACP desfavorável	Convergências e divergências de resultados qualitativos
Construto: Trabalho em equipe	Construto: Trabalho em equipe	
<p>1.Trabalho em equipe com colaboração interprofissional Nesta categoria foram identificadas três características do trabalho em equipe interprofissional caracterizadas por tomadas de decisão compartilhada entre os profissionais, interação entre os membros e comunicação frequente com troca de informações.</p>	Não foi observado	Trabalho em equipe com colaboração interprofissional foi observado somente na unidade 1, embora não seja o elemento predominante do trabalho em equipe nesta unidade
<p>2.Relações hierárquicas entre profissionais da equipe Relações hierárquicas entre os profissionais podem culminar com a fragmentação das ações realizadas por cada membro da equipe, pois existe uma divisão de tarefas que denota hierarquia entre as práticas médicas e as práticas dos demais profissionais bem como entre os profissionais de enfermagem.</p>	<p>2.Relações hierárquicas entre profissionais da equipe A fragmentação das ações pode ser identificada a partir do relato de cada profissional sobre os cuidados que foram realizados e em outros momentos na cobrança e questionamento sobre o que não foi realizado.</p>	Relações hierárquicas foram observados nas duas unidades de estudo, tanto na equipe multiprofissional que inclui enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e residentes das diversas áreas, e na equipe uniprofissional de enfermagem (enfermeiro

		e técnico de enfermagem).
	<p>3.Tomada de decisão uniprofissional entre médicos com base em informações coletadas pela enfermagem</p> <p>Decisão centrada no médico a partir de informações colhidas dos profissionais não médicos. O conhecimento e as informações prestadas pelo profissional de enfermagem são ouvidos, mas a decisão sobre a conduta final é apenas do profissional médico de acordo com informações coletadas pelos demais profissionais da equipe que, em sua maioria não sabem responder aos questionamentos feitos pelo profissional médico</p>	<p>A tomada de decisão uniprofissional centrada no médico foi observada com maior frequência na unidade. Destaca-se que a tomada de decisão centralizada no médico ocorre com base também em informações dos profissionais das áreas não médica e não apenas com base nas informações fornecidas pelos médicos.</p>
<p>4.Profissionais da equipe trabalham em tribos</p> <p>A ajuda e comunicação acontece entre pequenos grupos, na da equipe uniprofissional, e a tomada de decisão, não é compartilhada com os demais membros da equipe.</p>	<p>4.Profissionais da equipe trabalham em tribos</p> <p>Essa categoria mostra a realização de discussões e ajuda apenas nas equipes uniprofissionais, por categoria profissional, sem compartilhar com os demais membros da equipe interprofissional. Profissionais fazem a visita leito a leito, mas a troca de informações acontece entre membros da equipe uniprofissional. Profissionais da equipe uniprofissional dividem as atividades em mutirão, ficando cada um responsável pela realização de uma atividade técnica. Profissionais se ajudam nas atividades entre as equipes uniprofissionais.</p>	<p>Trabalho em tribo foi observado nas duas unidades, porém com maior frequência na unidade 2.</p>
<p>5.Trabalho na equipe uniprofissional (enfermagem)</p> <p>Existe fragmentação do cuidado, com um olhar voltado para o procedimento, ênfase na dimensão biológica do processo saúde- doença em</p>		<p>O trabalho em equipe de enfermagem foi observado com maior frequência na unidade 2.</p>

detrimento da integralidade no cuidado a saúde, na qual o foco se deslocaria para as necessidades de saúde do paciente.		
<p>6.Trabalho em equipe interprofissional entre profissionais não médicos Integração de diferentes saberes, com interdependência nas ações, decisões compartilhadas. Ações como procedimentos técnicos e procedimentos administrativos.</p>	<p>6.Falta de reconhecimento no trabalho dos demais membros da equipe Apesar dos diferentes profissionais conversarem sobre aspectos relacionados aos cuidados ao paciente, os profissionais médicos optam por conferir o que foi realizado pelos profissionais não médicos e, em algumas situações, não tomam em consideração as sugestões dos profissionais não médicos que referiram discordar e questionaram algumas condutas.</p>	<p>Na unidade 1 também foi observado trabalho em equipe interprofissional sem os médicos, ou seja, entre profissionais não médicos que se escutam, se reconhecem e dialogam sobre a assistência ao paciente. Na unidade 2 foram observadas situações em que os médicos não reconheceram as avaliações e condutas dos profissionais das outras áreas, questionando-as. Por outro lado, os mesmos médicos que questionaram as opiniões dos profissionais das outras áreas, foram simultaneamente observados pedindo informações aos profissionais das demais áreas para sua tomada de decisão sem compartilhamento com os outros profissionais.</p>
<p>Unidade 3 Clima de equipe e ACP favoráveis</p>	<p>Unidade 1 Clima de equipe e ACP desfavorável</p>	<p>Convergências e divergências de resultados qualitativos</p>
<p>Construto: Gestão</p>	<p>Construto: Gestão</p>	
<p>1.Gestão interprofissional Os Coordenadores médico e de enfermagem se articulam para tomadas de decisões, conversam com os membros da equipe para saber se existe alguma demanda do cotidiano de trabalho que eles queiram compartilhar e introduzem os novos funcionários buscando saber como está a adaptação deles à unidade. Ocorre articulação e coordenação entre os coordenadores de</p>	<p>1.Coordenação frágil A fragilidade da coordenação dos profissionais da enfermagem (equipe uniprofissional) acontece quando a coordenação toma uma atitude que tem relação com o cuidado direto ao paciente que está de alta, mas não comunica aos profissionais da equipe. Entre os membros da equipe multiprofissional e nos processos clínicos fragmentados, cada</p>	<p>Na unidade 1 foi observada integração, coordenação e colaboração entre os coordenadores da área de enfermagem e médica. Na Unidade 2 foi observada fragilidade da coordenação de enfermagem e fragmentação na gestão dos demais grupos profissionais.</p>

<p>enfermagem e dos médicos da unidade 1 e com a coordenadora do centro cirúrgico no intuito de resolverem juntos questões administrativas para que o procedimento seja realizado. Em outro momento elas realizam a gestão dos leitos da unidade para que estejam em condições de prestar uma assistência segura aos pacientes.</p>	<p>profissional faz uma parte e pela falha na comunicação sobre intercorrências com o paciente entre a equipe e com o setor de apoio. Os problemas de coordenação e de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e no cuidado centrado nos profissionais e não no paciente, podem ser observados quando existem procedimentos de urgência com os pacientes que são postergados sem nenhuma justificativa, gerando do ponto de vista da coordenação médica, insatisfação com o desempenho da equipe.</p>	
<p>2. Gestão participativa da enfermagem (uniprofissional) A gestão participativa pode ser observada quando a supervisora de enfermagem possibilita que as enfermeiras indiquem três meses para alocação de férias para que a escala de férias seja construída conjuntamente e consiga atender às solicitações. No momento em que a coordenadora de enfermagem reúne toda equipe de enfermagem presente na unidade para encontrar soluções conjuntas frente a um problema identificado Na forma pela qual a coordenadora conduz as falhas que ocorrem no trabalho, na qual através do diálogo chegam a uma decisão compartilhada frente ao problema. Reconhecimento de trabalho individual para alcançar objetivo coletivo (enfermagem/uniprofissional). Na narrativa abaixo a coordenadora de enfermagem traz motivação ao reconhecer o</p>	<p>2. Supervisão de Enfermagem (uniprofissional) A categoria supervisão de enfermagem na equipe uniprofissional apresenta um momento de compartilhamento das ações do cuidado entre enfermeira e supervisora pois, a solicitação feita pela supervisora foi ouvida e acolhida. Embora o a descrição demonstre que a solicitação da supervisora foi acolhida, o tom utilizado pela enfermeira deixa uma impressão de incômodo com a observação feita pela supervisora uma vez que a enfermeira estava no posto da unidade diante de outros profissionais da equipe. Educação continuada com pouca coordenação entre as diferentes áreas na gestão Existe uma desarticulação entre as diferentes áreas da gestão para promover a participação dos diversos profissionais da equipe, com participação apenas de</p>	<p>Na unidade 1 foram observadas situações de gestão participativa na enfermagem com consultas e compartilhamento de ações. Na unidade 2 foi observada gestão da enfermagem mais diretiva e centralizada com tomada de decisão centrada na supervisora e frágil articulação com as demais áreas para o desenvolvimento de ações educativas dos profissionais nos moldes da educação continuada.</p>

<p>desempenho da equipe pelo esforço e pelo resultado para alcançar objetivo coletivo. Em outro momento a coordenadora de enfermagem parabeniza que os profissionais da equipe estão empenhados em prol de um objetivo.</p>	<p>profissionais da equipe de enfermagem.</p>	
<p>3.Papel da gestão de enfermagem As coordenadoras e supervisoras de enfermagem se responsabilizam pela gestão administrativa de materiais, equipamentos, leitos, escalas da equipe de enfermagem que garantem o funcionamento da unidade. A gestão de enfermagem tem como papel, atividades administrativas de rotina.</p>		<p>Na unidade 1 as enfermeiras assumem responsabilidades administrativas e de gestão.</p>
<p>4.Gestão de materiais e equipes (enfermagem) Nessa situação a enfermeira confere os materiais da unidade, checa o que está em falta e busca ajuda da auxiliar de serviço externo para saber os tramites para conserto do aparelho de oxímetro, Na gestão de recursos humanos existe a necessidade de remanejamento na escala de profissionais da enfermagem devido a faltas constantes. Existem critérios para distribuição na escala de assistência dos técnicos de enfermagem feita pelos enfermeiros. Problemas com quadro de pessoal insuficiente dificulta a liberação de profissionais quando surge alguma intercorrência particular.</p>	<p>4.Gestão de materiais e equipes Os profissionais conversam sobre a falta de recursos materiais para realização de procedimentos e como essa falta de material interfere no número de leitos, mas a decisão frente ao problema é comunicar a coordenação, tendo como elemento central os profissionais em detrimento do paciente.</p>	<p>Na unidade 1 a gestão de material e das equipes é realizada sobretudo pelas enfermeiras.</p>
<p>5.Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem Nessa categoria a flexibilidade da jornada de trabalho aparece quando:</p>	<p>5.Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes definidas pelos profissionais de enfermagem É possível observar que na unidade 2 existe uma flexibilidade na jornada de trabalho da enfermagem,</p>	<p>A ampla flexibilidade frente ao comparecimento ou ausência dos profissionais foi observada e interpretada como um grave problema da gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente nas</p>

<p>Observamos que os técnicos de enfermagem têm autonomia para fazer ajustes na escala e horário de chegada para que não haja dobra.</p>	<p>tanto pelo excessivo número de trocas entre os profissionais, fator que interfere no trabalho em equipe pois, os profissionais dificilmente trabalham na mesma equipe, como pelo número excessivo de dobras.</p>	<p>duas unidades estudadas, visto que dificulta a integração das equipes e a construção das características do que constituem equipes integradas e colaborativas. Entende-se que as trocas deveriam ser negociadas com a gestão da enfermagem por estarem relacionadas com o dimensionamento de pessoal da unidade e planejamento das ações de assistência aos pacientes. Foi observado que há um mal entendido sobre o sentido da flexibilidade da jornada de trabalho, visto que esta deveria seguir um marco de referência ou regras da instituição.</p>
<p>Unidade 3 Clima de equipe e ACP favoráveis</p>	<p>Unidade 1 Clima de equipe e ACP desfavorável</p>	<p>Convergências e divergências de resultados qualitativos</p>
<p>Construto ACP</p>	<p>Construto ACP</p>	
<p>1. Profissionais da equipe ignoram pacientes No momento em que o procedimento de intubação é realizado sem explicar ao paciente, mesmo sabendo que o paciente está consciente. Quando os profissionais realizam banho no leito sem considerar a privacidade do paciente enquanto outra equipe presta assistência a um paciente lúcido ao lado desta e profissionais da equipe médica conversam sobre o quadro clínico do paciente sem inseri-lo na conversa. Profissionais comentam sobre a ferida na frente do paciente sem envolvê-lo e como se ele não estivesse presente e não importasse, paciente é visto como uma ferida.</p>	<p>1. Profissionais da equipe ignoram o paciente Profissionais da equipe vão ao leito do paciente olhar o valor da pressão arterial média (PAM) comunicam-se como se o paciente não estivesse presente. O cuidado ao paciente é centrado no procedimento, o paciente é um instrumento para promover o aprimoramento dos estudantes, no qual não observamos informar ao paciente sobre o que será realizado. Profissionais realizam cuidado de higiene sem preocupação com a privacidade da paciente que está sedada e intubada, a execução da tarefa que faz parte da rotina de trabalho distancia o olhar do paciente para o procedimento</p>	<p>Nas duas unidades estudadas foram observadas situações em que os profissionais da equipe de saúde ignoraram o paciente.</p>

	<p>Profissionais conversam durante a realização do procedimento sobre o protocolo técnico, mas em nenhum momento comunica ao paciente o que vai ser realizado.</p>	
<p>2.Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes (diálogo bidirecional/dialógica)</p> <p>A situação observada mostra que a equipe se preocupa em envolver o paciente na visita interprofissional e na decisão sobre sua alta da unidade. Nessa outra situação podemos observar uma preocupação do profissional com a evolução do quadro clínico e envolvimento do paciente quando ele reserva um momento para ouvir e esclarecer possíveis dúvidas, solicitações e atendimento das necessidades dos familiares.</p>	<p>2.Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes (entrega de informação unidirecional/monológica)</p> <p>Durante a visita multiprofissional um profissional da equipe percebe que a paciente está com a mama exposta e se aproxima para cobrir a paciente, momento no qual conversa com a paciente sobre suas queixas e se empenha para resolver. Duas profissionais da equipe se ajudam e através da comunicação efetiva e frequente sobre o que está sendo feito, estimulam a paciente na aceitação da dieta. Profissionais e estudantes de odontologia estão prestando assistência aos pacientes na unidade e quando chega em uma determinada paciente têm dificuldade pois a paciente não aceita ajuda, momento em que a técnica de enfermagem se aproxima e conversa com a paciente sobre o que será realizado e assim a paciente permite. Profissional da equipe conversa com a paciente durante a realização da assistência e explica a paciente tudo que será realizado e responde as suas situações. Ao final a paciente agradece o cuidado recebido. Profissional médico tenta estabelecer uma comunicação com o paciente intubado, explica que vai</p>	<p>Na unidade 1 foram observadas trocas de informação entre profissionais e pacientes com escuta e buscando envolvimento do paciente. Na unidade 2 foram observadas situações de transmissão de informação dos profissionais para os pacientes.</p>

	fazer umas perguntas e pede para o paciente apertar a mão dele em caso afirmativo.	
<p>3.Relação entre profissional e paciente</p> <p>A técnica de enfermagem ao receber o plantão cumprimenta o paciente e se apresenta como a pessoa que vai cuidar dele naquele período, fato que favorece a relação profissional e paciente.</p> <p>A técnica de enfermagem conversa com o paciente, fala sobre sua responsabilidade no período e acolhe o paciente quando informa que ele pode chamar se precisar.</p> <p>O profissional responde ao questionamento do familiar, mas não explica sobre alteração do paciente de uma forma que a família possa entender. Profissional demonstra /interesse em saber quem é o familiar e no esclarecimento de possíveis dúvidas de coisas que não ficaram claras.</p> <p>O profissional responde ao questionamento do familiar, mas não explica sobre alteração do paciente de uma forma que a família possa entender, nem a família faz maiores questionamentos.</p>	<p>3.Relação entre profissional e paciente</p> <p>Médico plantonista vai até o leito, cumprimenta o paciente pelo nome, se apresenta e pergunta quem é o familiar, explica sobre o quadro clínico do paciente e esclarece as dúvidas relatadas pela acompanhante.</p>	<p>As situações de relação entre profissional e paciente foram observadas com maior frequência na unidade 1 e envolvendo profissionais de diferentes áreas.</p>
<p>4.Relação entre profissional familiar</p> <p>Na forma detalhada como é realizada a passagem do boletim médico e na preocupação com inserção da família.</p> <p>No acolhimento ao familiar em um momento de preocupação e insegurança demonstrado pelo choro.</p> <p>No comportamento dos profissionais da equipe interprofissional ao se aproximar dos familiares em um momento de dor e perda de ente querido.</p> <p>Sobre a participação dos familiares. Na visita</p>	<p>4.Relação entre profissional e familiar</p> <p>Durante a realização da visita multiprofissional, momento no qual toda equipe se reúne próximo ao paciente para conversar sobre o quadro clínico e as próximas condutas, o médico diarista conduz a visita se apresenta e se coloca à disposição do familiar para o esclarecimento de dúvidas.</p> <p>O familiar é atualizado sobre o quadro clínico do paciente, sobre a gravidade e sobre o empenho da equipe para sua melhora.</p>	<p>Nas duas unidades foram observadas situações de relação entre profissional e familiar nas quais constava o diálogo com o familiar e não apenas a transmissão de informações .</p>

<p>multiprofissional os familiares não são convidados a participar, mas quando solicitam essa participação, a equipe acolhe essa necessidade.</p> <p>Quando os familiares apresentam dúvidas relacionadas ao cuidado, essas dúvidas são esclarecidas pela profissional da equipe Profissional da enfermagem orienta o familiar a como se comportar diante do quadro clínico do paciente e fala toda importância do toque como uma medida de conforto.</p>	<p>Durante todo o momento da visita, o médico diarista se aproxima do familiar, pergunta o grau de parentesco com o paciente, pede informações sobre o paciente e fala que está tratando para melhorar.</p>	
---	---	--

INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS

13 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS

A integração dos resultados das duas fases de estudo buscou produzir uma compreensão mais ampla do objeto de estudo – Gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto das duas unidades do hospital estudado (Burton, Obel, 2011; Creswell 2015).

A seguir serão descritos os resultados principais das fases quantitativa e qualitativa e sua integração, visto que estão relacionados de forma coerente (Quadro 5).

Quadro 5. Integração dos resultados da fase 1 e fase 2 do estudo - Salvador, Bahia. 2019.

Síntese resultado da fase 1 Abordagem quantitativa	Síntese resultado da fase 2 Abordagem qualitativos
Construto: Trabalho em equipe	Construto: Trabalho em equipe
<p>A composição das equipes é similar em número e tipo de profissionais nas unidades 3 e 1. Porém observaram-se diferenças no número de pacientes por unidade (unidade 3: 9,8 e unidade 1: 18,5). O mesmo em relação ao número de pacientes para cada profissional por turno (unidade 3: 4,4 e unidade 1: 8,6)</p>	<p>Na descrição das unidades observamos que há diferença no número de leitos, daí a diferença no quantitativo de pacientes e na distribuição de pacientes por profissional por turno.</p>
<p>Trabalho em equipe com colaboração interprofissional A dimensão de clima participação na equipe (1-5) nas unidades 3 e 1 foi similar entre duas equipes: (equipe 1): M= 3,5; DP= 0,70) na unidade 3 e (equipe 24) M=3,5 e DP=0,58) na unidade 1</p>	<p>Trabalho em equipe com colaboração interprofissional foi observado somente na unidade 3, embora não seja o elemento predominante do trabalho em equipe nesta unidade.</p>
<p>Trabalho em equipe interprofissional entre profissionais não médicos (médicos não reconhecem o trabalho dos demais membros da equipe) Nas unidades 3 e 1 havia duas equipes mas em cada unidade uma delas não tinha médico somente profissionais das demais áreas</p>	<p>Na unidade 3 também foi observado trabalho em equipe interprofissional em equipe sem a participação de médicos. Os profissionais não médicos se escutam, dialogam e reconhecem o trabalho das demais áreas. Na unidade 1 foram observadas situações em que os médicos não reconheceram as avaliações e condutas dos profissionais das outras áreas, as questionam, embora utilizem informações das demais áreas para sua tomada de decisão.</p>
<p>Trabalho em equipe uniprofissional de enfermagem</p>	<p>O trabalho em equipe de enfermagem foi observado com maior frequência na unidade 1.</p>
<p>Tomada de decisão uniprofissional entre médicos</p>	<p>Tomada de decisão uniprofissional centrada no médico foi observada com maior frequência na unidade 3.</p>

<p>O escore médio da dimensão de clima participação na equipe (1-5) foi ligeiramente superior nas duas equipes observadas na unidade 3 (3,5 e 3,9) comparado com a unidade 1 (3,4 e 3,5).</p>	
<p>Relações hierárquicas entre profissionais da equipe Esta característica do trabalho em equipe foi observada nas unidades 3 e 1 e buscou-se elementos explicativos na dimensão orientação para a tarefa (1-7) que se refere ao monitoramento dos profissionais e das equipes para atingir os melhores resultados nos seus objetivos comuns. Os escores médios foram superiores na unidade 3 (5,2 em ambas equipes) do que na unidade 1 (4,2 e 4,1).</p>	<p>Relações hierárquicas foram observadas nas unidades 3 e 1, tanto na equipe multiprofissional como na equipe uniprofissional de enfermagem.</p>
<p>Profissionais da equipe trabalham em tribos</p>	<p>Trabalho em tribo (tribalismo) foi observado nas duas unidades, porém com maior frequência na unidade 1</p>
<p>Construto: Gestão</p>	<p>Construto: Gestão</p>
<p>Gestão interprofissional na unidade 3 e coordenação frágil na unidade 12 Quanto a falar diariamente com o supervisor: na unidade 3 mais de 60% dos profissionais da equipe referem e na unidade 1 aproximadamente 30% referem o mesmo. Quanto a realização de reunião de equipe mensal: na unidade 3 todos os profissionais referem ocorrer mais de uma reunião por mês e na unidade 1 entre 33% e um 57% referem não ocorrer reunião de equipe mensal.</p>	<p>Na unidade 3 foi observada integração, coordenação e colaboração entre os coordenadores da área de enfermagem e médica Na Unidade 1 foi observada fragilidade da coordenação de enfermagem e fragmentação na gestão dos demais grupos profissionais.</p>
<p>Gestão participativa de enfermagem e Supervisão de enfermagem (uniprofissional) A dimensão de clima objetivos da equipe (1-7) mostrou diferenças entre as equipes da unidade 3 (5,9) e da unidade 1 (4,4). Destaca-se que mais de 60% dos membros das equipes estudadas eram da área de enfermagem nas duas unidades.</p>	<p>Na unidade 3 foram observadas situações de gestão participativa na enfermagem com consultas e compartilhamento de ações. Na unidade 1 foi observada gestão da enfermagem mais diretiva e centralizada com tomada de decisão centrada na supervisora e frágil articulação com as demais áreas.</p>
<p>Gestão de materiais e equipes</p>	<p>Na unidade 3 a gestão de material e das equipes é realizada sobretudo pelas enfermeiras. Na unidade 1 a gestão de material e das equipes é realizada pelos supervisores da enfermagem</p>
<p>Flexibilidade da jornada de trabalho com trocas frequentes Quanto ao número de trocas na escala mensal foram verificadas mais de três trocas: 57% dos profissionais das equipes</p>	<p>Nas unidades 3 e 1 foi observada ampla flexibilidade no horário de trabalho e comparecimento ao trabalho o que foi interpretado como um problema da gestão do trabalho em equipe com atenção</p>

da unidade 3 e 83% nas equipes da unidade 1.	centrada no paciente, visto que dificulta a integração e colaboração nas equipes.
Construto: ACP	Construto: ACP
Profissionais da equipe ignoram o paciente Verificados os escores do item membros da equipe têm contato pessoal com os pacientes da sub escala atenção centrada no paciente (1-7) foi identificado: (M= 6 e DP=1,4) na unidade 3 e (M= 4,5 DP 1,1) na unidade 1	Nas duas unidades estudadas foram observadas situações em que os profissionais da equipe de saúde ignoraram o paciente.
Comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes (unidade 3:bidirecional/dialógica e unidade 1: unidirecional/monológica) Na unidade 3 as equipes reconhecem que os pacientes recebem informações relevantes (1-7) (M=6,6; DP=0,53) e participa da tomada de decisão (M=6,1 DP; 0,0,6), Na unidade 1 as equipes os escores são menores: (M=5,4 DP= 1,1) para os pacientes recebem informações relevantes e (M= 4,8 de DP=1,6) para paciente participa da tomada de decisão.	Na unidade 3 foram observadas trocas de informação entre profissionais e pacientes com escuta e buscando envolvimento do paciente. Na unidade 1 foram observadas situações de transmissão de informação dos profissionais para os pacientes.
Relação entre profissional e paciente Idem item anterior	As situações de relação entre profissional e paciente foram observadas com maior frequência na unidade 3 envolvendo profissionais de diferentes áreas
Relação entre profissional e familiar Na unidade 3 os profissionais das equipes reconhecem que os familiares do paciente são incluídos no plano de cuidados (1-7) (M=6,8 DP= 1,2). Na unidade 1 os escores deste item da sub escala atenção centrada no paciente (1-7) são menores (M= 4,4;DE 1,9).	Nas unidades 3 e 1 foram observadas situações de relação entre profissional e familiar nas quais constava o diálogo e não apenas a transmissão de informações.

Os achados quantitativos demonstraram que a composição das equipes é similar nas duas unidades apesar de um quantitativo diferente no número de pacientes por unidade e no número de pacientes para cada profissional por turno de trabalho.

Os resultados quantitativos relacionados ao trabalho em equipe demonstram que na dimensão de clima participação na equipe apresentam medias similares nas duas unidades. Nos achados qualitativos foi observado, nas anotações em caderno de campo e seleção de trechos para representar as categorias ,que existe trabalho em equipe com colaboração interprofissional apenas na unidade 3, embora esta não

seja predominante e existem outras formas de trabalho em equipe nesta unidade.

Os resultados quantitativos demonstram que existe trabalho em equipe uniprofissional entre os membros das equipes de enfermagem das duas unidades.

Entretanto, os resultados qualitativos mostram que situações do trabalho em equipe de enfermagem foram mais frequentes na unidade 3.

Os achados quantitativos identificaram tomada de decisão uniprofissional entre médicos nas duas unidades. O escores demonstraram que na dimensão de clima participação na equipe, a unidade 3 apresentou escore médio superior em suas duas equipes. Os achados da fase qualitativa corroboram os resultados quantitativos, visto que predomina a tomada de decisão uniprofissional centrada no médico, e, portanto, sem a participação dos demais profissionais. Na fase 2 isso foi mais frequente na unidade 1.

Os resultados quantitativos sugerem que os membros das equipes da unidade 3 eram mais orientados para busca contínua de melhores resultados em equipe. O que demonstram os resultados qualitativos e que lá a busca da melhora continua não inclui a participação ativa de todos profissionais, porque as relações hierárquicas que existem entre os grupos impedem uma relação horizontal com colaboração entre grupos profissionais com um objetivo.

Tribalismo significa que os diferentes grupos profissionais interagem e compartilham decisões com seus colegas e em somente compartilham profissionalmente com outros profissionais. Os achados da fase quantitativa demonstraram que profissionais da equipe trabalham em tribos embora o tribalismo tenha sido observado com maior frequência na unidade 1.

Na fase quantitativa foi encontrada gestão interprofissional na unidade 3 e coordenação frágil na unidade 1. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que " 60% dos profissionais da unidade 3 conversam diariamente com o supervisor e apenas 30% da unidade 1 referem o mesmo. Outro dado relevante é que a unidade 3 todos os profissionais referem que na unidade ocorre mais de uma reunião por mês enquanto na unidade 1 entre 33% e 55% referem não ocorrer reunião da equipe mensalmente. Como uma possível relação com os resultados quantitativos, foi observado que as equipes da unidade 3 possuem encontros diários com supervisor nas quais observou-se integração, coordenação e colaboração entre os

coordenadores da área de enfermagem e médica, enquanto na unidade 1 foi observada fragilidade da gestão de enfermagem e gestão fragmentada nas demais categorias, com falta de integração e comunicação entres os gestores.

Os resultados quantitativos demonstram que a existência de objetivos comuns na equipe tenha sido mais frequente na Unidade 3. Na fase qualitativa, as equipes da unidade 3 foram aquelas que mais demonstraram situações de gestão participativa na enfermagem e compartilhamento de ações. Os resultados sugerem que equipes com objetivos comuns são equipes com maior compartilhamento de objetivos e plano de ação concreto, em que os profissionais de diferentes equipes desenvolvam ações, individualmente ou em grupo para um cuidado centrado no paciente e nas necessidades de saúde da comunidade da qual faz parte.

A gestão de materiais na unidade de terapia intensiva, é de extrema importância frente a complexidade dos casos e utilização uma variedade de equipamentos de alta tecnologia, assim como a gestão de equipes, pois a garantia de boas práticas (decisões compartilhadas, participação no planejamento do cuidado, inserção do paciente para atendimento de suas necessidades) melhoram a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Embora a gestão de materiais e equipes tenham aparecido nas duas unidades, na segunda fase observou-se que na unidade 3 essa gestão era realizada pelas enfermeiras assistenciais e na unidade 1 pelas supervisoras de enfermagem.

Embora tenham sido relatadas menos trocas de escala na unidade 3, foi observado que em ambas unidades há ampla flexibilidade no horário de trabalho e comparecimento ao trabalho.

Embora a unidade 3 apresente resultados melhores da subescala 8, atenção centrada no paciente, foi possível observar na segunda fase que nas duas unidades os profissionais da equipe usualmente descrevem aos pacientes o que será realizado na assistência prestada, mas sem promover trocas entre profissionais e pacientes.

A primeira fase identificou diferença na comunicação e troca de informação entre profissionais e pacientes nas duas unidades, porém na unidade 3 os escores sugerem que pacientes recebam informação e participem da tomada de decisão e que na unidade 1 isso aconteça em menor escala. Os achados da fase qualitativa reiteram os resultados quantitativos. Na segunda fase do estudo foram observadas **trocadas de**

informação entre profissionais e pacientes com escuta ativa e envolvimento dos pacientes na unidade 3, enquanto na unidade 1 as **informações eram transmitidas** para os pacientes sem que eles participassem da tomada de decisão.

Embora a relação profissional e paciente, profissional e familiar tenha aparecido nas duas unidades, na primeira e segunda fase ocorria com mais frequência na unidade 3.

Os resultados da fase quantitativa sugerem que há na unidade 3 uma percepção de maior envolvimento dos pacientes nas decisões referentes ao plano de cuidados. Contudo, os achados qualitativos demonstraram participação do paciente no plano de cuidados tanto na unidade 3 quanto na unidade 1.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

14 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como questão de investigação de método misto: quais as relações existentes entre trabalho em equipe Interprofissional com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar?

A discussão dos resultados desse estudo tomou como base estudo nacionais e internacionais que utilizaram a Escala de Clima do Trabalho em equipe (ECTE), para avaliar o clima de equipe nos serviços de saúde, escala Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) para percepção sobre a prática colaborativa, na qual o item oito mede a atenção centrada no paciente e estudos que tratam dos modelos de gestão existentes nesses serviços.

Os resultados serão discutidos na ordem em que foram coletados, para então finalizar com a integração dos resultados com o objetivo de aprofundar e entender a dinâmica do trabalho em equipe no contexto estudado. Terá início com a discussão dos achados quantitativos, validação das escalas e correlações entre e constructos, seguidos da discussão sobre como os achados qualitativos ajudam a explicar ou aprofundar o conhecimento sobre os achados quantitativos, característica do desenho de estudo adotado nessa pesquisa.

Os resultados dos dados sociodemográficos apresentaram uma prevalência a participação da equipe de enfermagem, técnicos em enfermagem (n = 69; 35,8%); enfermeiro (n = 41; 21,2%). Entre os participantes, 139 (72,0%) eram do sexo feminino. A justificativa para esses resultados é que o cuidado direto ao paciente é em sua maioria uma atribuição da equipe de enfermagem, profissão que culturalmente tem em sua maioria profissionais do sexo feminino. Estudos semelhantes no contexto da saúde encontram resultados similares (Ouwens et al., 2008; Silva, Peduzzi, 2014; Agreli, Peduzzi, 2016; Espinoza, Peduzzi, 2016; Lorenzini, Dall'Agnol, 2017; Peruzzo et al 2019; Ribeiro et al., 2019.)

Em relação a formação profissional os resultados demonstraram que 86 (44,6%) profissionais possuíam Pós- Graduação (especialização, residência, mestrado e/ou doutorado, aprimoramento). Resultados divergentes foram encontrados na atenção primária, no qual 79% dos participantes não possuíam especialização (Agreli, 2016). Esse resultado justifica-se pelo perfil dos profissionais que participaram dos estudos pois, a maioria dos participantes na atenção primária

pertenciam ao quadro de agentes comunitários de saúde $n=81$, 56,3%, o qual exige apenas formação de nível médio.

Quanto ao número de pacientes por turno unidade variou de cinco a 72 pacientes e quando foram agrupados em dez pacientes, a maioria dos profissionais relataram que ficavam com até dez pacientes ($n = 92$; 47,7%) no seu turno de trabalho. Esse resultado se justifica pois dentre as seis unidades estudadas, cinco delas atendiam a pacientes críticos e apenas uma a pacientes crônicos que no momento apresentavam alteração no seu estado de saúde. Resultados divergentes foram encontrados em estudos nacionais e internacionais realizados no contexto hospitalar e atenção primária no que se refere ao número de integrantes de acordo com o grau de complexidade dos serviços (Ribeiro, 2019; Agreli, 2016; Espinoza, 2016).

A distribuição dos profissionais de acordo com o tempo mostrou que a maioria dos profissionais tinham até dois anos de trabalho sendo, $n= 65$ (33,7%) na unidade, $n=56$ (29,0%) na instituição, $n=68$ (35,2%) na equipe. Esses resultados podem ser justificados pela alta rotatividade de profissionais na instituição, as diferentes formas de contratação e a possibilidade de ter mais de um vínculo na instituição. Estudos anteriores apresentaram resultados similares quando foram considerados o grau de complexidade das unidades, turno de trabalho, rotatividade nos diferentes setores (Espinoza, 2017). Resultados divergentes foram encontrados dois estudos brasileiros, um na atenção primária, no qual o tempo de trabalho na profissão foi em média 9 anos, na instituição (prefeitura) 3,83 anos, na atenção primária 5,71 anos e na mesma equipe 5,52 anos (Peruzzo et al., 2019), bem como não foram identificados nenhuma diferença significativa em função do tempo na equipe no estudo de (Ribeiro, 2018).

No que se refere ao número de integrantes na equipe, as equipes, 138 (71,5%) participantes faziam parte de equipes com quatro a dez integrantes. Outros achados confirmam que o tamanho da equipe influencia tanto no clima de trabalho em equipe como em aspectos da assistência relacionados a satisfação no trabalho, segurança do paciente, parceria entre a organização e trabalhadores nos aspectos relacionados a liderança, clima organizacional e segurança do paciente (Brito, 2017; Agreli, 2016, Espinoza, 2017; Rodrigues, 2019).

Nos aspectos que demonstraram como ocorria a interação nas equipes 94 profissionais (49,0%) informaram que conversavam com o superior diariamente; 87 profissionais (45,3%) relataram que não existiam reuniões de equipes. Esses achados

podem ser explicados pelo fato da maioria de participantes pertencerem a unidades críticas, com carga de trabalho elevada, e alta rotatividade nas equipes, confirmados pelo elevado número de trocas que foi identificado na fase de mapeamento das equipes no qual 93 (48,2%) dos profissionais realizavam acima de três no mês. Autores nacionais e internacionais relatam que quanto menor as equipes maiores o grau de interação e quanto maior a complexidade dos pacientes maior a divisão de tarefas, com pouca interação nas equipes, (Agreli, 2016; Ribeiro, 2019; Peduzzi, 2020).

A confirmação da dimensionalidade da escala com os quatro fatores foi realizada por meio de Análises Fatoriais Exploratórias a partir dos índices: Índice de Ajuste Comparativo (CFI); Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado (RMSEA), e sua versão padronizada (SRMR) (Hair et al., 2010; Kline, 2011). Os resultados retornaram com índices de ajuste aceitáveis e satisfatórios (CFI = 0,93; TLI = 0,92; RMSEA = 0,07; intervalo de confiança de 90% – IC90% 0,07-0,08). Esses achados também foram encontrados em estudos anteriores de validação no contexto hospitalar, no qual a solução fatorial de quatro fatores foi a que se mostrou mais ajustada aos dados empíricos (CFI = 0,97; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,03), (Ribeiro, 2019), bem como a validação do instrumento na atenção básica, no qual todos itens nos quatro fatores apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,50 (Silva, 2016).

A confiabilidade do estudo foi confirmada com, variando de 0,90 a 0,93 (coeficiente alfa de Cronbach) e de 0,92 a 0,95 (coeficientes de CC). Os indicadores de VME também revelaram índices adequados, variando de 0,58 a 0,68. Do ponto de vista estrutural, os quatro fatores estiveram altamente correlacionados. Resultados similares foram encontrados em outros estudos, variando de 0,92 a 0,93 (coeficiente alfa de Cronbach) e de 0,94 (coeficientes de CC) (Agreli, 2016; Silva, 2016) variando de 0,88 a 0,94 (coeficiente alfa de Cronbach) e de 0,80 a 0,92 (coeficientes de CC), (Ribeiro, 2019). Estudo internacionais no contexto da saúde também encontraram resultados similares (Ouwens, 2008; Espinoza, 2017).

Esse estudo também possibilitou a validação do item 8 (envolvimento do paciente) da *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT), como instrumento para medir a atenção centrada no paciente nas unidades estudadas. Os resultados da validação demonstraram que os índices ajuste do modelo unidimensional confirmatório, especificado para representar o construto latente ACP, foram

satisfatórios, com discreta melhoria quando estimados a partir do método de estimação da máxima verossimilhança (ML) – estimador WLSMV: CFI = 0,98; TLI= 0,97; RMSEA = 0,08. A consistência do modelo unidimensional estimado pôde ser considerada aceitável e satisfatória ($\alpha = 0,72$; CC = 0,73; VME = 0,36).

Esses resultados foram encontrados em estudos que realizaram a validação do instrumento completo com resultados no domínio 8, envolvimento do paciente ($\alpha=0,87$) (Gardin,2018). O CPAT é um instrumento que permite que as equipes interprofissionais avaliem sua prática colaborativa (Schroder., 2011; Fisher et al., 2017; Peltonen et al., 2020).

Embora os valores de VME e CC sejam utilizados para avaliar a qualidade de uma mediada, “os valores encontrados sofrem alterações em função do número de itens e da homogeneidade das cargas fatoriais, de modo que a utilização de pontos de corte fixos para esses indicadores pode limitar a interpretação dos resultados de um estudo empírico. Portanto, as relações entre CC, VME e cargas fatoriais não são lineares. A VME é mais sensível aos modelos com cargas fatoriais altas e tende a rejeitar, indiscriminadamente, os modelos com cargas fatoriais baixa (Damásio, 2012; Valentini, Damásio, 2016;).

Os resultados de análise de correlação (ρ de Spearman) demonstraram que os escores de clima de equipe e de ACP se associam positivamente e de uma forma diretamente proporcional. Isso significa que quanto maiores os escores de clima (clima de equipe mais favorável), maiores os escores de atenção centrada no paciente (ACP), demonstrando uma forte correlação entre eles. Esses achados corroboram com a revisão de literatura realizada por Agreli (2016) que destaca os elementos-chave para da ACP com base nos achados nacionais e internacionais. Achados similares tem sido encontrado em estudos que medem o clima e a cultura de segurança do paciente, nos quais a colaboração, e clima de trabalho em equipe apresentam correlação favorável para segurança do paciente (Lorenzeni, 2017; Castilho, 2018).

A qualidade do atendimento hospitalar é um tema bastante discutido na literatura tanto na perspectiva de gestores como na de trabalhadores e pacientes. Os hospitais continuam a sofrer com a falha na organização da gestão do serviço e do cuidado, gerando superlotação e alto fluxo de atendimentos que poderiam ser resolvidos na atenção primária. Porém, vários fatores interferem no fluxo dessa

demanda. Entre eles o déficit de profissionais, falta de informação dos pacientes sobre qual serviço procurar, fragilidades no atendimento relacionadas a triagem do perfil dos pacientes e número insuficiente de leitos frente a demanda (Santos et al., 2019; Cecílio et al., 2020; Silva et al., 2020).

Nas unidades de terapia intensiva é importante destacar que a assistência tem algumas particularidades, como inovação frequente, com alta tecnologia, necessidade de uma equipe com competências destinadas para assistência ao paciente grave, relações de poder e fragmentação do cuidado frente aos múltiplos saberes e divisão de tarefas, fatores que ainda estão fortemente enraizados na assistência hospitalar. (CFM, 2020; Goularte et al, 2020; Silva et al, 2020).

Estatísticas descritivas para os fatores de clima de equipe, clima total e atenção centrada no paciente para a amostra total (n = 193) demonstraram que o F3. Objetivos da equipe apresentou resultados mais elevados (M = 5,11; DP = 1,11 e Md = 5,20) e o F2. Apoio para ideias novas, os mais baixos (M = 3,35; DP = 0,68 e Md = 3,38), em relação à ACP (M = 5,11, DP = 1,20 e Md = 5,20). Resultados que corroboram foram encontrados em um estudo de validação no contexto hospitalar, no Brasil (Ribeiro, 2019), e atenção primária (Agreli, 2016), o que mostra que os objetivos da equipe estão claros, apesar de menor apoio para ideias novas. Resultado divergente foi encontrado em um outro estudo que teve como objetivo medir o clima organizacional no trabalho de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) os resultados mostraram que “Participação na Equipe” foi o domínio mais bem avaliado (8,11), enquanto “Orientação para tarefas”, o pior (7,51) (Peruzzo, 2019).

Os resultados significativos para o fator 1. Participação na equipe e 3. Objetivos da equipe, no grupo que possui graduação em relação aos grupos com nível técnico/profissionalizante. Esse resultado mostra que a formação é um fator que interfere no sentimento de pertencimento na equipe e como consequência nos cumprimentos dos objetivos da equipe. O desenvolvimento do modelo público brasileiro de atenção é caracterizado pela oferta de cuidados que não preconiza do atendimento individualizado, valorizando os diferentes setores e reforçando a necessidade de integração entre os níveis de atenção e valorização do trabalho em equipe, no qual a integração é elemento primordial entre os membros das equipes (Peduzzi, 2001; Peduzzi, 2020).

A ECTE apresentou resultados que possibilitaram fazer a descrição das

características das 31 equipes estudadas, confirmando assim achados de outros estudos que conformam que os quatro fatores de clima se discriminam bem (Hair et al., 2005; Kline, 2011; Agreli, 2016; Silva, 2016; Espinoza, 2017; Ribeiro, 2019). Os mesmos achados foram encontrados nos estudos que utilizaram PCAT, no qual o domínio 8, apresentou consistência pôde ser considerada aceitável e satisfatória (Schroder et al, 2011; Gardin, 2018;)

Nos resultados por equipes os escores médio das equipes apresentaram diferença pelo número de membros apenas no fator 1. Participação na Equipe. Foram encontrados resultados significativos na comparação das equipes com até três membros (apresentaram pontuações significativamente superior no F1.Participação na equipe) em relação àquelas com quatro a dez membros ($p = 0,01$) e àquelas com 11 membros ou mais ($p = 0,05$). Esse fator diz respeito ao compartilhamento de informações, no qual as pessoas se sentem ouvidas e respeitadas pelos demais membros, interação com frequência, sendo que há colaboração entre os membros das equipes, fatores estes que podem justificar os achados nas equipes com menos integrantes. Achados similares foram encontrados (Agreli, 2016; Agreli, 2017). Apesar da similaridade dos resultados quantitativos em relação a esse fator, o trabalho em equipe com colaboração interprofissional foi observado somente na unidade 3, embora não seja o elemento predominante do trabalho em equipe nesta unidade.

A colaboração interprofissional é essencial para o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva diante da complexidade da assistência ao paciente, nível de gravidade apresentado pelos pacientes e necessidade de intervenções com alta resolutividade (Casserra et al., 2009; Albuquerque, 2019; Miorin, 2020).

A literatura internacional traz que a colaboração interprofissional vai além de acordo o e da comunicação para o atendimento ao paciente; inclui a criação de oportunidades entre os membros da equipe interprofissional e a sinergia para um melhor atendimento ao paciente. Por meio da colaboração interprofissional, os profissionais de saúde podem procurar enfrentar os desafios atuais da saúde e fortalecer o sistema de saúde. A colaboração entre profissionais de saúde é essencial para estabelecer uma coesão no trabalho em equipe e fornecer um cuidado com eficiência, segurança e alta qualidade (Reeves et al., 2017; Wei et al., 2019; Pomare; 2020).

Agreli e Peduzzi(2018), ao tratarem do trabalho em equipe na perspectiva

interprofissional, reconhecem que a efetividade das equipes não variam de forma linear, fraca a forte, reais ou pseudo-equipes, mas pela maneira como conseguem se adaptar as diferentes formas de trabalho interprofissional, lendo em consideração as necessidades dos usuários, e familiares e comunidade. Peruzzo (2019) se refere a pseudo equipes como aquelas que se caracterizam pela baixa integração entre seus membros, o que diverge dos achados desse estudo.

No presente estudo as equipes foram classificadas com escores referentes aos quatro fatores da escala, bem como clima total e ACP total. Esses dados são importantes para intervenções futuras nas unidades estudadas, a partir dos resultados de cada equipe, para implementação de ideias novas, realização de avaliações do trabalho em equipe e ACP e como devolutiva para as unidades e as equipes para que possam fortalecer e/ou melhorar suas potencialidades ou dificuldades.

De acordo com os resultados, evidenciou-se que das 31 selecionadas, 12 obtiveram clima de equipe muito desfavorável, 05 desfavorável, 05 favorável e 09 muito favorável a partir dos agrupamentos de Grupos Extremos nas quatro dimensões avaliadas pela Escala de Clima de Trabalho em Equipe. Diante desses resultados foi possível constatar quais aspectos relacionados aos fatores da escala de clima de trabalho em equipe podem estar funcionando bem ou apresentam deficiências nessas equipes, a partir desses fatores. Estudos nacionais e internacionais corroboram que a falha do trabalho em equipe é um contribuinte para o aparecimento de eventos adversos, insatisfação no trabalho, segurança do paciente e impactos na percepção sobre a liderança no hospital (Espinoza, 2016; Peduzzo 2019; Peduzzi, 2020).

As unidades e equipes selecionadas para o estudo apresentavam características similares tanto na estrutura como na composição das equipes, variando apenas no perfil de pacientes atendidos nas unidades. Os achados do estudo demonstraram que a composição das equipes é similar nas duas unidades apesar de um quantitativo diferente no número de profissionais em decorrência do número de leitos nas unidades. A composição das equipes nas duas unidades respeita as recomendações da RDC 7 de 2010, bem como a resolução do CFM.nº 2.271/ 2020.

Neste estudo os achados mais importantes relacionados ao trabalho em equipe foram: trabalho em equipe com colaboração interprofissional; trabalho interprofissional (entre os profissionais não-médicos), sem reconhecimento do trabalho dos demais; trabalho em equipe uniprofissional (na equipe de enfermagem),

tomada de decisão uniprofissional entre médicos, relações hierárquicas entre profissionais da equipe; profissionais da equipe trabalham em tribos. Outros estudos encontraram resultados similares tanto no que diz respeito a colaboração, como no que se refere a composição das equipes. O clima de equipe e a colaboração tem impactos nos resultados da assistência. O comportamento dos membros da equipe, o ambiente, a cultura da organização bem como estilos de gestão e liderança, foram fatores que influenciaram nos resultados das equipes (Agreli,2016; Espinoza;2016; Lorenzini, 2017; Peruzzo, 2019).

O trabalho em equipe interprofissional aparece nas duas unidades, porém com diferentes dimensões. Enquanto em duas equipes de uma das unidades profissionais conversam, interagem, ouve uns aos outros e tomam decisões juntos reconhecendo a importância do trabalho de cada membro. Nas outras equipes os profissionais transmitem informações sobre o cuidado realizado e estas informações são utilizadas para definição de condutas pela equipe médica. Isso significa que o clima de trabalho em equipe influencia no comportamento das equipes, pois equipes com clima mais favoráveis compartilham informações, tomam decisões juntos, conhecem o trabalho um do outro, e se apoiam para que novas ideias sejam adotadas. (Agreli, 2016; Espinoza,2017; Peduzzi, 2018; Peruzzo, 2019). Outro fator que merece destaque é o valor dado as informações diante da diferença de valor social dada as profissões, a depender do grau conhecimento e formação que possuam (Silva, Arantes, Fortuna, 2019).

Outro fator que merece destaque é a busca contínua para alcançar os melhores resultados, a qual ocorria de forma diferente entre as duas unidades. Os resultados do estudo sugerem que os membros das equipes com clima mais favorável, eram mais orientados para busca contínua de melhores resultados em equipe, embora nem sempre incluía a participação ativa de todos profissionais. Isso se justifica, pois as relações hierárquicas existentes entre as equipes nas duas unidades interferiam na forma como as relações e interações se estabeleciam entre os diferentes grupos (Espinoza, 2017; Silva, Arantes, Fortuna, 2019; Bernardes, 2020)

Os profissionais das equipes nas duas unidades adotam o tribalismo como forma de trabalho, no qual ocorre a interação e comunicação com troca de informações entre os membros da mesma categoria profissional. Esses achados foram encontrados de forma diferente na atenção primária e atenção hospitalar

(Agreli, 2016; Espinoza, 2017).

A partir do que foi encontrado sobre trabalho das equipes nas duas unidades podemos concluir que os quadro fatores de clima são importantes para avaliação das equipes, pois equipes com clima mais favoráveis trabalham de forma mais integrada, estabelecendo novas formas de relacionamento e planejamento do cuidado que ultrapassam a fragmentação da assistência. O estabelecimento de um projeto comum conduz os profissionais das equipes para um trabalho em equipe que tem como estratégia a obtenção da integralidade (Guimarães, Branco, 2020)

Esses resultados corroboram com estudo sobre clima na atenção primária em que equipes menores tiveram melhores resultados (Agreli, 2016, Agreli, 2017). A interprofissionalidade é uma possibilidade de mudanças para práticas de saúde menos fragmentadas, com desenvolvimento de atividades com foco no paciente, tomada de decisões mais compartilhadas (D'Amour et al., 2008; Reeves, 2010; Agreli, 2016; Agreli, 2017; Espinoza, 2017; Peduzzi, 2020).

A discussão sobre integralidade na assistência é mais frequente na atenção primária do que na atenção hospitalar, mas o pensamento comum aos dois níveis de atenção é que ela é um eixo para um cuidado centrado no paciente. Os resultados do estudo mostraram que a participação do paciente e da família é muito incipiente nas duas unidades e acontecem em situações pontuais no cotidiano do trabalho, ela ocorre com mais frequência durante a realização de procedimentos, passagem da visita multiprofissional e no momento de passagem do boletim diário. A participação do paciente e sua experiência são elementos importantes dos cuidados, e para tal a prática colaborativa é frequentemente recomendada (D'Amour, Oandasan, 2005; Costa et al., 2018; Gormley, 2019; Barcellos, Sgarabotto, 2020).

A principal recomendação, inserção do paciente e/ou familiar no planejamento do cuidado, não acontece nas duas unidades. Embora a comunicação ente profissionais e paciente aconteça, ela se estabelece de diferentes formas: dialógica ou utilizada para transmissão de informações sobre o cuidado. A comunicação é elemento primordial nas relações entre os profissionais e destes com o paciente, bem como o compartilhamento de decisões sobre os cuidados e inserção do familiar em unidades críticas são elementos fundamentais para desmitificar como acontece o cuidado nessas unidades e inserir uma atenção na qual as necessidades do paciente é elemento central (Rodrigues et al, 2019; Barcellos, Sgarabotto, 2020).

Em relação fatores de clima, o F3. Objetivos da equipe apresentou resultados mais elevados e F2. Apoio para ideias novas, resultados mais baixos em relação a atenção centrada no paciente. Esses resultados mostram que o estabelecimento de objetivo comum entre profissionais- paciente- família é fundamental para atenção centrada no paciente. Para que isso ocorra as equipes precisam se apoiar para o desenvolvimento de novas ideias, buscando novas soluções para os problemas do paciente (Agreli, 2016; Agreli 2017; Rodrigues et al 2019; Barcellos, Sgarabotto, 2020; Peduzzi et al 2020).

Diante desses resultados, podemos perceber que a atenção centrada no paciente ainda é incipiente nas equipes das duas unidades e que embora exista uma relação profissional-paciente- família, ela ocorre em situações pontuais relacionadas a comunicação sobre procedimentos, esclarecimento de dúvidas e passagem de boletim médico. Uma comunicação dialogada proporciona uma melhor inserção do paciente. O contrário ocorre quando essa comunicação é estabelecida apenas para transmissão de informações relacionadas a situações clínicas e procedimentos. A efetividade da comunicação favorece o compartilhamento de decisões, incentiva a participação do paciente, melhorando a qualidade da assistência mas, ainda é um desafio a ser enfrentado para inserção do paciente (Rodrigues et al., 2019; Barcellos, Sgarabotto, 2020;).

A inserção do paciente nas duas unidades apresentou melhor resultado em relação ao envolvimento nas situações em que necessitava da decisão sobre determinado tratamento, geralmente procedimento e nas informações mais importantes sobre o cuidado. Ouvir e valorizar a opinião dos pacientes, entendendo o que eles experimentam e esperam em relação ao seu cuidado é um caminho que pode ajudar na adequação dos serviços ao atendimento destas necessidades, favorecendo assim uma atenção centrada no paciente e melhoria na sua saúde. (Agreli, 2016 Agreli, 2017; Gomes 2017; Mendes Junior, 2017; Rodrigues et al., 2019,)

No entanto a análise dos cinco elementos chave da atenção centrada no paciente presentes nos itens da subescala mostram que há semelhanças nas equipes das duas unidades. Nas equipes das duas unidades estudadas foram observadas situações em que os profissionais da equipe tratam o paciente pelo número do leito, pacientes lúcidos não participavam das visitas multiprofissionais, e tudo era discutido entre os membros da equipe.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da comunicação eficaz entre as equipes, uma vez que a mesma contribui para uma assistência integral e segura e também na redução da ocorrência de erros durante a prestação do cuidado. Entre os fatores que interferem numa comunicação eficaz estão: passagem de informações entre troca de equipes cujas interrupções e frequentes na unidade interferem na clareza com a qual a comunicação é transmitida. O apoio de gestores nesse processo da relevância em trabalhar em grupo inspira uma boa relação e empoderamento dos profissionais no alcance de uma assistência com mais qualidade (Deering, Johnston, 2011; Nogueira, Rodrigues, 2015;).

A literatura internacional se refere a atenção centrada no paciente é definida como uma prática colaborativa que promove interação entre profissionais- paciente-família, na qual as relações de trabalho entre os membros da equipe, assim como entre os membros e o gestor apresentam elementos que facilitam ou dificultam a atenção centrada no paciente. Um dos aspectos da atenção centrada é a coordenação e continuidade do cuidado, mas tais elementos necessitam. (Bilodeau, Pepin, 2015).

Os resultados do estudo demonstraram que situações envolvendo os pacientes priorizam o procedimento e os profissionais, o que mostra a pouca inserção do paciente no cuidado. Existe consenso entre a literatura nacional e internacional sobre atenção centrada no paciente é uma perspectiva ampliada do cuidado, participação do paciente no cuidado, relação profissional- paciente. Entre esses três aspectos os resultados mostram que já existe uma incipiente participação do paciente através do estabelecimento de uma relação com os profissionais (Agreli, 2016; Rodrigues et 2019).

A atenção centrada no paciente dialoga com a prática interprofissional, caracterizada pelo reconhecimento do papel do paciente no cuidado, respeitando suas crenças, valores para uma tomada de decisão compartilhada e ampliação da parceria terapêutica, como um olhar voltado para o contexto de vida da pessoa e não na doença (Morgan, Mcnaughton, 2020).

Diante do exposto para promover uma prática interprofissional com atenção centrada no paciente é necessária uma articulação entre os modelos de gestão do trabalho em equipe. Um modelo de gestão na qual a centralidade seria uma atenção integral à saúde, que possibilite qualidade e segurança por meio de transformação das práticas e atenção, gestão e educação (Padilha, 2017).

Neste estudo mostrou o modelo de gestão, que perpassa por situações de gestão interprofissional, gestão participativa na equipe de enfermagem, e uma flexibilidade acentuada da jornada de trabalho na enfermagem, com trocas frequentes, fatores que fragilizam a integração, coordenação e colaboração para a gestão do trabalho em equipe.

Autores nacionais e internacionais reconhecem que os serviços de saúde e os órgãos responsáveis buscam uma transformação em seus modelos de gestão, com a finalidade de prestar de melhorar a qualidade do cuidado, através de estudos colaborativos baseados em evidencias para alcançar a excelência no atendimento ao paciente” (Hastings et al., 2014; Hastings et al., 2016; Lira et al., 2017; Alrwaihi, Kehyayan, Johnson, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até esse momento o estudo é o único que empregou o método misto para estudar gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto hospitalar, no qual foi possível:

- Identificar que as unidades com escores de clima mais favoráveis apresentaram melhores escores de ACP e possuíam uma gestão mais flexível e participativa;
- As equipes das seis unidades hospitalares estudadas apresentaram na sua composição equipes uniprofissionais e equipes multiprofissionais a depender das situações vivenciadas e do perfil e necessidades dos pacientes;
- Os profissionais com até um ano de trabalho, apresentaram resultados superiores em relação aos profissionais com mais tempo de trabalho. O mesmo se repete em relação a tempo de trabalho na unidade, na instituição e na equipe;
- Profissionais que trabalhavam em unidades que tinham até 10 pacientes por turno, apresentaram resultados melhores para clima total e ACP total em relação aos que ficavam com mais de 10 pacientes;
- Equipes que se reuniam até três vezes no mês apresentaram clima total mais favorável. Em relação a ACP total os melhores resultados foram nas equipes que se reuniam diariamente;
- Os profissionais que realizavam mais de três trocas no mês, apresentaram resultados inferiores para clima total e ACP total em relação aos profissionais que realizavam uma ou duas trocas no mês;
- A comparação entre as equipes das unidades com resultados contrastantes para o clima de trabalho em equipe evidenciou que um melhor clima de trabalho em equipe favorece uma prática colaborativa e, o modelo de gestão que melhor se adequa a essa prática é um modelo com relações horizontais no trabalho e decisões compartilhadas;
- As equipes com escore de clima mais favoráveis apresentaram mais

colaboração, embora as relações hierárquicas tenham sido observadas nas duas unidades, tanto na equipe uniprofissional como multiprofissional;

- A unidade com escore de clima e ACP mais favoráveis apresentaram integração e colaboração entre os gestores médicos e de enfermagem. Enquanto a unidade com menores resultados apresentou uma coordenação frágil;
- Na unidade com resultados mais favoráveis foram observadas situações de gestão mais participativa, enquanto a unidade com resultados menos favoráveis as decisões eram centradas no supervisor;
- Nas unidades estudadas foram observadas situações frequentes na qual os pacientes são ignorados.

Embora tenha trazido contribuições referentes ao objeto, o estudo também apresentou algumas limitações.

Uma das limitações do estudo foi o tempo transcorrido para mapeamento das equipes em função da flexibilidade para realização de trocas e mudanças constantes no quadro de pessoal. O fato da pesquisadora ser enfermeira pode ter interferido na fase de observação levando em consideração a observação direta mais intensamente dos profissionais dessa área, porém, como em outros estudos, o trabalho da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva é bastante intenso se considerado o perfil dos pacientes internados. A impossibilidade de realização de entrevistas com profissionais, pacientes e gerentes limitou a possibilidade de aprofundamentos da investigação de atenção centrada no paciente, sobretudo da ótica do paciente, que de importância fundamental.

O estudo possibilitou a validação da escala de clima de trabalho em equipe e da subescala de envolvimento do paciente/ atenção centrada no paciente no contexto hospitalar, o que permitiu realizar uma descrição do clima de trabalho em equipe e envolvimento dos pacientes sob a ótica dos profissionais das unidades estudadas. Outro aspecto importante foi a descrição da estrutura e composição das equipes assistenciais no hospital estudado, onde evidenciou-se que mesmo existindo uma escala mensal dos profissionais da equipe, o sentimento de pertencimento vai além da frequência de turnos de trabalho juntos, sobretudo relacionado aos resultados apresentados pelas equipes no que se refere aos quatro fatores de clima e o os itens

relacionados ao envolvimento do paciente.

Foi possível também, independentemente do tamanho da amostra avaliar a evidência de validade e confiabilidade de ambas escalas cujos valores de alfa de Cronbach apresentaram resultados satisfatórios, nos quais a maioria dos itens saturaram acima de 0,60 e, portanto caracterizar o clima de trabalho em equipe em função do escore total de clima e atenção centrada no pacientes, apresentando equipes com resultados contrastantes para o clima de trabalho em equipe, e, o fato das equipes com clima de trabalho mais favoráveis, apresentarem resultados para uma melhor atenção centrada no paciente, evidenciado pela relação diretamente proporcional entre os dois constructos.

Na associação entre os resultados de clima de equipe, envolvimento do paciente/atenção centrada no paciente e variáveis de caracterização da amostra, os resultados evidenciaram que estudos nacionais e internacionais corroboram com os resultados relacionados a caracterização da amostra.

A comparação entre as equipes das unidades com resultados contrastantes para o clima de trabalho em equipe evidenciou que um bom clima de trabalho em equipe favorece uma prática colaborativa e que o modelo de gestão que melhor se adequa a essa prática é um modelo com relações horizontais no trabalho, na qual a interação e interdependência entre os membros da equipe, comunicação eficaz e decisões compartilhadas entre gestores, profissionais e pacientes, clareza nos papéis, objetivos da equipe e reconhecimento da importância de cada membro para consolidação de uma prática interprofissional com atenção centrada no paciente.

Entre os aspectos que precisam ser melhor compreendidos está em como inserir pacientes e familiares no contexto do cuidado na unidade de terapia intensiva frente a gravidade dos pacientes, a ausência da família e a elevada rotatividade dos profissionais entre os turnos de trabalho.

Outro fator que merece atenção é a realização de estudos de como adequar o modelo de gestão para efetivação de um trabalho em equipe na qual a prática colaborativa e atenção centrada no paciente estejam articuladas.

Diante do exposto evidencia-se que assim como está definido na literatura que o trabalho em equipe interprofissional é o modelo de assistência que traz melhores resultados no que diz respeito a qualidade da assistência e segurança do paciente, o

modelo de gestão interprofissional pode ser uma caminho para articulação para um trabalho em equipe interprofissional com a atenção centrada no paciente.

Os resultados desse estudo podem impulsionar uma avanço tanto para efetivação do trabalho em equipe interprofissional como para a importância da articulação entre gestores, profissionais , paciente, família e comunidade, que favoreça melhores resultados para os pacientes, no qual evidencia-se que é urgente um deslocamento do olhar centrado na doença, nos procedimentos e nos profissionais para as reais necessidades de saúde do paciente.

Portanto para consolidação da gestão do trabalho em equipe com ACP, é necessário capacitar gestores e profissionais de saúde para o trabalho em equipe com atenção no paciente e instrumentalizar o paciente com conhecimento que lhe possibilite participar do planejamento do seu cuidado bem como, saber avaliar a qualidade e segurança da assistência prestada nos serviços de saúde

Esses aspectos podem fortalecer o princípio de igualdade, integralidade e universalidade e valorizar a promoção da saúde, prevenção e/ou controle da evolução de doenças frente ao tratamento, com atividades de reabilitação que se adequem a realidade de cada indivíduo e comunidade na qual está inserido, sobretudo com o intuito de conseguir devolver o paciente e possibilitar sua reinserção no cotidiano de vida com os melhores níveis de saúde possíveis.

REFERÊNCIAS

16 REFERÊNCIAS

- Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. 2017. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Agreli HLF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *J. Interprof. Care.* 2017; 31(6): 679-684.
- Agreli HLF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20 (59):905-916.
- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-916. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>
- Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *J Interprof Care.* 2017;31(2):184-186. doi:10.1080/13561820.2016.1261098
- Agreli HF, Silva MC. et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. *Rev. Saúde Pública.* 2016;50:52.
- Aguiar ZN. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: Ribeiro MCS. *A enfermagem e o trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.* São Paulo: Martinari, 2008. p. 13-17.
- Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. *Interface: Comunic. Saúde Educ.* 2001;9:150-153.
- Almeida PFA, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO.* 2018;42(especial1):244-260. DOI: 10.1590/0103-11042018S116
- Alrwaihi S, Kehyayan V, Johnson JM. Interdisciplinary shared governance: A literature review. *Journal of Nursing Education and Practice.* 2018; 8 (4):43-50.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, Nacional Council on Measurement in Education Standards for Educational and Psychological Testing. Washington, DC: American Educational Research Association. 2014.
- Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of team climate inventory. *J. Organ Behav.* 1998;19(3):235-258.
- Angrosino M. *Etnografia e observação participante.* Tradução de José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Antunes R. Trabalho e estranhamento. In: *Adeus ao trabalho: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.* São Paulo: Cortez, 1995. p. 121-134.
- Antunes R. Mundo do trabalho e teoria do valor. In: *Os sentidos do trabalho.* Campinas: Bomtempo, 2000. p. 119-134.

- Araújo IC, Freire JC. Os Valores e a sua Importância para a Teoria da Clínica da Abordagem Centrada na Pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*. 2014;XX(1): 94-103, Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v20n1/v20n1a12.pdf>
- Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):333-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>
- Azevedo CS, Sá MC. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- Backes DS. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc. Anna Nery*., Rio de Janeiro. 2011;15(4):769-775.
- Backman WD, Levine SA, Wenger NK, Harold Jg. Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Clinical Cardiology*. 2020;43:196–204. DOI: 10.1002/clc.23267
- Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J. Roy. Coll. Gen. Practit*. 1969;17:269-276. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/pdf/jroyalcgprac00372-0009.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2020.
- Barcellos RA, Sgarabotto BL. Research. Care centered on patients and family members in intensive care *Society and Development*. 2020;9(8):e55984400. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.4400>
- Barr H, Low H. *Introducing interprofessional education*. Fareham: CAIPE, 2013.
- Beccaria LM, Fávero N. Expectativas de gerentes e assessores de enfermagem quanto ao estilo gerencial do diretor executivo de um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000; 8(2):83-90.
- Benham-Hutchins M, Staggars N, Mackert M, Johnson AH, de Bronkart D. "I want to know everything": a qualitative study of perspectives from patients with chronic diseases on sharing health information during hospitalization. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):529. doi: 10.1186/s12913-017-2487-6.
- Bernardes A, Gabriel CS, Cummings G, Zanetti ACB, Leoneti AB, Caldana G, et al. Organizational culture, authentic leadership and quality improvement in Canadian healthcare facilities. *REBEN*. 2020;73:e20190732.
- Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):861-870.
- Bernardes A. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;19(4): 8 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_20.pdf.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J. Am. Board Fam. Med*. 2011; 24(3):229-239.
- Braga FS, Olschowsky A, Wetzel C, Silva AB, Nunes CK, Botega MSX. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190160. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983->

1447.2020.20190160

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007d. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Gestão participativa. Co-gestão. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_co_gestao_2ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-3-Atenc%CC%A7a%CC%83o-Hospitalar-1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas

.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretrizes para elaboração e gestão conjunta dos Termos de Cooperação Técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/diretrizes_tc%202015.pdf?ua=1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf.

Brasil, 2018 CNES Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde (CNES). Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Brito AP. Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro. 2017. 1 recurso online (145 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP.

Burton RM, Obel B. Computational modeling for what is, what might be, and what should be studies and triangulation. *Organization Science*. 2011;22:1195-1202.

Camelo HH. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(4): 734-740.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Cangussu DDD, Santos JFS, Ferreira MC. Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. *REVISA*. 2020; 9(2):167-74. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p167a174>

Cardoso CG, Henningtonez EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção a espera pelos sujeitos de mudança. *Rev. Trab. Educ. Saúde*. 2011;9(supl. 1):85-91.

Caregnato RCA, Mutti R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis investigación cualitativa: análisis del discurso versus análisis del contenido. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):680-682.

Castilho DEC. Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências. (Dissertação) Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem: Goiânia. 2018.

Cavalcante GMA. Influência dos sistemas integrados no gerenciamento do desempenho em instituições públicas. *ABCustos*. 2020;15:89-114.

Cecílio LCO. A modernização gerencial dos hospitais: o difícil exercício da mudança. RAP: Rio de Janeiro: 1997.

Cecílio LCO. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Revista Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(4): 973-983.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003. p. 197-221.

- Cecílio LCO. Propostas alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas não acontecem como os dirigentes desejam? *Revista Saúde e Sociedade*. 2004;13(2):39-55.
- Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(3):557-566.
- Cecilio LCO et al. Os médicos e a gestão do cuidado em serviços hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado? *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(3):e00242918. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00242918.pdf>. doi: 10.1590/0102-31100242918
- Charmaz K. A teoria fundamentada em dados: guia prático para análise qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAMD, Alves LR, Silva MFD, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1106-1111. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0491.
- Ciamppone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo decisório gerencial. In: Kurcgant P (coord.). *Gerenciamento em enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Conselho Federal De Medicina. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Nº 77, quinta-feira, 23 de abril de 2020
- Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS). A gestão administrativa e financeira no SUS. Brasília, DF: CONASS, 2007a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-administrativa-e-financeira-no-sus/>
- Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS). Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília, DF: CONASS, 2007b. disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade/>.
- Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS). Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>.
- Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(3):e2670016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
- Creswell JW, Clark V. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. California: SAGE; 2007.
- Creswell JW. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- Creswell JW. *A concise introduction to mixed methods research*. Califórnia: Sage Publication, 2015.
- Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(2):323-331.

- Cunha, PF; Magajewski, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc. São Paulo.* 2012;21(supl.1):71-79.
- Dalla VM. Trabalho em equipe na atenção primária: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.
- D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 2020;(1):8-20.
- Dellenborg L, Wikström E, Erichsen AA. Factors that may promote the learning of person centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden, *Advances in Health Sciences Education.* 2019;24:353–381. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-09869-y>
- Damásio BF. Uses of exploratory factorial analysis in psychology. *Avaliação Psicológica.* 2012;11(2):213-228.
- Damásio BF, Valentini F. Variância, média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2016;32(2):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322225>
- D'Aamour D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv. Res.* 2008;8:188.
- Dellenborg L, Wikström E, Andersson Erichsen A. Factors that may promote the learning of person-centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2019;24(2):353-381. DOI: 10.1007/s10459-018-09869-y.
- Deneckere S. et al. Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways a cluster randomized controlled trial. *Med. Care.* 2013; 51:99-107.
- Denzin NK. Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research.* 2012;6:80-88.
- Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Painchaud Guérard G, Légaré F. Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. *Patient Educ Couns.* 2016;99(11):1753-1758. doi: 10.1016/j.pec.2016.06.008.
- Duarte ED et al. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev. Eletr- Enf.* 2011;14:86-94.
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10(4):248-51. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Erthal TC. Manual de psicometria. 8 ed. Jorge Zahar: Rio de Janeiro,2009.
- Escalda P, Parreira CMSF. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface.* 2018; 22(Supl. 2):1717-27. DOI: 10.1590/1807-57622017.0818
- Escalda P, Parreira CMSF. Práticas colaborativas em saúde: tipologias e estratégias de cuidados centrados no paciente. *Atas CIAIQ2019. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2.* 2019.

- Espinoza-Quiroz PA. Satisfacción en equipos interprofesionales: relaciones interprofesionales, liderazgo transformacional y clima de equipos en un hospital de Santiago, Chile: un estudio de métodos mixtos. 2016. Dissertação – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Espinoza-Quiroz PA et al. Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human Resources for Health*. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0290-z>
- Farias DC, Araujo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1895-1904. DOI: 10.1590/1413-81232017226.26432016.
- Farrell AM. Insufficient discriminant validity: a comment on Bove, Pervan, Beatty and Shiu. *Journal of business research*. 2009;63(3):324-327. DOI: 10.1016/j.jbusres.2009.05.003
- Ferreira CRB. Fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção à saúde: contribuição para uma secretaria de saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul [internet]. 2016 [acesso em setembro de 2020]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174258/001061514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fieldin N. Triangulation and mixed methods designs: Data integration with new research technologies. *J. Mix. Methods Res*. 2012;6(2):124-136.
- Fisher M, et al. Perceptions of interprofessional collaborative practice and patient/family satisfaction. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2017;8:95-102.
- Flick UWE. Introdução a pesquisa qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*,. 2020; 43(especial6):93-103. DOI: 10.1590/0103-11042019S608
- Fuzikawa AK. Método clínico centrado na pessoa: um resumo. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>.
- Garcia SD et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Rev. Bras. Enferm*. 2012;65(2).
- Gerra ELA. Manual de pesquisa qualitativa. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.
- Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. O processo de trabalho na gestão do sus. In: Gestão pública em saúde. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2016.
- Gomes PHG, Mendes Junior WV. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. *Revista ACRED*. 2017;7(13).
- Gonzalo JD et al. Interprofessional collaborative care characteristics and the

- occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 2006;16:459.
- Gormley DK, Costanzo AJ, Goetz J, Israel J, Hill-Clark J, Pritchard T, et al. Impact of Nurse-Led Interprofessional Rounding on Patient Experience *Nurs Clin N Am.* 2019;54:115–126. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.10.007>
- Goulart BF, Coelho MF, Chaves LDP. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. *Rev Enferm.* 2014; 8(2):386-395. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272020626_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM_NA_ATENCAO_HOSPITALAR_REVISAO_INTEGRATIVA.
- Gourlarte PN et al. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. Psicol. Saúde.* 2020;12. Disponível em :http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100012. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>
- Grando MK, Dall’Agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery, Rio de Janeiro.* 2010;4(3):504-510.
- Gray DE. Perspectivas teóricas e metodologias de pesquisa. In: Gray DE. *Pesquisa no mundo real.* Porto Alegre: Penso, 2012. *Organizational Behavior.* 2000; 22:537-50.
- Griffin MA, Peterson MG, West MA. Job satisfaction and teamwork. *Journal of Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;5(25):e2884. DOI: 10.1590/1518-8345.1472.2884.
- Hair JF et al. *Análise multivariada de dados.* 6. ed. Bookman Campania ED, 2009.
- Hair JF. et al. *Multivariate data analysis.* 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks ML, Eich W et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017;123-124:46-51. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.006.
- Hartgerink JM et al. The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital. *J Nurs Manag.* 2014;22(2):248- 256.
- Hastings SE et al. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2014;14:479.
- Hayashida KY et al. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. *Rev. Texto Contexto Enferm., Florianópolis.* 2014;23(2):286-93.
- Holly WEI, Robin WEBB , Corbett JR, Wei T. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care.* DOI: 10.1080/13561820.2019.1641476
- Hughes AM, Gregory ME, Joseph DL, Sonesh SC, Marlow SL, Lacerenza CN, et al. Salvando vidas: uma meta-análise da formação de equipes em saúde. *J Appl Psychol.* 2016;101 (9):1266-304.
- Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2019;3(2):130-136. doi: 10.1016/j.anr.2019.03.001.

- International Alliance Of Patients' Organizations (IAPO). Whats is patient-centred healthcare? A Review of Definitions and Principles. London: IAPO, 2007.
- Jairnilson PAIM. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira Saúde em Debate, Rio de Janeiro. 2009;33(81):27-37.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2011.
- Kohn R, Madden V, Kahn JM, Asch DA, Barnato AE, Halpern SD, et al. Difusão de práticas organizacionais de unidades de terapia intensiva baseadas em evidências. Uma análise estadual. Ann Am Thorac Soc. 2017;14(2):254-261.
- Koster I. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4837/1047.pdf?sequence=2>.
- Lima ACS, Santa RD. Vivência da responsabilidade do enfermeiro no cuidado ao paciente crítico na UTI (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia: Salvador. 2010.
- Lira CA. et al. Governança corporativa em um hospital privado: um estudo de caso sobre o impacto no desempenho hospitalar. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS. 2017; 6(3):229-244.
- Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos (tese). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2017.
- MacCallum RC, Widaman KF, Preacher KJ, Hong S. Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error. Multivariate Behavioral Research. 2011;36(4), 611-637.
- Macêdo JWL, Silva AB. Construção e Validação de uma Escala de Competências Socioemocionais no Brasil. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. 2020;20(2):965-973.
- Malik MBF, Wald H. Achieving improved patient outcomes through interprofessional teams. Journal of Interprofessional Education & Practice. 2017;8:91-94.
- Malik MBF, Vecina. Gestão em saúde. 2 ed. Ed Guanabara Koogan. 2017.
- Marx K. O capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1971.
- Massarolo MCKB, Kurcgant P. Cultura e poder nas organizações. In: Kurcgant P. (coord.). Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Mattos SM, Freire KA (org.). Atenção interdisciplinar em saúde 3 [recurso eletrônico]. Ponta Grossa: PR: Atena Editora, 2019.
- Mazurenko O, Andraka-Christou BT, Bair MJ, Kara AY, Harle CA. Balancing Patient-Centered and Safe Pain Care for Nonsurgical Inpatients: Clinical and Managerial Perspectives. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2019;45(4):241-248. DOI: 10.1016/j.jcjq.2018.11.004.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc. Sci. Med. 2000;51(7):1087-1110.
- Meirelles ECA. Evidências de validade e precisão para medidas aplicadas ao estudo

do comportamento do consumidor do serviço móvel pessoal (Tese).

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan- Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

Merkens BJ, Spencer JS. A successful and necessary evolution to shared leadership: a hospital's story. *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh Health Serv.* 1998;11:1-4.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Mota VMC. O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde [manuscrito]. Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte. 2019.

Moura AA, Bernardes A, Balsanelli AP, Dessotte CAM, Gabriel CS, Zanetti ACB. Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3260. doi: 10.1590/1518-8345.3455.3260.

Muthén LK, Muthén BO. Mplus user's guide. 7. ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, ano 2016.

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery* 2020;24(2):e20190154. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n2/2177-9465-ean-24-2-e20190154.pdf>

Notaro KAM, Corrêa ADR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;19;27:e3167. DOI: 10.1590/1518-8345.2849.3167.

Nunes IM et al. O trabalho em saúde no contexto hospitalar: processos e necessidades como subsídios para a formação profissional. *Rev. Enfermagem Escola Ana Nery.* 2006;10(3):509-513.

Orchard CA, Orchard V, Curran S, Kabene. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice, *Medical Education Online.* 2005;10:1, 4387, DOI: 10.3402/meo.v10i.4387

Orchard C, Bainbridge L. What is competence in client-centred collaborative practice? In: (eds.) *Interprofessional client-centered collaborative practice: what does it look like? How can it be achieved?* New York: Nova Science Publishers Inc, 2015.

Orchard C, Bainbridge L, Bassendowski S. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: <http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:DiVA.org:hj-16004?tab2=abs&language=en>.

Ouwens M, Hulscher M, Akkermans R et al O team climate inventory: aplicação em equipes hospitalares e considerações metodológicas. *BMJ Quality & Safety.* 2008;17:275-280.

Pasquali L. *Psicometria.* Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp):992-9

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35:103-109.

- Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática educativa orientadas pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. Tese (Livro- Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e democratização o das relações de trabalho. In: Pinheiro R et al. (orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepes, Abrasco, 2007b. p. 161-171.
- Peduzzi M. Trabalho em equipe: gênese do conceito. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>
- Peduzzi M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis* (Rio J.). 2011;21(2):629-646.
- Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Rev. Comunicação Saúde Educação*. 2016;20(20):199-201.
- Peduzzi M, Ciamoni MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (coord.). Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.56
- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827
- Peduzzi M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, M. A. et al (ogs.). *Clínica Médica*. 2. ed. São Paulo: Manole; 2016. p. 171-179.
- Peduzzi M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(s1):e0024678
- Peltonen J, Leino-Kilpi H, Heikkilä H, Rautava P, Tuomela K, Siekkinen M. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare – a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. 2020;34:2:147-161. DOI:10.1080/13561820.2019.1637336
- Penedo RM, Gonçalo CS, Quelus DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. *Interface* (Botucatu). 2019; 23:e170451. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170451>
- Pereira IB, Lima JCF. (org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>.
- Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface*. 2013;17(45):327-40.
- Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):721-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>
- Pinheiro GEW, Santos AMP, Kanrorki LP. Análise da produção de estudos com

- métodos mistos na avaliação de serviços de saúde mental. *Rev. Enferm. UFSM*. 2019; 9(esp):1-20.
- Plassa BO, Alarcon MFS, Damaceno DG, et al. Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2018; 22(4):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180021.pdf.
- Polit DF. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Poupart J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos. Tradução de Ana Cristina. Petrópolis: Vozes, 2014.
- Reeves S et al. Interprofessional teamwork for health and social care. Toronto, 2010. Disponível em: https://www.academia.edu/21944044/Interprofessional_Teamwork_for_Health_and_Social_Care.
- Reimer T et al. Cancer center clinic and research team perceptions of identity and interactions. *Journal of Oncology Practice*. 2017;13(12):1021-1029.
- Ribeiro MBS. Validação da Escala de Clima de Trabalho em Equipe para o contexto hospitalar no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Ricci-Cabello I, Saletti-Cuesta L, Slight SP, Valderas JM. Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questionnaire. *Health Expect*. 2017;20(5):961-972. doi: 10.1111/hex.12537.
- Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- Rodrigues ESM et al. A gestão participativa: A postura do gestor escolar mediador do processo de tomada de decisão. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2019;7:107-133. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/gestao-participativa>
- Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(11):4263-4273. DOI: 10.1590/1413-812320182411.04182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n11/1413-8123-csc-24-11-4263.pdf>
- Rodrigues RP, Carmo WLM, Canto CIB, Santos ESS, Vasconcelos LA. Fluxograma descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *SAÚDE DEBATE*. 2019;43(ESPECIAL 6):109-116. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe6/109-116/pt>
- Salas E, Shuffler ML, Thayer AL, Bedwell WL, Lazzara EH. Compreendendo e melhorando o trabalho em equipe nas organizações: um guia prático com base científica. *Gestão de Recursos Humanos*. 2015;54:599-622. DOI: 10.1002 / hrm.21628
- Santos JLG, Erdmann AL, Peiter CC, Alves MP, Lima SBS, Backes VMS. Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the

- hospital context. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017017103300>
- Santos WS et al. Qualidade de serviços hospitalares sob a perspectiva dos processos de acreditação. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 2019;16. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5670> ▪
- Scherer MDA et al. Collective work: a challenge for health management. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43,(4):721-725.
- Schmutz JB, Eppich WJ. Promoting Learning and Patient Care Through Shared Reflection: A Conceptual Framework for Team Reflexivity in Health Care. *Acad Med*. 2017;92(11):1555-1563. doi: 10.1097/ACM.0000000000001688.
- Scholl I et al. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS One*. 2014;9(9):e107828. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229640>.
- Schroder C, Medves J, Paterson M, Byrnes V, Chapman C, O'Riordan A, et al. Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool, *Journal of Interprofessional Care*. 2011;25(3):189- 195. DOI: 10.3109 / 13561820.2010.532620
- Shah SK, Corley KG. Building better theory by bridging the quantitative- qualitative divide. *Journal of Management Studies*. 2006; 43:1821-1835.
- Silva ACL et al. A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. *ReBIS*. 2020;2(1):49-54. Disponível em: <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/336/103>.
- Silva DP et al. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2020;14(17). Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066/617>.
- Silva IS, Arantes CIS, Fortuna CM. Conflict as a possible catalyst for democratic relations in the work of the Family Health team. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03455. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003403455>
- Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil (dissertação). 2014. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva MC et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50:52.
- Silva RM, Jorge MSB, Silva Júnior AG (orgs). Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2015.
- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2011;16(6):2753-2762. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
- Souto BGA, Pereira SMS. Subject focused clinical history: strategy for a better health care. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2011;36(3):176-81. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/305287790>

- Souza AC et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(3):649-659.
- Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1737-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW. *Medicina centrada na pessoa- transformando método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Tomizawa R, Yamano M, Osako M, Hirabayashi N, Oshima N, Sigeta M et al. Validation of a global scale to assess the quality of interprofessional teamwork in mental health settings. *J Ment Health*. 2017;26(6):502-509. DOI: 10.1080/09638237.2016.1207232.
- Valentini F, Damásio BF. Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016;32(2):1-7.
- Vargas ERA. *A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França (Tese)*. Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2016.
- Weller J et al. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014. DOI:10.1136/postgradmedj-2012-131168
- West MA, Anderson NR. Innovation in top management teams. *Journal of Applied psychology*. 1996;81(6):680-93.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-8145202000020070100001&lng=en

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A – Ficha Controle dos Questionários da Fase I



Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação



Nome	Categoria profissional	Unidade	ID da equipe	Recebeu o questionário e TCLE?	Data de Entrega	Data de devolução	Devolveu	
							Questionário	TCLE
1.				Sim () Não ()				
2.				Sim () Não ()				
3.				Sim () Não ()				
4.				Sim () Não ()				
5.				Sim () Não ()				
6.				Sim () Não ()				
7.				Sim () Não ()				
8.				Sim () Não ()				
9.				Sim () Não ()				
10				Sim () Não ()				

Apêndice B – Roteiro para observação sistemática

Dados da observação

Data:

Unidade hospitalar:

Descrição do ambiente:

Equipe presente durante a observação:

Hora de início:

Hora de término:

Roteiro de observação

- 1. Quais elementos gerenciais existem no cotidiano de trabalho nesta unidade?**
 - Estrutura da organização para tomada de decisão.
 - Tomada de decisões (quem participa).
 - Divisão do trabalho (por quem e como).
 - Objetivos estabelecidos.
 - Comunicação na equipe.

- 2. Quais características estão presentes no desenvolvimento do trabalho em equipe**
 - Participação e comunicação na equipe.
 - Apoio para ideias novas.
 - Objetivos da equipe.
 - Orientação para tarefas.
 - Participação do paciente/família.
 - Decisões sobre a assistência (quem toma as decisões e como).

- 3. Quais aspectos são identificados sobre participação do paciente?**
 - Participação do paciente.
 - Participação da família.
 - Relação equipe-paciente-família.
 - Valorização do conhecimento do paciente/família sobre a doença.
 - Respeito aos aspectos biopsicossocioculturais.
 - Integralidade da assistência.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada “Gestão do trabalho em equipe com atenção centrada no paciente no contexto hospitalar: um estudo de método misto” desenvolvida pela Enfa. Ms. Ana Clara Barreiros dos Santos, aluna de Doutorado no Programa de Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da Profa. Dra. Marina Peduzzi.

A **justificativa** do estudo é a existência da necessidade de buscar **uma melhor compreensão sobre o trabalho em equipe** interprofissional com atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares estudadas e suas relações com o modelo de gestão. A pesquisa tem como **Objetivo Geral**: analisar as relações entre trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar. O **Objetivo Geral da Etapa Quantitativa** é: descrever o clima de trabalho em equipe nas unidades hospitalares. Os **Objetivos Específicos da Etapa Quantitativa** são: validar a escala de clima de equipe, descrever a estrutura e composição das equipes interprofissionais do hospital estudado; identificar o clima de trabalho em equipe interprofissional nas unidades hospitalares; identificar agrupamentos de equipes interprofissionais com clima contrastante nas unidades hospitalares. O **Objetivo Geral da Etapa Qualitativa** é: compreender como se desenvolve o trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares estudadas e suas relações com o modelo de gestão. Os **Objetivos Específicos da Etapa Qualitativa** são: compreender a percepção dos gestores, profissionais e pacientes sobre o trabalho em equipe com atenção centrada no paciente nas unidades hospitalares estudadas; descrever interações e ações compartilhadas entre gestores, profissionais e pacientes no cotidiano do trabalho em equipe nas unidades hospitalares estudadas.

Os procedimentos que serão utilizados no estudo consistem em um desenho misto quantitativo-qualitativo sequencial, explanatório. Inicialmente, será realizado um mapeamento das equipes existentes nas unidades estudadas. **A coleta dos dados** será realizada em seu local de trabalho, localizado na Rua Direta do Saboeiro, s/n, Cabula, CEP: 41180-000, Salvador, BA, telefone (71) 311722864, e-mail

cep.hgrs@gmail.com, possivelmente no período de 15 de fevereiro de 2019 a julho de 2019, em duas fases, que ocorrerão em momentos diferentes: **a primeira**, quantitativa, por meio da aplicação de instrumento de medida de clima de trabalho em equipe; **a segunda**, qualitativa, será utilizada como instrumentos: observação direta sistemática com registro em caderno de campo. Em uma **terceira** etapa, os resultados da fase 1 e 2 serão integrados.

O benefício da pesquisa está em poder analisar as relações entre o modelo de gestão e trabalho em equipe para atenção centrada no paciente, no contexto hospitalar, que poderá trazer contribuições para gestores, trabalhadores e pacientes, no que se refere a uma prática voltada para as necessidades dos pacientes e das famílias e à conseqüente melhoria da qualidade da assistência. Não existirão **benefícios** financeiros quer seja para mim, como pesquisadora, ou para você, como colaborador da pesquisa. **Os riscos** envolvidos na pesquisa estão relacionados **à aplicação do questionário e da entrevista**, ao seu possível desconforto em responder as questões do questionário sobre clima de trabalho em equipe e da entrevista que também trata do trabalho em equipe e clima de equipe, **e na observação direta sistemática**, a possibilidade de sentir-se constrangido pela sensação de estar sendo observado.

Para reduzir os efeitos e as condições adversas que possam causar dano, uma cópia do projeto será encaminhada a cada unidade hospitalar estudada para que fique disponível para consulta de todos os profissionais, gerentes e pacientes interessados em conhecer o projeto e me colocarei à disposição para esclarecer todas as dúvidas que os envolvidos apresentarem. Além disso, a data e o horário para aplicação do questionário e para a realização da observação direta sistemática do trabalho executado na unidade e das interações entre os participantes serão combinados com o gerente de cada unidade e comunicadas com antecedência a todos os profissionais da unidade. A realização da entrevista individual será agendada previamente com você e deverá acontecer em seu turno de trabalho, de forma individualizada e num local reservado, para que se sinta à vontade em responder sobre o assunto. Caso haja desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local marcado, vamos propor remarcar para outra data e outro horário, com consentimento de ambas as partes. Caso não seja possível responder ao questionário no momento da entrega, serão marcados outra data e outro horário para recolher o instrumento pessoalmente.

Para minimizar os riscos especificamente da observação direta sistemática, comunico que, após prévia autorização de acesso fornecida pela instituição e pela unidade, estarei presente na unidade, inicialmente com o objetivo de conhecer o espaço físico e a rotina de trabalho das equipes estudadas e estabelecer um contato inicial com os participantes da pesquisa. Durante todo o período que for realizada a observação, eu me colocarei à disposição para esclarecer a cada participante os objetivos e os procedimentos da pesquisa, assegurar o completo sigilo e a preservação do anonimato de todos os participantes e estabelecer com eles uma relação de confiança e respeito. Estes esclarecimentos serão feitos buscando ser discreta, para causar o menor transtorno possível à unidade hospitalar estudada, tendo também em relação a esta o máximo possível de respeito como pesquisadora. Caso você tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, garantimos **seu ressarcimento** e sua indenização diante de eventuais danos causados pela pesquisa.

Em caso de concordância em participar da pesquisa **você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, que deverão ser rubricadas em todas as páginas e assinadas**. Você ficará com uma via do TCLE rubricada e assinada pela pesquisadora.

A principal pesquisadora é a Sra. Ana Clara Barreiros dos Santos. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. Estou à disposição para esclarecimentos na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), localizada na Avenida Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, CEP: 05403-000, São Paulo (SP), ou por meio dos meus contatos pessoais: celular (71) 99380-0400, e-mail ana_clara@usp.br.

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, fornecemos informações sobre a pesquisa para sua compreensão e possível participação, que será de forma voluntária, podendo você desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Os dados coletados e as informações pessoais são confidenciais e serão mantidos em total sigilo, para assegurar sua privacidade. Serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da referida Escola, localizado na Avenida Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, CEP: 05403-000, São Paulo (SP), telefone (11) 3061-8858, e-mail cepee@usp.br.

Os resultados da pesquisa serão encaminhados para o comitê de pesquisa da instituição que você atua, publicados em revistas, divulgados em eventos científicos e transformados em Tese de Doutorado. Caso aceite participar da pesquisa, convido a assinar este termo, sendo que uma via ficará em sua posse, enquanto a outra ficará com o pesquisador responsável.

Autorização

Eu, _____, **após leitura ou escuta da leitura deste termo**, declaro que tive a oportunidade de conversar com a pesquisadora sobre a pesquisa, esclareci todas as minhas dúvidas referentes à minha participação voluntária e estou consciente de que posso desistir de participar da pesquisa, bem como retirar esse Termo de Consentimento sem qualquer prejuízo ou penalidade. Estou ciente dos objetivos, da garantia do sigilo e do anonimato e de que tenho acesso a esclarecimentos sempre que desejar.

Declaro que, após leitura do termo e esclarecimento das minhas dúvidas, concordo em participar da pesquisa com assinatura de todas as páginas das duas vias do termo (uma que ficará em minha posse e outra com a pesquisadora responsável).

Salvador _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) voluntário (a) na pesquisa

Ana Clara Barreiros dos Santos – **Pesquisadora Responsável**

Contato: (71) 99380-0400

E-mail: ana_clara@usp.br

Marina Peduzzi – **Orientadora**

Contato: (11) 99913-9164

E-mail: marinape@usp.br

ANEXOS**Anexo 1 – Questionário**

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

**FASE I- QUESTIONÁRIO****1. Dados Sociodemográficos**

Nome: _____ Iniciais: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Cor: (1) Preta (2) Branco (3) Parda (4) Amarela

Identificador da Equipe (**não preencher este item**): _____

Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Outro:

2. Dados da Equipe

Profissão: (1) Enfermeiro (2) Técnico em Enfermagem (3) Auxiliar de Enfermagem
(4) Fisioterapeuta (5) Médico (6) Nutricionista (7) Fonoaudiólogo
(8) Terapeuta Ocupacional (9) Farmacêutico (10) Psicólogo (11) Assistente Social

Formação: (1) Graduação (2) Especialização (3) Aprimoramento (4) Residência
(5) Mestrado (6) Doutorado (7) Área: _____ (8)Outro _____

Ano de conclusão da Graduação/curso: _____

Tempo de experiência na profissão: _____anos _____meses

Setor onde trabalha: (1) UTI Adulto 1 (2) UTI Adulto 2 (3) UTI Cirúrgica (4) UAVC
(4) Clínica Médica 2C (6) Emergência Tempo de trabalho:

Na unidade: _____anos _____meses Na instituição: _____

_____anos _____meses Na equipe: _____anos _____

_____meses

Horário de Trabalho: (M) Manhã (T) tarde (SD) Serviço diurno (SN) Serviço noturno

Número de integrantes da equipe na qual está inserido(a) _

Número de pacientes por turno na unidade _

Número de pacientes que estão sob seu cuidado no turno de trabalho _

Frequência com a qual conversa com seu supervisor(a) da unidade sobre situações do paciente: diariamente () a cada 2 dias () uma vez por semana () uma vez por mês () Outro:

Frequência mensal com que sua equipe de trabalho se reúne para discutir os pacientes no seu turno de trabalho: Não se reúne () uma vez () Duas vezes () Três vezes () Outra ():

Número trocas que você realiza por mês: Uma () Duas () Três () Mais de três ()

ESCALA DE CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE

Parte 1 – Participação na equipe

Esta parte refere-se à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciamos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5

7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Ha muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

Parte 2 – Apoio para ideias novas

Esta parte trata das atitudes em relação às mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição de sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de novas ideias	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

Parte 3 – Objetivos da equipe

Esta parte do questionário refere-se aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações referem-se à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

	De nenhum modo		Um tanto			Completamente	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acredita que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros de sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

Parte 4 – Orientação para as tarefas

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descreve sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 2 - Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) – Envolvimento do Paciente

Os membros da equipe incentivam pacientes/clientes a participarem ativamente das decisões sobre o tratamento e o cuidado prestado. Marque com um X o item que mais se adequa à sua resposta para cada pergunta.

	Discordo Totalmente	Discordo em grande parte	Discordo pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo em grande parte	Concordo totalmente
1. Os membros da equipe encorajam pacientes/clientes a participarem ativamente das decisões sobre o tratamento e o cuidado?							
2. Os membros da equipe têm contato pessoal com os pacientes/clientes assistidos pela equipe?							
3. Informações relevantes para o planejamento dos cuidados são compartilhadas com o paciente/cliente?							
4. O paciente/cliente é considerado um membro de sua equipe de saúde?							
5. A família e aqueles que dão apoio aos clientes/pacientes são incluídos nos planos de cuidados, quando solicitados pelo paciente?							

Anexo 3 – Autorização da instituição coparticipante



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SESAB – SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
HGRS – HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS



SECRETARIA DA SAÚDE
BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

Salvador, 25 de abril de 2018

Autorização da Instituição Coparticipante

Prezadas,
Profª Ms. Ana clara Barreiros dos Santos Lima- pesquisadora responsável
Profª Drª Marina Peduzzi - Orientadora

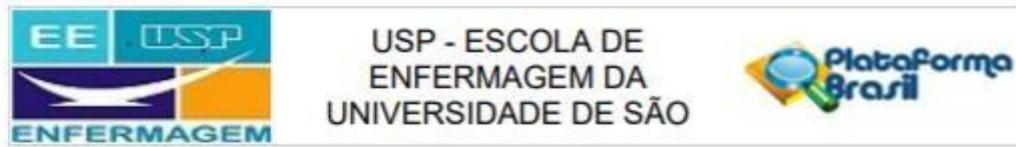
Autorizo a realização da pesquisa de doutorado vinculada ao programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo intitulada: **GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO**, a ser realizada no município de Salvador, em quatro unidades assistenciais (clínica médica, emergência, UTI e centro cirúrgico) do Hospital Geral Roberto Santos. A metodologia será realizada conforme descrição no projeto de pesquisa encaminhado. A pesquisadora se compromete a só iniciar a coleta após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a devolver os resultados da pesquisa à instituição e respeitar os preceitos éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,



José Admirço Lima Filho
Diretor Geral/HGRS
Cad. 19.616.601-5

Dr. José Admirço Lima Filho
Diretor Geral/HGRS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Pesquisador: Ana Clara Barreiros dos Santos Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90522418.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.146

Apresentação do Projeto:

Projeto de Doutorado, tem como questionamento central "Quais as relações existentes entre trabalho em equipe Interprofissional com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar?". Utilizará método misto (quanti-quali), busca responder como questão na abordagem quantitativa "Qual é o clima de trabalho em equipe nas unidades hospitalares?" e qualitativa "Como o trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente está relacionado ao modelo de gestão no contexto hospitalar?". Será realizado em um hospital de grande porte de Salvador-BA, numa primeira fase (quanti) terá entrevista com diferentes profissionais de saúde da assistência e da gestão, a segunda fase (quali) fará observação participante das atividades de assistência realizadas pelos profissionais de saúde com os pacientes

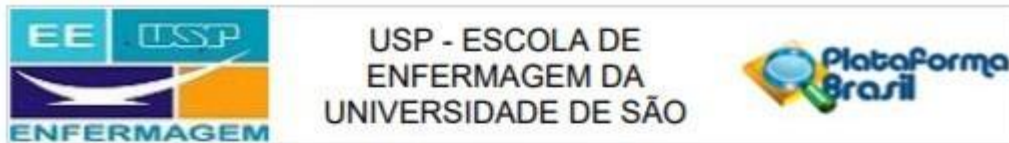
Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar as relações entre trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar.

Específicos: Descrever o clima de trabalho em equipe nas unidades hospitalares; descrever a estrutura e composição das equipes interprofissionais do hospital estudado; Identificar o clima de trabalho em equipe interprofissional nas unidades hospitalares; Identificar agrupamentos de equipes interprofissionais com clima contrastante nas unidades hospitalares e Compreender como se desenvolve o trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente nas

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Anexo 4 – Autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



Continuação do Parecer: 2.759.146

unidades hospitalares estudadas e suas relações com o modelo de gestão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram indicados os riscos no projeto constrangimentos que podem ocorrer nas entrevistas e na observação participativa (pacientes, trabalhadores da saúde). Para minimizar estas situações, a pesquisadora reafirma o caráter anônimo e confidencial com que tratará todas as etapas do projeto, coloca-se quanto a sua disponibilidade na explicação do projeto, esclarecimento das dúvidas que por ventura possam ocorrer, coloca-se a disposição em todas as fases do projeto à equipe e gerência. Como benefício indica que os resultados poderão trazer contribuições para gestores, trabalhadores e pacientes no que se refere a uma prática voltada para as necessidades dos pacientes e famílias e conseqüente melhoria da qualidade da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de tema relevante, com perguntas e objetivos pertinentes sobre as relações existentes entre o trabalho em equipe interprofissional no hospital.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Autorização de coparticipante e TCLE. O TCLE foi ajustado após pendências, de tal forma, considera-se que estão presentes seus elementos essenciais.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Reapresentou o TCLE e informações sobre o projeto respondendo as pendências indicadas anteriormente.

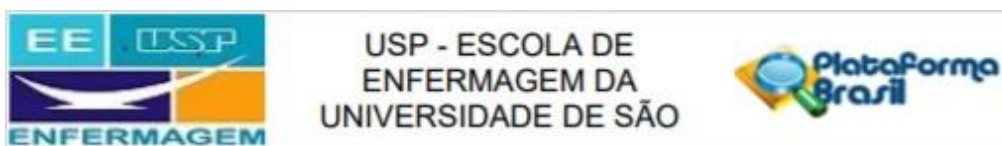
Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	19/06/2018		Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 2.759.146

Básicas do Projeto	ETO_1121774.pdf	12:53:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Clara.pdf	19/06/2018 12:47:04	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_Clara.docx	19/06/2018 12:38:25	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_coparticipante.pdf	29/05/2018 11:00:20	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Ana_Clara.pdf	28/05/2018 17:24:25	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
 (Coordenador)

Anexo 5 – Aprovação do Comitê de Ética da instituição



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE COM ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Pesquisador: Ana Clara Barreiros dos Santos Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90522418.0.3002.5028

Instituição Proponente: Hospital Geral Roberto Santos - BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.940.087

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem um desenho misto quantitativo e qualitativo, sequencial, explanatório. As duas fases ocorrerão em momentos diferentes: o primeiro quantitativo realizado através da aplicação de instrumentos de medida de clima de trabalho em equipe, o segundo qualitativo, no qual serão utilizadas observação participante e entrevista semiestruturada, e uma terceira etapa onde os resultados da primeira e segunda fase serão integrados.

Inicialmente, será realizada uma fase de reconhecimento do campo de pesquisa com o objetivo de identificar as equipes interprofissionais existentes no hospital e definir a amostra a ser estudada na primeira fase. Para identificar as equipes existentes utilizaremos uma ficha que inclui dados da instituição: número de leitos e características da(s) equipe(s) que atua (s) na unidade, perfil de atendimento na unidade, quantitativo de profissionais por período e número de internações/mês. Farão parte do estudo na etapa qualitativa os gestores do colegiado (geral, de enfermagem e médica), gestores de unidades (supervisores diretos das equipes), profissionais das equipes interprofissionais identificadas na fase de reconhecimento do campo de pesquisa e pacientes que estejam sendo cuidados por essa equipe nas unidades hospitalares estudadas.

A SEGUNDA FASE DO ESTUDO, trata-se de um estudo qualitativo descritivo que busca aprofundar a compreensão das relações dinâmicas entre os membros da equipe e a prática dos gestores, observando suas interações e a relação com paciente, família na busca de uma atenção centrada no paciente. Nesta fase os participantes serão os membros das equipes identificadas e agrupadas

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 2.940.087

na primeira fase com escores de clima contrastantes (mais alto e mais baixo), gestores do colegiado (geral, de enfermagem e médica), supervisores das equipes, profissionais e pacientes das unidades estudadas onde estão inseridas as equipes com clima contrastantes

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as relações entre trabalho em equipe interprofissional com atenção centrada no paciente e modelo de gestão, no contexto hospitalar;

Descrever o clima de trabalho em equipe nas unidades hospitalares

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos relacionadas ao desconforto na obtenção das informações e na exposição de problemas estruturais da instituição envolvida e para minimiza-los, devem ser implementadas medidas de contenção desses riscos.

Pode trazer o benefício de se conhecer fatores que influenciem no processo de trabalho, no clima organizacional e por conseguinte na qualidade do trabalho e do serviço de saúde oferecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo já APROVADO por outro CEP que veio por meio deste protocolo solicita inclusão do campo de coleta no estudo;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide lista de inadequações e pendências;

Recomendações:

Vide lista de inadequações e pendências;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto, entendendo que o mesmo encontra-se em consonância com os princípios da bioética e da resolução n. 466/12 do CNS/CONEP, consideramos o protocolo APROVADO;

Considerações Finais a critério do CEP:

Elaborar estratégias de divulgação dos resultados da pesquisa para a comunidade da instituição onde a mesma está sendo realizada;

Enviar relatório parciais e final da pesquisa de acordo recomendação do CONEP;

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº

Bairro: Estrada do Saboeiro

CEP: 41.180-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-7519

Fax: (71)3387-3429

E-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 2.940.087

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ana_Clara.pdf	19/06/2018 12:47:04	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_Clara.docx	19/06/2018 12:38:25	Ana Clara Barreiros dos Santos Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 04 de Outubro de 2018

Assinado por:
Jorge Luis Motta dos Anjos
(Coordenador(a))