



Humanização em Saúde: Relação Entre os Profissionais de Saúde

Humanization in Health: Relationship Between Health Professionals

Karina Maia da Silva¹
Natália Fechus Monteiro²
José Henrique Pereira Pinto³

1. Médica Especialista em Pediatria.
2. Acadêmica do 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá.
3. Médico. Especialista em Imunologia e Alergologia. Professor da disciplina de Imunologia e Alergologia.

Trabalho realizado no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI)

Fonte de auxílio FMI/FAPEMIG/PDIC

Autores declaram não haver conflito de interesse

Recebido em: abril de 2016

Aceito em: junho de 2016

Correspondência:

Natália Fechus Monteiro

Rua: Agostinho Andery, 989. Bairro Árvore Grande – Pouso Alegre, MG

Tel: (35) 99115-3471

E-mail: nafechus@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: Caracterizar o nível de satisfação dos profissionais de saúde frente ao relacionamento interprofissional em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa embasada no relato dos próprios membros da equipe. As entrevistas foram gravadas e, após transcrição, estudadas com base no referencial da análise de conteúdo em sua vertente temática. O referencial teórico articulou contribuições da Política Nacional de Humanização (PNH, 2003). **Resultados:** Observou-se ineficiência da comunicação entre os profissionais, pouca abrangência do tema de PNH, além de discórdias entre os profissionais. **Conclusão:** A relação entre os profissionais de saúde que trabalham na instituição em que a pesquisa foi realizada não satisfaz seus membros, pois quase a totalidade ressalta principalmente a ausência de comunicação, item dito essencial para uma relação interprofissional de qualidade.

Palavras-chave: Relação Profissional, Humanização da Assistência Hospitalar, Atendimento em Equipe.

ABSTRACT

Objective: To characterize the satisfaction level of Health Professionals Front interprofessional relationship in a Hospital School in southern Minas Gerais. **Materials and Methods:** Qualitative research based on the reporting of the team own members. The interviews were recorded and, after transcription, they were studied based on content analysis of reference in its thematic aspect. The theoretical framework articulated contributions of the National Humanization Policy (PNH 2003). **Results:** Inefficiency of communication between professionals, the limited scope of the topic of PNH with the workers, and disagreement between professionals were observed. **Conclusion:** The relationship between health professionals working in the institution where the research was carried out does not satisfy its members, since almost all of them highlight the lack of communication, which they consider an essential item for an inter-relationship quality.

Keywords: Professional Corporation, Humanization of Healthcare, Health Care Team

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, as conquistas se deram por descobertas de agentes patogênicos, fisiopatologia das doenças, medicamentos e meios diagnósticos cada vez mais sofisticados,¹⁻³ mas a maior conquista – ainda almejada – está relacionada à pessoa humana. Mais importante que pesquisar a doença do paciente, é estabelecer a saúde em seu sentido amplo de bem-estar físico, mental e social. A Humanização é a melhor proposta para garantir ao paciente o que lhe é de direito, não só como cliente da saúde, mas também como ser humano. Com base nesta proposta é essencial uma interação eficaz entre os profissionais de saúde e o paciente.

O resultado de restabelecimento da saúde ou de um simples, mas de grande valor, ato de cuidar é dependente da somatória de vários fatores humanos e estruturais. Nos fatores humanos tem-se a relação de todos os sujeitos envolvidos: gestores, trabalhadores da saúde e usuários.^{1,2,4} Dentro dos fatores estruturais se encontram as condições técnicas e materiais, as quais, sendo de qualidade, podem garantir resolubilidade ao sistema de saúde.²

O trabalhador da saúde se apresenta em uma condição específica de relação humana, pois suas atividades apresentam constante envolvimento com

a dor e com o sofrimento.^{1,5} Essas condições colocam o profissional frente a sentimentos de conflitos, frustrações e medo de cometer erros.^{1-3,5} Outras situações adversas que atingem os profissionais de saúde são as de um trabalhador quase sempre mal remunerado, com sobrecarga de demanda e jornada de trabalho em vários turnos, pouco investimento em sua qualificação e uma formação distante do debate e da formulação da política pública de saúde.^{1,3,6,7}

São observadas diversas falhas tanto na relação entre membros da equipe quanto entre a equipe e o paciente. Ao se analisar o risco ocasionado pela má comunicação da equipe, vê-se o preconceito com os demais integrantes – por motivos sociais, culturais e profissionais –, o autoritarismo, a desaprovação de sugestões de outros colegas da equipe e divergências de condutas.^{1,6-9} Já a relação equipe-paciente é abalada pelo linguajar impessoal, focado em termos médicos, pela omissão de certos fatos à família e ao paciente, e pela frieza com que o paciente é tratado.⁵

O ideal de um processo humanizado, em que os trabalhadores integrantes de uma equipe multiprofissional interagiriam de maneira dinâmica, é muitas vezes marcado por um individualismo e uma divisão técnica hierarquizada com relações verticais.^{1,6} Segundo consta no Código de Ética Médica, as relações do

médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.¹⁰ As consequências desse tipo de relacionamento afetam diretamente os profissionais envolvidos e, indiretamente, a produtividade e a qualidade da assistência.

Com o intuito de humanizar as práticas em saúde, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), que define humanização como “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. Além disso, propõe a valorização dos trabalhadores por meio de sua capacitação profissional e a instrução de trabalho em equipe.^{1-5,11}

Uma reorientação na formação de profissionais de saúde foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação: foram elaborados o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) e a residência Multiprofissional. Desde 2006, universidades federais têm se empenhado na implantação de Educação Interprofissional (EIP) a fim de melhorar

a colaboração e a qualidade dos cuidados.¹²⁻¹⁶

É essencial personalizar o relacionamento entre os profissionais, atentar para as opiniões como forma de respeito ao próximo, estimular a participação dos trabalhadores no processo de humanização por meio de sugestões e questionamentos, permitindo que as relações se deem de forma a minimizar as tensões diárias.^{3,6,17,18} Estes procedimentos poderão proporcionar aos profissionais uma melhor visão da importância de cada um dentro da equipe, melhorando seu desempenho pessoal e institucional, além dos resultados em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento e gerenciamento de problemas.

Pesquisas demonstram que um trabalho humanizado melhora o ambiente hospitalar, diminui o tempo de internação, aumenta o bem-estar tanto dos pacientes quanto dos funcionários, o que culmina na redução das faltas ao trabalho e redução dos gastos hospitalares.^{1,2,19,20} Um trabalho em equipe de boa qualidade traz benefícios para a saúde mental de seus membros e facilita a continuidade de um trabalho interacional.¹⁸

Ao se considerar que a interação entre os profissionais de saúde de forma harmoniosa e humanizada é essencial para o alcance da promoção da saúde,^{9,19} o objetivo deste trabalho foi

caracterizar o nível de satisfação dos profissionais de saúde frente ao relacionamento interprofissional em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT) conforme o Parecer nº 073/11.

O perfil da relação entre os profissionais de saúde de um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais/Brasil foi traçado a partir de dados de uma pesquisa com base em uma análise qualitativa. A pesquisa foi feita através de um questionário contendo as variáveis dos sujeitos, seguido de uma entrevista semiestruturada, conforme segue:

- Variáveis dos sujeitos:
 1. Idade
 2. Sexo
 3. Escolaridade
 4. Profissão
 5. Número de vínculos empregatícios
- Questionário da entrevista semiestruturada:
 1. Você acha que falta comunicação entre os profissionais de saúde?
 2. A que se deve esta falta de comunicação entre os profissionais de saúde?
 3. Alguma vez, houve desentendimento entre você e algum outro profissional de saúde?
 4. Quais os motivos de discórdia entre os profissionais de saúde?
 5. Os demais profissionais de saúde respeitam o seu trabalho?

6. Como deve ser a relação entre os profissionais de saúde para que esta possa trazer benefício ao paciente?
7. Você tem participado de cursos de atualização profissional? O tema “Relação Multiprofissional” tem sido discutido nestes cursos?
8. O que você entende por “Humanização do SUS”?
9. O que você sugere para que haja melhora na comunicação entre os profissionais de saúde?

Os sujeitos que faziam parte do quadro de funcionários do Hospital Escola do Sul de Minas Gerais (HESMG) foram agrupados por categoria de atuação e, por ordem de sorteio, convidados a participar da pesquisa. O sujeito foi abordado e a ele foi apresentado o tema desta pesquisa. Ao se interessar em participar, foi proposto ao sujeito que ele decidisse o local e horário em que a entrevista pudesse ser realizada. O entrevistado foi informado de que a entrevista seria gravada para posteriores documentação e transcrição, e, após o esclarecimento e obtenção do Termo de Consentimento devidamente assinado, o estudo foi iniciado. As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2012.

Para diminuir as possibilidades de interferência externa nas respostas, garantir o sigilo e maior conforto dos entrevistados, a entrevista foi feita em um ambiente reservado, com a porta fechada. O entrevistador procurou esclarecer ao

participante que seu questionário e sua entrevista não seriam relacionados com sua pessoa, que seria garantido sigilo e que a pesquisa não possuía nenhum vínculo com o HESMG – sendo assim, ele não seria de forma nenhuma prejudicado, independente do que dissesse. O entrevistador evitou interromper o depoimento do entrevistado e/ou influenciar respostas.

Para delimitar a amostra em uma pesquisa qualitativa, que não pode ser determinada *a priori*, foi utilizado o método de saturação, pelo qual a pesquisa é encerrada no momento em que há reincidência de informações.²¹ Foi feita a transcrição dos depoimentos gravados após a obtenção das falas dos sujeitos, procedendo-se, então, a análise por meio da metodologia da análise categorial temática, proposta por Bardin.²²

Os discursos foram lidos e o conjunto dos problemas apontados formou uma grade temática de análise para a leitura transversal de todos os depoimentos, ou seja, cada relato foi relido com o objetivo de recortá-lo e

categorizá-lo em cada tema-objeto listado.

RESULTADOS

Foram entrevistados 28 profissionais: 6 médicos (21,42%), 2 enfermeiros (7,14%), 9 técnicos de enfermagem (32,14%), 2 auxiliares de enfermagem (7,14%), 1 fonoaudiólogo (3,57%), 3 nutricionistas (10,71%), 2 fisioterapeutas (7,14%), 2 técnicos de radiologia (7,14%) e 1 psicólogo (3,57%).

De acordo com os dados das variáveis dos sujeitos, a idade média dos entrevistados foi de 32,7 anos, sendo a mínima de 23 e a máxima de 53 anos de idade. Dos indivíduos, 75% foram do sexo feminino. Com relação à escolaridade, 50% fizeram ensino superior; e dentre os demais 50%, 79% fizeram ensino médio completo mais curso técnico, 14% completaram o ensino médio e 7% não completaram ensino médio. A média de vínculo empregatício foi de 2,0 enquanto a variação foi de 1 a 5 vínculos empregatícios.

Os entrevistados foram questionados sobre a falta de comunicação entre os profissionais de saúde. (Figura 1)



Figura 1 - A figura mostra as respostas, em porcentagem, obtidas em relação à primeira pergunta do questionário utilizado na pesquisa: "Você acha que falta comunicação entre os profissionais de saúde?".

Dos entrevistados que disseram que há falta de comunicação, 28% das respostas corresponderam à falta de compartilhamento de informações sobre o paciente, seja em relação à condição clínica do paciente, seja em relação a alguma conduta. A falha de comunicação escrita também foi mencionada em 11% das entrevistas, individualismo em 11%, divergência de conduta em 11% e falta de interação entre os profissionais em 11%. Uma porcentagem de 6% relacionou a falta de comunicação à falta de educação. A falta de comunicação teve como causa

relatada a sobrecarga de trabalho (5%) e a falta de estabelecimento da função de cada profissional (5%). Foi observado que 6% dos profissionais apontaram que a falha na comunicação pode se dar pela falta de relação pessoal, e outros 6% dos entrevistados sugeriram que a maior falta de comunicação seja entre técnicos de enfermagem e médicos.

No gráfico 2, podemos observar quantos profissionais já haviam tido desentendimento com algum outro profissional. (Figura 2)

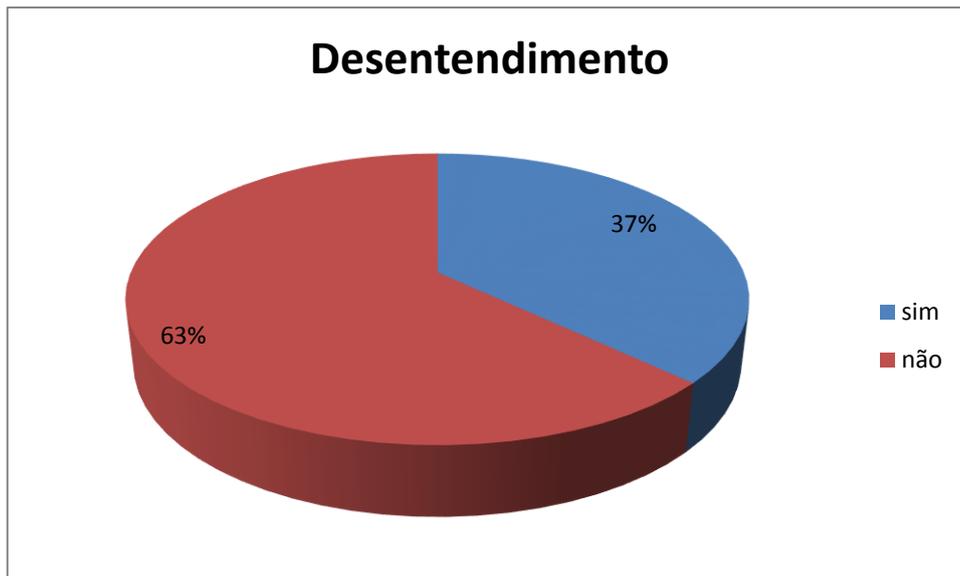


Figura 2 - A figura mostra as respostas, em porcentagem, obtidas em relação à terceira pergunta do questionário utilizado na pesquisa: “Algumas vez, houve desentendimento entre você e algum outro profissional?”.

Os motivos de discórdia entre os profissionais puderam ser agrupados em 5 grupos, sendo que os motivos mais citados foram divergência de conduta e

motivos pessoais. (Figura 3). Os principais profissionais envolvidos nos desentendimentos foram médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

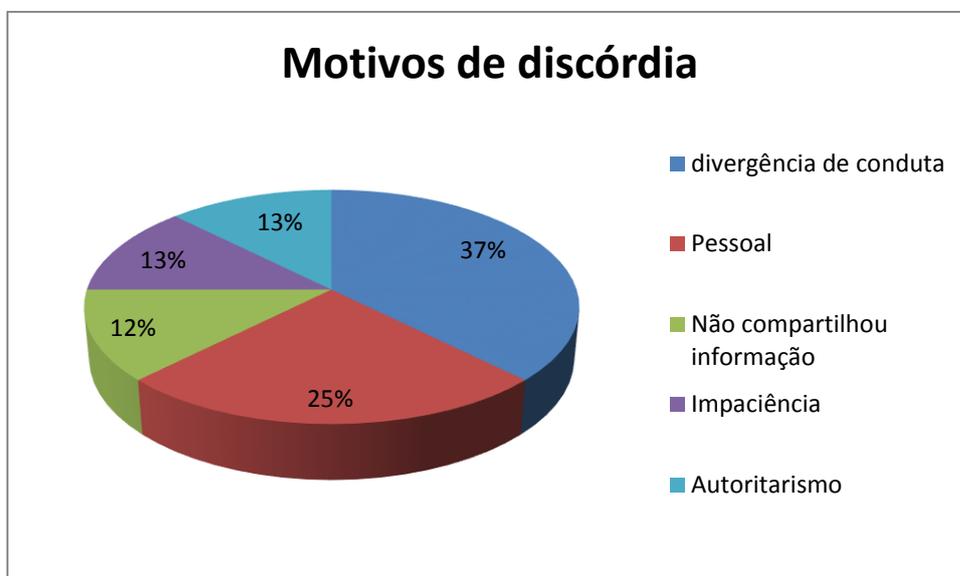


Figura 3 - A figura mostra as respostas, em porcentagem, obtidas em relação à quarta pergunta do questionário utilizado na pesquisa: “Quais são os motivos de discórdia entre os profissionais?”.

A maioria dos entrevistados disse que os demais profissionais

respeitam o seu trabalho. (Figura 4) Dos que não compartilharam tal opinião, o

motivo pelo qual eles se consideraram desrespeitados foi o não

compartilhamento de informação, não valorização do seu trabalho ou inveja.

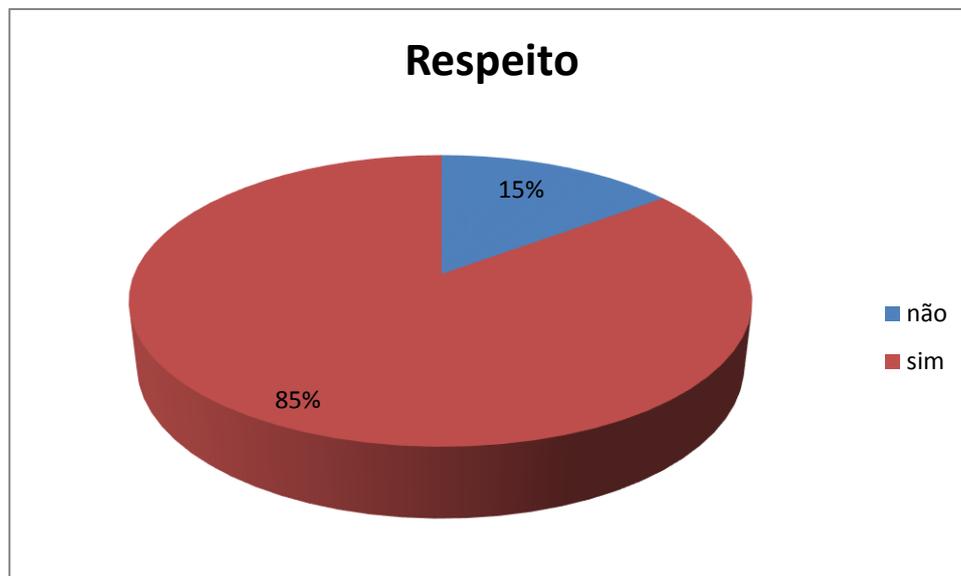


Figura 4 - A figura mostra as respostas, em porcentagem, obtidas em relação à quinta pergunta do questionário utilizado na pesquisa: “Os demais profissionais de saúde respeitam o seu trabalho?”.

A maneira pela qual os profissionais agiriam entre si para trazer um benefício direto ao paciente seria através do compartilhamento de informações. Uma parcela dos entrevistados sugeriu a realização de reuniões multiprofissionais. Atenção ao paciente e/ou à família correspondeu a grande parte das respostas, assim como diminuição da sobrecarga de trabalho – que promoveria melhor interação entre os profissionais e estabelecimento da função de cada profissional dentro da equipe.

Dos 28 entrevistados, apenas 1 indivíduo não havia participado de curso de atualização profissional. Dos 27 que participaram, 81% relataram que nesses cursos o tema “relação multiprofissional” estava presente, enquanto em 19% o tema não foi abordado.

Os entrevistados também foram questionados sobre o tema "Humanização do SUS": este foi conceituado, por 26% dos entrevistados, como a atenção dada ao paciente e a família dele. 16% dos profissionais disseram que o tema relaciona-se com o tratamento igualitário e outros 16% com melhoria na infraestrutura. 7% associaram o tema à interação em equipe e outros 7% não tinham opinião formada sobre o assunto. Educação continuada (6%), diminuição da sobrecarga de trabalho (3%), melhora da remuneração (3%) e divisão do conhecimento (3%) foram itens apontados como importantes no processo de humanização do SUS. Os demais entrevistados uniram o tema ao atendimento de qualidade (3%), respeito (7%) e relação pessoal (3%).

Os profissionais foram convidados a sugerir uma forma de melhorar a comunicação entre os

membros da equipe. As propostas encontram-se na figura abaixo. (Figura 5)

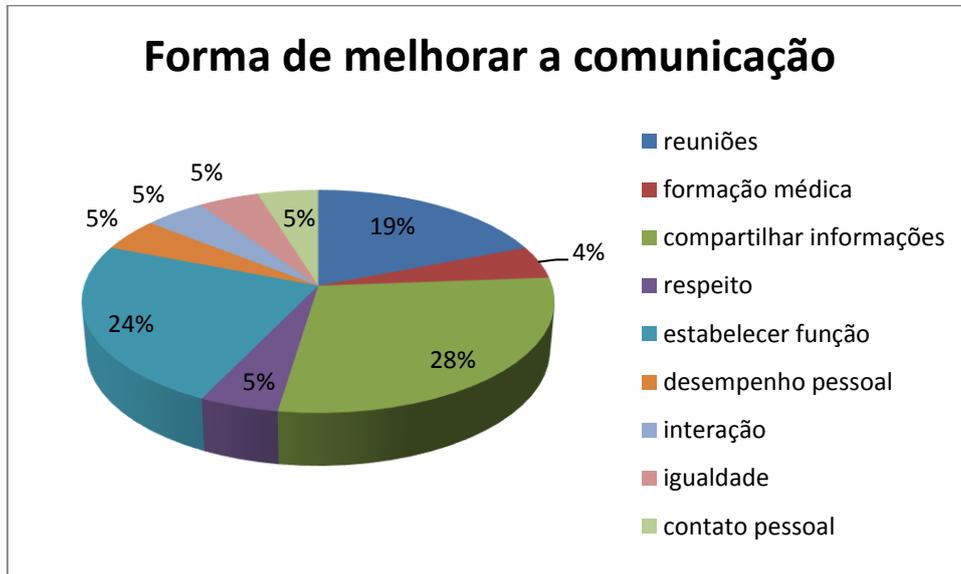


Figura 5 - A figura mostra as respostas, em porcentagem, obtidas em relação à nona pergunta do questionário utilizado na pesquisa: “O que você sugere para que haja melhora na comunicação entre os profissionais de saúde?”.

DISCUSSÃO

Foi encontrada, na amostra, uma população de trabalhadores jovens e formada majoritariamente pelo sexo feminino, o mesmo perfil encontrado em trabalhadores da atenção básica do sul e nordeste brasileiro.^{23,24} O nível de escolaridade reflete a categoria profissional entrevistada.

A quantidade de vínculo empregatício variou de 1 a 5, sendo a média de 2,0 locais de trabalho/trabalhador – este número representa 20% dos trabalhadores do Hospital, o que não condiz com a porcentagem encontrada na literatura (50%). Pode-se também observar que a

maior quantidade de vínculo empregatício esteve correlacionada aos profissionais que possuíam ensino superior.²⁵

Em relação à análise qualitativa dos discursos, a grande proporção de indivíduos disseram que há falha na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, independente do setor de trabalho, põe em risco uma das bases que sustentam o trabalho em equipe, pois a partir da linguagem são concretizadas ações no trabalho em saúde – o que pode trazer repercussões positivas ou negativas ao paciente. A falha na comunicação escrita pode ser exemplificada no discurso abaixo:

"a comunicação... ela deixa a desejar, especialmente a comunicação escrita. Muitas vezes, as prescrições não são claras, a letra não é legível, não fica claro a dosagem, não fica claro a via..."

A ilegitimidade da linguagem escrita de uma conduta em saúde também fere o Código de Ética Médica (capítulo III, Art. 11).²⁶ Em meio a tanta intolerância por parte dos clientes dos serviços de saúde, que algumas vezes procuram detalhes para abrirem processos médicos, seria prudente que os profissionais se poupassem destes inconvenientes, tomando atitudes simples e passíveis de alternativa.

O trabalho em equipe na área da saúde se refere a um conjunto de profissionais em uma mesma organização que compartilha o mesmo espaço físico e a mesma clientela. Segundo Peduzzi, o trabalho em equipe é considerado como uma modalidade de trabalho coletivo baseado em uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos profissionais e a interação entre eles, e é por meio da comunicação que se dá a conexão entre os profissionais.²⁷ Ao contrário do que seria considerado trabalho em equipe, segundo a autora, uma relação de individualismo é citado como empecilho para uma boa comunicação entre os profissionais:

"eu acho que, muitas vezes, a gente não divide, né? tipo o acompanhamento com o paciente, as intervenções que estão sendo feitas (...), muitas vezes o

profissional acha que sozinho dá conta de fazer, mais individualista, não precisa da equipe..."

Não há dúvidas de que há diferenças importantes entre o trabalho coletivo e o trabalho em equipe: no trabalho coletivo, cada categoria profissional realiza parte da assistência e do cuidado individualmente, condutas que muitas vezes reforçam o atendimento fragmentado ao paciente; já no trabalho em equipe, além do trabalho coletivo, o trabalho pode ser recomposto em abordagens especializadas direcionadas à atenção integral à saúde.²⁸ Pode ser observado, entretanto, que o trabalho ainda é executado no modelo de trabalho coletivo. A introdução do conceito de trabalho em equipe pode minimizar os descontentamentos, representados por discursos enquadrados na expressão "divergência de conduta" para uns:

"Tem alguns locais que há essa inter-relação, mas na maioria não tem (...) principalmente com relação à conduta, às vezes, a gente toma uma conduta, a enfermeira toma outra, então eu acho que a interação pra poder ter uma conduta única... isso faz falta."

E como "falta de interação" para outros:

"Porque a maioria dos profissionais trabalha nas suas áreas, e falta uma integração entre as áreas, que tem que ser mais incentivado entre os profissionais da área médica."

Ainda segundo Peduzzi,²⁷ a comunicação pode ser feita de três

formas: a comunicação como instrumentalização da técnica, a comunicação estritamente pessoal – na qual a boa relação interpessoal se dá independente da relação hierárquica de subordinação – e a comunicação intrínseca ao trabalho em equipe. Nesta, os membros da equipe elaboram uma linguagem comum, objetivos comuns, propostas comuns, ou seja, um modelo assistencial comum. A autora também destaca dois caracteres da comunicação: o agir-instrumental e o agir-comunicativo. No agir-instrumental, a ação é voltada a um objetivo pré-estabelecido; no agir-comunicativo, há a busca do entendimento e reconhecimento recíprocos.

Como mais da metade dos entrevistados disse já ter tido desentendimento com outro profissional e que os principais motivos podem ser analisados seguindo o raciocínio anteriormente construído, a divergência de conduta se enquadra no modelo de comunicação como instrumentalização da técnica, em que cada profissional toma sua conduta segundo sua especialização e área de atuação, sem criar uma linguagem comum. Desta forma, o paciente é abordado por partes:

“você vê que aquele paciente naquela situação precisaria de mais, mais alguma coisa, precisaria de mais um atendimento especial e muitas vezes você vê que o colega não aceitava, então acabou gerando atrito.”

O segundo motivo seria o desentendimento por questões pessoais. O fato de termos encontrado, na pesquisa, desentendimentos vindos de questões pessoais pode alertar-nos de que uma relação estritamente pessoal pode prejudicar o processo participativo, gerar reflexos nas intervenções, e conseqüentemente, comprometer o estabelecimento do trabalho em equipe.

Um terceiro motivo a ser exemplificado é o autoritarismo. Neste caso, a equipe possui um líder que elabora sua própria linguagem e a predetermina aos demais, o que contraria o ideal de uma comunicação própria para um trabalho em equipe:

“O médico pede exame que você não pode fazer porque a instituição te restringiu. Daí a gente leva ao conhecimento do médico e ele diz: não interessa, eu sou médico e eu que mando, então você tem que fazer porque eu tô mandando.”

Apesar de a maior parte dos entrevistados dizerem que os outros profissionais respeitam o trabalho deles, alguns ainda se referiram à falta de respeito com membros da equipe:

“Os médicos sempre têm uma restrição, né? Mas do contrário até que são bem... uma boa parte deles respeita. Às vezes a gente chama o médico, passa alguma coisa que tá acontecendo com o paciente e eles não acreditam, não dão muita bola pro assunto, né?”

Este tratamento desigual demonstra que as diferenças técnicas entre as áreas de atuação dos

profissionais instalam relações assimétricas, comuns nos valores biomédicos, que tendem a hierarquizar este sistema. De forma contraditória, mesmo com estes desencontros, mais da metade dos entrevistados se sentem respeitados em seus trabalhos.

Quando questionados sobre como deveria ser a relação entre os profissionais para que isso pudesse beneficiar o paciente, em 20% dos casos a resposta envolvia uma “melhora em recursos dispensados pela instituição”, que seria otimizar a remuneração e diminuir a sobrecarga de trabalho.

Para Peduzzi,^{27,28} os benefícios do trabalho em equipe vão além das questões financeiras: abrange acesso e promoção à saúde, que é a visão biopsicossocial do paciente e seu estado de saúde-doença: O trabalho em equipe não tem sua origem apenas no caráter de racionalização dos recursos gastos na assistência médica – no sentido de garantir melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso à cobertura da população atendida – mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença.²⁸

Os meios pelos quais os profissionais veem uma forma de

melhorar o atendimento ao paciente, de forma indireta, entre os próprios profissionais são: garantir uma melhor interação entre os membros da equipe – cada um conhecendo o campo de atuação de cada categoria profissional –, promover reuniões, estabelecer uma relação pessoal, melhorar a comunicação, valorizar o serviço do próximo, compartilhar informações e respeitar um ao outro.

Ao se atuar de forma direta no atendimento ao paciente, um benefício a ser alcançado seria proporcionar mais atenção ao paciente, o que pode ser prejudicado pela falta de recursos humanos e desestimulação dos profissionais, fato observado pela maioria dos entrevistados da pesquisa de Oliveira et. al.²⁹

Uma citação importante é a de que os objetivos dos profissionais de saúde – que estão lidando com um ser em uma condição fragilizada de doença ou a possibilidade desta – são o cuidado, a atenção e, quando possível, a cura. Esses objetivos devem ser explorados e trabalhados desde a formação dos profissionais:

“Eu acho que é questão da pessoa ser isso desde a faculdade, de interagir com os profissionais, né? O médico hoje já se forma querendo achar que é o máximo, sabe tudo, não precisa de ninguém... e não é assim: ele precisa sim da enfermeira, do técnico de enfermagem, da fisioterapeuta, da nutricionista, da dentista, de tudo, pra que o resultado dele seja o melhor possível para o paciente.”

Ao se investigar o contato com os temas “relação em equipe” e “equipe multiprofissional” em cursos de atualização profissional, os entrevistados relataram que estes têm sido abordados na maioria dos cursos, porém não foi possível identificarmos, nos relatos, a causa dessa imobilização em busca das mudanças necessárias para um bom trabalho em equipe.

De acordo com os entrevistados, os três principais elementos necessários para que ocorra a humanização do SUS são: igualdade, atenção ao paciente e/ou à sua família e melhora na infraestrutura.

É sabido que a “Igualdade” é um conceito que se enquadra nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Outras definições importantes são equidade, integralidade e universalidade, princípios estes que regem a atenção à saúde do usuário. A “atenção ao paciente e à sua família” é não só o segundo item mais relatado como fundamental para um bom atendimento médico, mas também a expressão que melhor representa o termo “relação médico-paciente” para pacientes entrevistados em uma Unidade Básica de Saúde.³⁰

Os entrevistados foram convidados a sugerir ações para melhora da comunicação entre os profissionais: o item mais sugerido foi o compartilhamento de informação, o segundo foi o estabelecimento da função

dos profissionais e o terceiro foi a promoção de reuniões.

Os sujeitos ainda citaram o estabelecimento da função das categorias profissionais não só como meio para melhorar a comunicação entre os membros da equipe, mas também para se alcançar um benefício para o paciente, porém essa organização do cuidado acaba por contrariar a diretriz da integralidade, na qual o cuidado integral se dá a partir da complementaridade e interdependência das ações.^{31,32}

“cada um fica com uma área que domina mais, né? Então, por exemplo, a parte de ventilação mecânica, o pessoal da fisioterapia domina muito mais do que a gente. A gente também tem essa noção, mas eles – como trabalham mais diretamente – (...) então a gente dividiria assim as funções, né? Mas sem deixar de estar comunicando um com o outro.”

“saber o que que é pertinente a uma categoria, o que é pertinente a outra... facilitaria muito a comunicação. Conhecer o trabalho do outro facilitaria muito a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde.”

CONCLUSÃO

Pelos dados obtidos com os relatos, constata-se que a relação entre os profissionais de saúde que trabalham na instituição em que a pesquisa foi realizada não satisfaz seus membros, pois quase a totalidade ressalta principalmente a ausência de comunicação, item dito essencial para uma relação interprofissional de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):555-61.
2. Mota RA, Martins CGM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Estud*. 2006;11(2):323-30.
3. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):255-68.
4. Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:1115-24.
5. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A Humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2006;14(2):277-84.
6. Bujak JS, Bartholomew K. Transforming physician-Nurse communication [Internet]. *Healthcare Executive*. 2001; [Acesso em: 2014 Nov 12]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb5693/is_201107/ai_n57972289/
7. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:1535-46.
8. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(1):34-41.
9. Tschannen D, Keenan G, Aebersold M, Kocan MJ, Lundy F, Averhart V. Implications of nurse-physician relations: report of a successful intervention. 2011; [Acesso em: 2014 Out 16]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_3_29/ai_n57776962/
10. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. D Of União. 24 set 2009; (183, seção D):90-2. Retificações em: D Of União. 13 out 2009; (195, seção I):173. [Acesso em: 2014 Out 20]. Disponível em: <http://www.in.gov.br>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. [Acesso em: 2014 Out 16]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
12. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2016;20(56):9-12.
13. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83.
14. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):229-33.
15. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface Comum Saúde Educ*. 2015;19(1):817-29.
16. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface Comum Saúde Educ*. 2016;20(56):185-96.
17. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):221-7.
18. Mahmood-Yousuf K, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *Br J Gen Pract*. 2008;58(549):256-63.
19. Silva PRV, Rivera FJU, Siebeneichler FB. Healthcare organizations, linguistic communities, and the emblematic model of palliative care. *Cad Saúde Pública*. 2007;(7):1529-38.

20. Shen HC, Chiu HT, Lee PH, Hu YC, Chang WY. Hospital environment, nurse–physician relationships and quality of care: questionnaire survey. *J Adv Nurs*. 2011;67(2):349-58.
21. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Card Pesqui*. 2002;(115):139-54.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
23. Landim FLP, Lourinho LA, Lira RCM, Santos ZMSA. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. *RBPS*. 2006;19(1):53-8.
24. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):193-201.
25. Ezaias GM, Gouvea PB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sardinha DSS. Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):524-9.
26. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1931. Aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União*. 24 set 2009; (183, seção I):90-2. Retificações em: *Diário Oficial da União*. 13 out 2009; (195, seção I):173.
27. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Lima JCF, Pereira IB, org. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.419-26.
28. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população[Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
29. Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Silva FL, Miranda FS. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10(2):S433-9.
30. Pinto JA, Silva KM, Sechinato MS, Figueiredo MGMCA. A relação médico-paciente segundo a perspectiva do paciente. *Rev Cienc Saúde*. 2012;2(3):17:27.
31. Pirollo SM, Ferraz CA, Gomes R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1396-402.
32. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc São Paulo*. 2013;22(1):173-86.

Correspondência: Natália Fechus Monteiro. **Rua:** Agostinho Andery, 989. Bairro Árvore Grande – Pouso Alegre, MG. **Tel:** (35) 99115-3471. **E-mail:** nafechus@hotmail.com