

Priscila Gomez Soares de Moraes

COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Trabalho apresentado à banca examinadora para conclusão do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2007

Priscila Gomez Soares de Moraes

COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Trabalho apresentado à banca examinadora para conclusão do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos
– Doutora em Ciências pela UNIFESP

Belo Horizonte

2007

Moraes, Priscila Gomez Soares de Moraes
Comunicação nas relações de trabalho. Priscila Gomez Soares de Moraes. – Belo Horizonte, 2007.
ix, 49f.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Curso de graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: Communication in work relationships

1. Comunicação. 2. Gestão em saúde. 3. Condições de trabalho

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

Chefe do Departamento: Ana Cristina Côrtes Gama
Coordenadora do Curso de Graduação: Letícia Caldas Teixeira

Priscila Gomez Soares de Moraes

COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

BANCA EXAMINADORA

Fga. Fernanda Jorge Maciel

Aprovada em ____/____/____

Agradecimentos

A Deus, por me dar força e por sempre iluminar meu caminho com pessoas e oportunidades maravilhosas.

Aos meus pais e irmãs por todo apoio e incentivo nesse percurso.

Ao Sidnei pelo apoio técnico e incentivo.

Ao Adonai pela força nos momentos mais difíceis, e por colocar meus pés no chão quando eu queria abraçar o mundo.

A Stela, por acreditar no meu trabalho e por toda a paciência frente a tanta ansiedade. Seu apoio, experiência e conhecimento enriqueceram de forma imensurável o meu aprendizado.

Aos amigos por compartilharem tantas aflições e dúvidas.

A todos que de alguma forma fizeram parte dessa caminhada, muito obrigada.

Sumário

Agradecimentos.....	v
Lista de figuras.....	vii
Lista de quadros.....	viii
Resumo.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	2
1.2 Objetivos específicos.....	2
2 REVISÃO.....	3
2.1 Comunicação e seus elementos.....	3
2.2 Comunicação no trabalho em saúde.....	4
2.3 Comunicação e gestão em saúde.....	5
3. MÉTODOS.....	8
4. RESULTADOS.....	10
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÕES.....	31
7. ANEXOS.....	33
8. REFERÊNCIAS.....	35
Abstract	
Bibliografia consultada	

Lista de Figuras

- Figura 1. Distribuição das categorias encontradas referentes à Unidade Funcional da qual o entrevistado faz parte.....10
- Figura 2. Organograma representativo da percepção dos entrevistados quanto às relações comunicativas entre os profissionais envolvidos no trabalho.....14

Lista de Quadros

- Quadro 1. Categorias encontradas referentes à percepção dos entrevistados quanto à determinação da rotina de trabalho.....11
- Quadro 2. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto à participação do usuário na determinação da rotina de trabalho.....12
- Quadro 3. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto às relações comunicativas entre os profissionais envolvidos no trabalho.....13
- Quadro 4. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto à relação entre as diferentes rotinas de trabalho.....15
- Quadro 5. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto ao impacto da comunicação nas diferentes rotinas de trabalho.....16
- Quadro 6. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto à participação no processo de tomada de decisão.....17
- Quadro 7. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto a sua representação nos espaços de tomada de decisão.....18
- Quadro 8. Categorias referentes à percepção dos entrevistados quanto ao papel da comunicação no trabalho em saúde.....19

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo analisar e discutir as relações comunicativas no trabalho dos profissionais de saúde da Unidade Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG, tomando como referência o modelo de gestão colegiada implementado no hospital. **Metodologia:** O instrumento utilizado para viabilizar a pesquisa foi um roteiro para realização de entrevistas semi-estruturadas, elaborado pelas pesquisadoras, que aborda as relações comunicativas no trabalho, para entender o impacto da mesma no modelo de gestão atualmente empregado no HC/UFMG. Seus eixos temáticos são: comunicação (na gestão e na micropolítica das relações), trabalho (práticas diárias), gestão (participação no processo de tomada de decisão). As entrevistas foram gravadas em áudio e realizadas no local de trabalho dos respectivos profissionais. Após esta etapa, foi realizada transcrição das mesmas que foram analisadas quanto ao conteúdo, de forma qualitativa. A análise de conteúdo levou em consideração as categorias estabelecidas em cada questão e a frequência de ocorrência das mesmas nos discursos dos entrevistados. **Resultados:** Quanto à percepção dos profissionais em relação ao modelo de gestão colegiada observamos indivíduos que se enxergam como participantes da construção das decisões; indivíduos que possuem autonomia em relação à definição da rotina técnica; indivíduos que tem a rotina definida pela chefia técnica; e os que consideram que os aspectos técnico/administrativos são definidos pela Unidade Funcional Multiprofissional. Quanto à participação do usuário, os trabalhadores da instituição não observam participação do mesmo na determinação das rotinas de trabalho. Quanto à percepção referente à participação do profissional nos processos de tomada de decisão e gestão observamos as seguintes questões: relação da participação com a assistência, relação da participação com a micropolítica das relações, e relação da participação com o processo de tomada de decisão. Quanto à importância da comunicação no trabalho em saúde, todos os entrevistados responderam positivamente. Os profissionais percebem a importância da comunicação como forma de divulgação e reconhecimento da profissão no hospital; como base para o trabalho em saúde; como ferramenta no exercício da assistência; como ferramenta na micropolítica das relações; e como ferramenta da rotina administrativa. **Conclusões:** As relações de comunicação encontradas referem-se a comunicação interpessoal, a comunicação com a chefia, a comunicação entre as diferentes categorias profissionais e a comunicação em relação aos aspectos técnico/administrativos na rotina diária. Observamos também indivíduos que não percebem relação entre seu trabalho e o dos outros profissionais; indivíduos que acreditam que a relação entre diferentes profissionais afeta positivamente quanto ao trabalho interdisciplinar; e indivíduos que acreditam que a relação entre os diferentes profissionais afeta a comunicação entre as práticas diárias, dificultando a execução das tarefas.

1 INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo é o profissional que atua na prevenção, avaliação, detecção, e tratamento dos distúrbios da comunicação humana, abrangendo as áreas da linguagem, motricidade orofacial e fala, audição, voz, e saúde coletiva. Considerando-se que vivemos em sociedade, o que pressupõe convivência, que determina troca, pensamos em comunicação como forma de compartilhar informações e conhecimentos, dando uniformidade às relações. Dessa forma, podemos dizer que a comunicação permeia todas as relações humanas, inclusive as relações de trabalho.

A Fonoaudiologia como profissão da área da saúde, deve buscar entender o contexto desse setor a fim de também fazer parte de sua construção. Na década de noventa surgiram novas idéias quanto à gestão da saúde buscando atender às necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS, tornando a gestão dos serviços mais democrática (ênfase na comunicação), participativa (trabalhadores, gestores e usuários) e descentralizada.

Para este trabalho tomamos como referência o modelo de gestão colegiada que além de possuir as características citadas acima, é o modelo atualmente aplicado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG, nosso cenário de estudo.

Devemos também lembrar que o trabalho em saúde é baseado na relação entre as pessoas, não há a produção de um bem material. Nessas relações encontramos as particularidades de cada indivíduo envolvido no processo: seus valores, conhecimentos e crenças do que é realizar o cuidado em saúde. Partindo desse ponto não é difícil perceber quantos caminhos uma mesma mensagem pode seguir desde sua emissão até a sua recepção.

A idéia de discutir este tema surgiu da observação das dificuldades de comunicação presentes nas atividades realizadas dentro do hospital, fossem elas assistenciais, administrativas ou gerenciais. Problemas que observamos no dia-a-dia das atividades do trabalho em saúde que vão do recado deixado pela secretaria em um setor específico, à tomada de decisões em todos os níveis do hospital. Dessa forma consideramos a possibilidade de discutir tais dificuldades partindo da comunicação e de sua relação com o modelo de gestão empregado.

1.1 Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo analisar e discutir as relações comunicativas no trabalho dos profissionais de saúde da Unidade Funcional Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG, tomando como referência o modelo de gestão colegiada implementado no hospital.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar a percepção dos profissionais da Unidade Funcional Multiprofissional quanto ao modelo de gestão colegiada.
2. Identificar a percepção do profissional da Unidade Funcional Multiprofissional quanto à participação do usuário na gestão do serviço.
3. Identificar a percepção do profissional da Unidade Funcional Multiprofissional quanto a sua participação nos processos de tomada de decisão e gestão do hospital.
4. Identificar a percepção dos profissionais da Unidade Funcional Multiprofissional quanto à importância e o impacto das relações comunicativas na realização do trabalho em saúde.

2 REVISÃO

Neste capítulo será feita breve revisão da literatura sobre o tema abordado neste trabalho. As informações pesquisadas foram divididas em eixos temáticos, com os autores apresentados em ordem cronológica, para melhor estruturar o capítulo. Dessa forma apresentamos inicialmente o conceito e os elementos que compõe a comunicação humana, seguidos pelo papel que a comunicação exerce no trabalho em saúde, e finalizamos com a relação entre comunicação e os atuais modelos de gestão em saúde.

2.1 Comunicação e seus elementos

Para discutir as relações comunicativas no trabalho, partimos do conceito de comunicação que é definido como o “processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão etc.) ou de aparelhos e dispositivos técnicos, são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuais etc.” (Houaiss e Villar, 2001 – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa)

Para uma comunicação eficiente devemos considerar os seguintes elementos: dado, informação, e conhecimento. O dado seria algo sem significado, bruto. A informação passa a ser o dado com significado, e o conhecimento a contextualização da mesma. Porém, cada indivíduo apresenta uma maneira diferente de transformar e utilizar os elementos citados, interferindo na codificação e decodificação da mensagem, criando possíveis problemas de comunicação. Isso ocorre porque o conhecimento é acrescido dos valores de cada indivíduo, pois cada pessoa apresenta um modelo mental diferente e vivências diferentes. Dessa forma, algumas maneiras de minimizar essas diferenças são a comunicação e o trabalho em equipe por meio dos quais se busca o consenso, alinhando as posições individuais. Isso porque cada indivíduo detém somente parte do conhecimento e é no momento da discussão e trabalho em equipe

que ocorre a troca de informações que proporcionará uma decisão mais consistente para o grupo (Angeloni, 2003).

2.2 Comunicação no Trabalho em Saúde

No trabalho em saúde, encontramos autores que discutem a comunicação considerando as particularidades dos indivíduos. O trabalho em saúde se dá a partir da relação entre pessoas, em todas as suas fases, e muitas vezes essas relações são determinadas pela atitude que vem da autonomia do trabalhador da saúde, e do usuário, pois estes são dotados de diferentes valores e saberes que norteiam suas idéias do que é produzir cuidado em saúde (Feuerwerker, 2005).

“Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses” (Helman, 2003, apud Feuerwerker, 2005, p. 13).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde apresenta a importância de compreender a diferença entre o prescrito e o real no processo de produção do cuidado em saúde. Por prescrição do trabalho entende-se o conjunto de regras que define como o trabalho deve ser realizado, e por real o dia-a-dia do trabalho que, algumas vezes, é composto de imprevistos não definidos pelas regras. Assim, os trabalhadores começam a criar diversas formas de agir para lidar com a complexidade do trabalho criando maneiras particulares de lidar com a organização do mesmo, e de se relacionar com os colegas de trabalho ou com o usuário (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

Na discussão sobre o conceito de “trabalhador moral” encontra-se que o desejo de teóricos de que o trabalhador ou o usuário idealizados por eles assumam todas as posturas esperadas em seus modelos e formulações teóricas é muito distinto e distante da realidade diária do trabalho e não considera que cada trabalhador e usuário tem formulações próprias e valores que determinam suas condutas na construção do cuidado em saúde (Cecílio, 2007).

2.3 Comunicação e Gestão em Saúde

No Brasil, desde os anos setenta, há discussões voltadas para a democratização dos serviços públicos de saúde, porém, no dia-a-dia os serviços ainda são gerenciados de acordo com diferentes variações dos modelos administrativos tradicionais. Surgem então novas idéias para o funcionamento dos serviços em saúde, como o método de gestão colegiada, que tem como idéia principal o conceito de co-gestão, ou seja, todos decidindo, porém considerando a negociação e discussão permanente, procurando atingir todas as instâncias e interesses. Dessa forma todos participam da gestão, mas nenhum dos indivíduos pode tomar decisões sozinho (Campos, 1998).

Há a hipótese de que os modelos de gestão participativa não consigam tanta adesão por serem considerados modelos de gestão “controlistas”, ao invés de democráticos. Acredita-se que isso pode ser devido, entre outros fatores, ao fato de a implementação desse modelo gerar uma distribuição de poder nas organizações, gerando diversas conseqüências para os atores envolvidos no processo de mudança (Cecílio, 1999).

Na atualidade os objetivos da organização, antes voltados para o controle da produção de bens e serviços, passam a ser voltados para os aspectos da informação, da tecnologia e do consumo. Com isso, é necessário modificar o enfoque gerencial das organizações, que passam a valorizar a descentralização administrativa, a comunicação informal, a flexibilidade nos processos de produção, e também o estímulo à iniciativa e criatividade dos indivíduos e grupos de trabalho. Em saúde, a atual proposta de reorganização gerencial dos serviços, seria realizada por meio de modelos gerenciais flexíveis e da participação popular. Para que tais mudanças ocorram no setor saúde são necessárias transformações nas práticas de trabalho, considerando como principal fator a necessidade de maior envolvimento na relação profissional de saúde/paciente. Além disso, as instituições devem se reorganizar a fim de atender as necessidades do novo modelo gerencial, em que a comunicação será fundamental como ferramenta de articulação entre as unidades de produção, ou seja, a comunicação deve ocorrer principalmente no sentido lateral (Guimarães e Évora, 2004).

Nos anos noventa ocorreram grandes transformações nos sistemas de saúde de muitos países. As principais mudanças empregadas referem-se à “estrutura dos

sistemas de serviços de saúde, com ênfase na descentralização, na separação de funções, no financiamento e na prestação de serviços, na introdução de mecanismos de mercado, e na mudança do papel do Estado”. Porém ainda há dificuldade de acesso aos serviços, descuido com aspectos da saúde coletiva, e dificuldade das autoridades em conduzir o setor (Rigoli et al, 2006).

A PNH, vista também como estratégia para aprimorar o processo de gestão, propõe a consolidação de redes, a criação de vínculos e a “co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores”, a fim de realizar gestão e produção de cuidado que atendam aos princípios e às necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS. Entende-se por humanização a valorização dos diferentes saberes e práticas inerentes aos sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde. Para que aconteça essa valorização é preciso considerar a autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação de todos no processo de gestão. Demonstrando a relação da comunicação com a gestão, encontramos na PNH a importância da troca comunicativa nos espaços de debate, a fim de proporcionar análise mais profunda e maior compreensão do trabalho que é realizado por cada um dos indivíduos (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

Um estudo realizado em um hospital público do Rio de Janeiro, avaliando dez anos de implantação do modelo de gestão colegiada, buscou caracterizar o impacto das mudanças propostas sobre a micropolítica. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores e gerentes escolhidos. Os dados coletados foram analisados, tendo como tema condutor os conflitos dentro da instituição. Foi observado que os conflitos presentes na micropolítica do trabalho diário, não permitem que o modelo de gestão implementado se aplique de forma mais abrangente. Há uma grande distância, percebida principalmente pela equipe de enfermagem, entre a realidade do trabalho e as mudanças propostas pelo modelo de gestão colegiada (Bernardes et al, 2007).

As principais características do modelo de gestão colegiada são: “a adoção de um organograma horizontalizado, organizado em torno de unidades de produção ou de cuidado; a coordenação unificada das unidades de cuidado realizada por qualquer profissional de nível universitário; a ênfase na comunicação lateral entre os coordenadores das unidades; a constituição de um colegiado de gestão com a participação de todos os coordenadores; a constituição de colegiados de gestão em

todas as unidades de cuidado e/ou produção; a criação de um grupo de apoio à gestão em cada unidade de cuidado e/ou produção; a prática do planejamento ascendente; a adoção de uma política de gratificação por avaliação de desempenho; a adoção de dispositivos de qualificação da assistência tais como comissão de revisão de óbito, comissão de prontuário, ouvidoria, entre outros arranjos” (Bernardes et al, 2007)

3 MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG.

A pesquisa foi realizada no HC/UFMG, instituição que desde 1999 passa por um processo de reorganização administrativa e gerencial. Um dos principais pontos dessa reorganização foi a criação das Unidades Funcionais, uma característica do modelo de gestão colegiada. A gestão foi descentralizada por meio da criação de 22 unidades que possuem gerência, orçamento e planejamento próprios, a fim de torná-la mais eficiente e estimular a participação coletiva.

Este trabalho foi realizado com os profissionais da Unidade Funcional Multiprofissional que é composta por profissionais das áreas administrativa, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Psicologia, e Terapia Ocupacional. O cenário do estudo foi escolhido por se tratar de uma unidade com inserção de profissionais de sete áreas, que atuam em diversos setores do HC. Destes profissionais 11 são de cargos administrativos, 22 são assistentes sociais, 44 são fisioterapeutas, 15 são fonoaudiólogos, 1 é pedagogo, 15 são psicólogos, e 20 são terapeutas ocupacionais, totalizando 128 profissionais, de acordo com informações fornecidas pela gerência da mesma unidade.

O instrumento utilizado para viabilizar a pesquisa foi um roteiro (anexo 2) para realização de entrevistas semi-estruturadas. O roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras, e aborda as relações comunicativas no trabalho, para entender o impacto da mesma no modelo de gestão atualmente empregado no HC/UFMG. Seus eixos temáticos são: comunicação (na gestão e na micropolítica das relações), trabalho (práticas diárias), gestão (participação no processo de tomada de decisão). Foram formuladas 11 questões abertas nas quais os indivíduos não tinham tempo determinado para responder.

As perguntas buscaram identificar as relações comunicativas estabelecidas e a relação das mesmas com o modelo de gestão do hospital na visão dos entrevistados; quais eram suas percepções sobre comunicação no trabalho (exerce papel administrativo, técnico, de tomada de decisão, ou nas relações interpessoais); qual o impacto (positivo ou negativo) da comunicação no exercício do trabalho diário; qual o

papel do usuário na gestão; qual a sua participação no processo de construção das determinações do trabalho em saúde.

Foram entrevistados 10 profissionais: 2 terapeutas ocupacionais, 2 técnicos administrativos, 1 psicólogo, 2 assistentes sociais, 1 fisioterapeuta, e 2 fonoaudiólogos. Os entrevistados foram selecionados por meio de sorteio e foram contatados por meio de telefonema, para que fosse agendado dia e horário para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realização da entrevista no próprio local de trabalho. Os profissionais foram identificados somente pela área de atuação, e os nomes ou dados citados nas entrevistas, que poderiam identificá-los, não foram considerados. As entrevistas foram gravadas em áudio, em formato digital, com o gravador de voz do aparelho celular da marca NOKIA, modelo 6111.

As entrevistas foram transcritas e analisadas quanto ao conteúdo, de forma qualitativa. O método qualitativo permite levantar os aspectos cognitivos e as motivações subconscientes de certos comportamentos.

Optamos por realizar a análise a partir do conteúdo, determinando categorias para as respostas de cada questão. A análise de conteúdo levou em consideração as categorias estabelecidas e a frequência de ocorrência das mesmas nos discursos dos entrevistados. Foram também considerados os conteúdos que se encaixavam em mais de uma categoria, de forma que tal fator não interferiu na elaboração dos resultados. Após a etapa de determinação das categorias, verificamos que algumas questões poderiam ser agrupadas. As questões 4 e 5 foram agrupadas devido a contaminação das respostas de uma pela outra, sendo que muitas vezes os entrevistados respondiam parte de uma das questões na outra, ou vice versa. Também foram agrupadas as questões 8 e 9, pela relação de subordinação estabelecida entre as duas.

Consideramos importante relatar que o presente trabalho trata-se de um estudo piloto, para posterior ampliação do trabalho, após as devidas modificações e adequações de materiais e métodos que julgamos necessárias.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados, analisados de acordo com a metodologia citada no capítulo anterior.

Apresentamos na figura 1 as categorias encontradas ao analisarmos as respostas referentes à Unidade Funcional da qual o entrevistado faz parte.

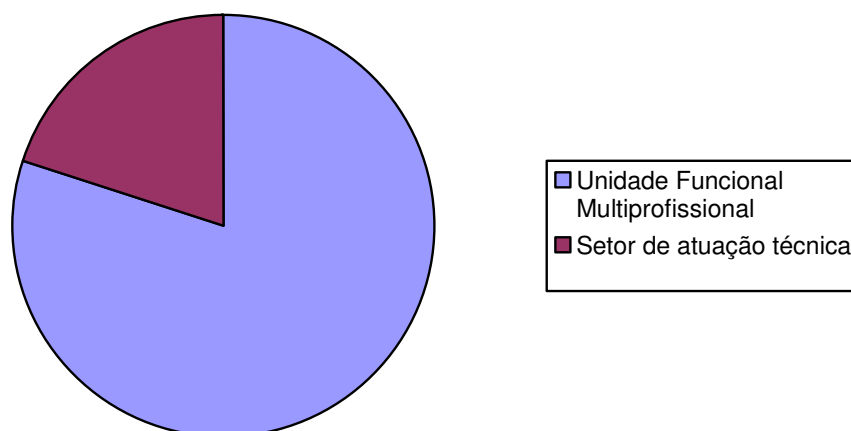


Figura 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS REFERENTES À UNIDADE FUNCIONAL DA QUAL O ENTREVISTADO FAZ PARTE

Apresentamos no Quadro 1 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto a determinação de sua rotina de trabalho.

Quadro 1 - CATEGORIAS ENCONTRADAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À DETERMINAÇÃO DA ROTINA DE TRABALHO

Entrevistados	Participa da construção das decisões	Possui autonomia em relação à definição da rotina técnica	A rotina é definida pela chefia técnica	A determinação de aspectos técnico/administrativos é definida pela Unidade Multiprofissional
1		X	X	
2		X		
3	X			X
4			X	
5			X	X
6			X	X
7				X
8			X	X
9			X	
10			X	

Apresentamos no Quadro 2 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto a participação do usuário na determinação da rotina de trabalho.

Quadro 2 - CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA DETERMINAÇÃO DA ROTINA DE TRABALHO

Entrevistados	Não observa relação	Relaciona a casos isolados	Relaciona às questões de demanda / agendamento	Relaciona ao grau de informação do paciente em relação ao funcionamento do SUS
1	X			
2		X		
3				X
4	X			
5		X		
6	X			
7				X
8			X	
9			X	
10	X			

Apresentamos no Quadro 3 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto as relações comunicativas entre os profissionais envolvidos no trabalho.

Quadro 3 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO ÀS RELAÇÕES COMUNICATIVAS ENTRE OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO TRABALHO

Entrevistados	Relaciona a comunicação a aspectos da gestão	Relaciona a comunicação a aspectos da assistência	Relaciona a casos isolados
1		X	
2		X	
3		X	
4	X	X	
5		X	
6			X
7		X	
8		X	
9	X		
10		X	

Apresentamos na Figura 2 a representação da percepção do trabalhador quanto às relações comunicativas entre os profissionais envolvidos no trabalho.



Figura 2 – ORGANOGRAMA REPRESENTATIVO DA PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO ÀS RELAÇÕES COMUNICATIVAS ENTRE OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO TRABALHO

Apresentamos no Quadro 4 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto a relação entre as diferentes rotinas de trabalho.

Quadro 4 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO A RELAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES ROTINAS DE TRABALHO

Entrevistados	Não percebe relação	Afeta positivamente em relação ao trabalho interdisciplinar	Afeta em relação à comunicação entre as diferentes práticas de trabalho
1	X		
2		X	
3		X	
4		X	
5			X
6	X		
7		X	
8		X	X
9			X
10		X	X

Apresentamos no Quadro 5 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto ao impacto da comunicação nas diferentes rotinas de trabalho.

Quadro 5 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO AO IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NAS DIFERENTES ROTINAS DE TRABALHO

Entrevistados	Impacta em relação à assistência	Impacta em relação à definição/delimitação de funções	Impacta em relação à qualidade e veracidade da informação	Não percebe impacto da comunicação nas relações
1	X			
2	X			
3		X		
4			X	
5		X		
6				X
7			X	
8	X			
9		X		
10			X	

Apresentamos no Quadro 6 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto ao impacto da comunicação nas diferentes rotinas de trabalho.

Quadro 6 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Entrevistados	Relaciona participação a assistência	Relaciona participação à micropolítica das relações	Se vê como ator no processo de tomada de decisão
1	X		
2	X		X
3		X	X
4		X	X
5	X		
6	X		
7		X	
8	X	X	
9		X	X
10		X	X

Apresentamos no Quadro 7 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto à representação do mesmo nos espaços de tomada de decisão.

Quadro 7 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO A SUA REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS DE TOMADA DE DECISÃO

Entrevistados	Reconhece a chefia técnica e a Unidade Multiprofissional como representante	Reconhece a Unidade Multiprofissional como representante	Reconhece a Chefia técnica como representante	Expressa o não envolvimento com as questões de participação
1			X	
2	X			
3		X		
4	X			
5		X		
6				X
7	X			
8		X		
9	X			
10			X	

Apresentamos no Quadro 8 as categorias encontradas, com base na análise de conteúdo das respostas, referentes a percepção do profissional quanto ao papel da comunicação no trabalho em saúde.

Quadro 8 – CATEGORIAS REFERENTES À PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO AO PAPEL DA COMUNICAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

Entrevistados	Comunicação como forma de divulgação e reconhecimento da profissão no hospital	Comunicação como base para o trabalho em saúde	Comunicação no exercício da assistência	Comunicação como ferramenta na micropolítica das relações e na disputa pelo poder	Comunicação e sua importância na rotina administrativa
1			X		X
2	X				
3		X			
4		X	X	X	
5			X		X
6			X		X
7				X	
8	X		X		
9		X			
10				X	

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados referentes às entrevistas realizadas. Os resultados foram apresentados em forma de quadros não com o objetivo de realizar análise somente quantitativa dos comportamentos e opiniões, mas sim para obter-se um panorama do que poderia ser considerado mais representativo para a discussão da amostra em questão. Além da análise do conteúdo das respostas referentes a cada uma das questões, quando pertinente apresentamos ao longo da discussão das mesmas, recortes das falas dos entrevistados referentes à questão abordada, com o objetivo de exemplificar e enriquecer a discussão sobre os temas.

Lembramos que para a discussão a seguir tomamos como referência o modelo de gestão colegiada e o cenário em que foi realizado o estudo, a Unidade Funcional Multiprofissional. A gestão colegiada foi implementada a partir da criação das unidades de produção ou de cuidado, da comunicação lateral entre os coordenadores das unidades, da criação dos colegiados de gestão com representatividade das unidades e dos profissionais, entre outras estratégias. Tal modelo visa possibilitar maior autonomia aos indivíduos que fazem parte do trabalho em saúde, descentralizando a gestão, permitindo a participação de todos nas decisões, e dando espaço para a criação de novas práticas baseadas no diálogo.

O cenário de nosso estudo, a Unidade Funcional Multiprofissional, é uma das 22 unidades funcionais que existem hoje no HC/UFG. É uma unidade com características que a tornam um pouco distinta das outras unidades. Uma dessas características é a presença de profissionais de sete áreas diferentes que, além disso, trabalham em setores distintos dentro do hospital. Durante a realização das entrevistas foi possível perceber as diferentes realidades nas quais esses profissionais estão inseridos apesar de fazerem parte de uma mesma Unidade Funcional, e como isso proporciona diferentes olhares do processo de gestão do qual fazem parte. Consideramos que talvez esse seja um fator de dificuldade para implementar os pressupostos de comunicação lateral, e mesmo de representação nos colegiados, pois é uma unidade que abriga diversos contextos e distintos cenários.

Considerando as características da Unidade Funcional Multiprofissional e relacionando a mesma ao modelo de gestão, uma das questões apresentadas no roteiro refere-se à unidade funcional da qual o entrevistado faz parte (Figura 1). Entre

os entrevistados, 2 profissionais relataram como unidade funcional da qual fazem parte o seu setor de atuação técnica. Entende-se por setor de atuação técnica o local onde o profissional realiza a assistência, por exemplo, o andar da pediatria. Tal achado nos leva a refletir sobre a possibilidade desses indivíduos não terem claro o conceito de unidade funcional proposto pelo modelo de gestão colegiada, como cita Bernardes et al (2007).

Os atuais modelos de gestão em saúde têm como principal foco o conceito de co-gestão, que traz a descentralização da gestão e as decisões sendo discutidas por todos. Além disso, por ser o trabalho em saúde algo que não produz bens materiais, mas baseia-se nas relações entre pessoas, devemos considerar as particularidades de cada indivíduo, que atuam constantemente no seu modo de entender o que é produzir cuidado, e como este cuidado deve ser realizado. Dessa forma buscamos com a questão 2 identificar o uso desse espaço de autonomia do trabalhador, e ao mesmo tempo, entender a percepção que o profissional tem do modelo de gestão em relação a determinação do trabalho (Quadro 1).

Ao analisarmos a questão 2, que trata da determinação da rotina de trabalho, encontramos as seguintes categorias: indivíduos que se enxergam como participantes da construção das decisões; indivíduos que possuem autonomia em relação à definição da rotina técnica; os indivíduos que tem a rotina definida pela chefia técnica; e os que consideram que os aspectos técnico/administrativos são definidos pela Unidade Funcional Multiprofissional. Entende-se por chefia técnica a coordenação do setor de assistência no qual o profissional se encontra, e por aspectos técnico/administrativos as questões relacionadas às regras e normas do sistema único de saúde e do hospital.

O principal ponto observado foi a maior frequência de ocorrência nos conteúdos das categorias em que os indivíduos têm a rotina definida pela chefia técnica, e da que os indivíduos têm a determinação dos aspectos técnico/administrativos definida pela gerência da unidade Multiprofissional. Dessa forma algumas falas foram consideradas mais representativas dessas categorias:

“A rotina do meu trabalho é ditada pela unidade técnica onde eu atuo” (rotina técnica)

“Em termos de carga horária é com a multiprofissional.” (aspectos técnico/administrativos).

Tais achados demonstram a presença da descentralização da gestão, a distribuição do poder em vários níveis, e a separação de funções, como referem Rigoli et al (2006), de forma compatível com o modelo de gestão colegiada.

Contudo, não pode ser considerado que atue aqui o conceito de co-gestão, mas sim a permanência dos antigos modelos administrativos, no sentido de delegação de funções e fragmentação do trabalho (Campos, 1998). Os entrevistados consideraram determinação da rotina como execução de tarefas, e não como processo de gestão, ou co-gestão.

Além disso, pelo reduzido número de respostas referentes à autonomia na produção do cuidado em saúde, percebe-se aqui uma incoerência em relação às discussões sobre a autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde. Somente dois entrevistados apresentaram autonomia em relação a definição do trabalho:

“A forma do meu trabalho sou eu mesma que defino.”

“... a demanda sou eu mesma que faço.”

A Política Nacional de Humanização do SUS coloca a importância da valorização dos diferentes saberes inerentes aos trabalhadores, gestores e usuários envolvidos para a construção da autonomia dos mesmos em relação ao processo de produção do cuidado (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

Baseado nos princípios do SUS, onde encontramos a participação popular como ferramenta fundamental para implantação e funcionamento pleno do sistema, considera-se também nos modelos de gestão hospitalar esta definição, reafirmando a importância da participação do usuário na construção da saúde. Tal característica também se encaixa nas atuais propostas de reestruturação dos serviços de saúde, pautadas em modelos gerenciais flexíveis e na participação popular (Guimarães e Évora, 2004).

Na questão 3 do roteiro deste trabalho, os entrevistados foram questionados quanto a participação do usuário na definição de sua rotina de trabalho (Quadro 2). A partir de tal ponto podemos entender a percepção do trabalhador quanto à participação do usuário na gestão e também na construção da prática diária a partir de seus conhecimentos e particularidades. Aproximamo-nos então do campo conceitual da humanização, encontrado na PNH que pode ser entendido como a valorização dos diferentes saberes e práticas inerentes aos sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde. Tal valorização acontece com base nas trocas entre os atores envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), a fim de construir o cuidado

e a gestão da saúde atendendo às necessidades do SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

Porém, discordando dos achados citados, a análise do conteúdo das repostas à questão 3 mostrou que os trabalhadores da instituição não observam participação do usuário na determinação das rotinas de trabalho:

“Eu não vejo muito essa relação. A impressão que dá é de que os usuários estão mais aparte em relação ao tratamento.”

O usuário é visto como determinante somente do fluxo nas agendas de marcação de consultas e como um fator de complicação devido a sua falta de informação sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde:

“O que muda é só o fluxo. Um fluxo maior ou menor. Não o paciente, mas pelo fluxo que tem.”

“Na maioria das vezes é muita desinformação no encaminhamento dos pacientes para este setor. Eles não sabem porque, até porque quando eles procuram aqui é por causa de médico.”

“O usuário influencia meu trabalho à medida que ele tem informações que podem facilitar o meu trabalho.”

Como referem Guimarães e Évora (2004), para que ocorra a participação popular proposta nos novos modelos gerenciais são necessárias transformações nas práticas de trabalho, principalmente quanto ao envolvimento na relação profissional de saúde e usuário. Tomando como referência os discursos encontrados, percebe-se que os profissionais não percebem o usuário como parceiro na construção do cuidado em saúde, mas percebem a produção do cuidado como uma via de mão única, que não permite trocas. Acreditamos que tal posicionamento está bastante relacionado com o conhecimento que o profissional tem do funcionamento e estrutura do sistema. Ao encontrar tais respostas percebemos que quando o trabalhador se refere a essa relação no papel de detentor do conhecimento, ele mesmo demonstra desconhecer o princípio da participação popular na gestão e na definição da assistência como é referido na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Como já foi discutido anteriormente, o trabalho em saúde é definido por relações entre as pessoas. Tais relações implicam a presença de comunicação entre os atores envolvidos, e as mensagens presentes nessa troca apresentam-se carregadas de valores e saberes de cada um dos indivíduos. Considerando isso, a comunicação tomou lugar de grande importância nos atuais modelos gerenciais que buscam a

comunicação lateral e resolução dos problemas no seu nível de ocorrência, a fim de descentralizar a gestão. Baseado na troca entre os diferentes saberes podem surgir novas formas de inventar o cuidado em saúde, e dar solução às questões da prática diária do trabalho.

Nas questões 4 e 5 buscamos investigar como se estabelecem as relações comunicativas entre os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, questionando com quem é mais fácil ou mais difícil se comunicar entre as pessoas com as quais se trabalha. Como citamos no capítulo de métodos as questões 4 e 5 foram agrupadas para análise devido a contaminação dos conteúdos, o que dificultou que os entrevistados respondessem somente a uma ou a outra. Tal fato sugere modificações no roteiro de entrevista a fim de tornar a coleta dos dados mais precisa. Além disso, para análise do conteúdo os discursos foram primeiramente categorizados em indivíduos que relacionam a comunicação com a gestão e indivíduos que relacionam a comunicação com a assistência (Quadro 3). Após essa análise inicial, foi feito um organograma que demonstra as relações encontradas, consideradas tanto como situações fáceis, quanto como situações difíceis de comunicação (Figura 2). As relações de comunicação encontradas foram quanto a questões de comunicação interpessoal, quanto à comunicação com a chefia, quanto à comunicação entre as diferentes categorias profissionais e quanto à comunicação em relação aos aspectos técnico/administrativos na rotina diária.

A maior parte dos entrevistados relacionou a comunicação aos aspectos da assistência, o que pode indicar a não percepção ou valorização do usuário no processo de gestão. O usuário é entendido aqui como fim no processo de cuidado e não como ator do processo de construção da saúde. Se considerarmos as categorias e conteúdos encontrados na questão 2, podemos pensar que se nem o próprio profissional se vê como ator no processo de gestão, fica realmente difícil que enxergue o usuário como parte dessa construção.

Em relação a Figura 2 fica clara a diversidade de contextos e relações vivenciada pelos profissionais da Unidade Funcional Multiprofissional. Para uma mesma situação houve respostas positivas e negativas oriundas de diferentes sujeitos. Profissionais que tem facilidade em comunicar-se com a chefia técnica, e profissionais que têm dificuldade em se relacionar com a mesma, e assim em todas as categorias observadas.

Considerando o cenário deste estudo, além da diversidade de rotinas e práticas presentes entre os profissionais da própria unidade, devemos também lembrar que esses profissionais também trabalham com profissionais de outras unidades em seus setores de atuação técnica. Tal diversidade produz uma enorme rede de relações para que o trabalho seja realizado, pois as funções de cada um dos envolvidos tornam-se interdependentes. A questão 6 de nosso roteiro, que refere-se a como o trabalho dos outros profissionais do setor afeta suas atividades, buscou entender um pouco mais dessa relação entre os indivíduos envolvidos no trabalho (Quadro 4).

Na análise do conteúdo encontramos as seguintes categorias: indivíduos que não percebem relação entre seu trabalho e o dos outros profissionais; indivíduos que acreditam que a relação entre diferentes profissionais afeta positivamente quanto ao trabalho interdisciplinar; indivíduos que acreditam que a relação entre os diferentes profissionais afeta a comunicação entre as práticas diárias, dificultando a execução das tarefas. Entende-se como prática diária o trabalho técnico de cada um dos envolvidos. A maior frequência de ocorrência de respostas foi quanto ao trabalho interdisciplinar, no qual os profissionais trabalham em equipe.

“... um complementa o outro.”

“Na verdade, não é possível trabalhar sozinho.”

Tal fato pode ser colocado como um ponto positivo, considerando o que refere Angeloni (2003), quanto ao trabalho em equipe, que deve ser utilizado como estratégia para alinhar os conhecimentos que cada um possui, buscando o consenso e minimizando as dificuldades de comunicação que podem ocorrer devido aos posicionamentos individuais.

Porém, também acreditamos que a categoria daqueles que não vêem relação entre as rotinas de trabalho é um ponto importante a ser abordado.

“Na verdade não acontece muito essa relação. Acho que cada um tem trabalhado mais atendendo a sua clientela.”

A maioria dos profissionais está inserida em alguma equipe interdisciplinar, mas é possível observar que alguns deles não conseguem perceber a troca que ocorre entre as diferentes práticas. Podemos pensar que essas equipes interdisciplinares funcionam como grupos ou agrupamentos de pessoas que atuam numa mesma área e não como equipes que discutem determinada conduta.

Em relação à categoria dos indivíduos que acreditam que a relação entre os diferentes profissionais afeta a comunicação entre as práticas diárias, encontramos que

muitas vezes há problemas no fluxo das mensagens e informações, que afetam na execução das tarefas de cada um dos trabalhadores.

“Se a secretária não faz as marcações como deveria a gente fica ou sem paciente para atender, ou com paciente demais. Se o pessoal que entrega o SAME, não fizer o trabalho deles bem feito, o usuário fica prejudicado, porque o atendimento fica deficitário. Você sabe lá o que o paciente já fez?”

Tais achados corroboram com os estudos de Angeloni (2003), segundo a qual cada indivíduo possui uma maneira diferente de utilizar as informações e conhecimentos, interferindo na codificação e decodificação da mensagem, causando possíveis dificuldades na comunicação. As relações são determinadas pela atitude que vem de cada um dos indivíduos envolvidos que apresentam diferentes valores e saberes para determinar suas práticas (Feuerwerker, 2005).

Na pergunta 7 apresentamos um questionamento também quanto as diferenças nas rotinas de trabalho, porém relacionando-as à comunicação e como essa pode impactar a relação entre as diferentes rotinas de trabalho (Quadro 5). As categorias encontradas foram: a comunicação com impacto em relação à assistência; a comunicação impacta em relação à definição e delimitação de funções; a comunicação impacta na qualidade e veracidade das informações na mensagem. Somente um entrevistado acredita que a comunicação não impacta as relações.

Dessa forma, consideramos que todos os achados da questão anterior são pertinentes a essa questão, porém encontramos aqui uma distribuição de ocorrências mais uniforme entre as categorias. Quando apresentamos as relações de trabalho ao lado das relações comunicativas os entrevistados relatam mais as questões relacionadas à prática diária, e em relação à comunicação mais diretamente. Percebemos que mesmo considerando que a comunicação está presente o tempo todo, em todas as relações, os entrevistados só percebem seu impacto quando ela é relacionada diretamente com as práticas de trabalho.

“O fato das informações serem coerentes ajuda muito, é importante que as informações sejam claras. Pode ser claro e fácil pra você, mas pra mim não é.”

“... a gente tem uma comunicação grande, porque ela sempre tem que entrar antes de mim. Se ela vai trabalhar com aquele menino, então eu vou pra outro e depois volto.”

Esses achados concordam com Cecílio (2007), e com a PNH (Brasil. Ministério da Saúde, 2006)., que discutem a diferença entre o prescrito e o real nas práticas diárias do trabalho. O trabalhador cria diferentes formas de se relacionar com os demais trabalhadores e com os usuários a fim de lidar com as complexidades que a rotina apresenta.

Associando a isso os conteúdos encontrados na categoria em que a comunicação impacta em relação à definição e delimitação de funções, a relação entre aquilo que é prescrito e o que realmente acontece no dia-a-dia do trabalho fica mais visível. E os próprios entrevistados relacionam isso à autonomia dos sujeitos na realização do trabalho e ao impacto que as ações de cada um, em sua individualidade, pode causar no conjunto de práticas de determinado grupo.

“Se cada um sabe, ou não foi bem orientado em relação ao seu papel, ele não vai ter noção de que uma falha dele vai estar prejudicando todo o resto de um ambulatório inteiro.”

Um dos pontos que compõem o modelo de gestão colegiada é a criação dos colegiados de representação. Os colegiados têm a participação dos coordenadores e são representativos dentro da unidade. Tal estratégia permite a tomada de decisão de forma democrática, com a participação de todos. Em nosso roteiro as questões 8 e 9 tratam da participação dos sujeitos no processo de tomada de decisão (Quadro 6). A questão 8 refere-se a maneira como o trabalhador participa do processo e a questão 9 refere-se aos efeitos que essa participação tem no seu trabalho diário. Como citado no capítulo de métodos o conteúdo dessas questões foi agrupado por ter ocorrido uma relação de subordinação entre as respostas dos entrevistados.

Cabe ressaltar que esperávamos encontrar nesses conteúdos maior frequência de questões relacionadas às representações nos colegiados, e a participação no processo de tomada de decisão. Porém foram identificadas três categorias, com distribuição bastante semelhante dos conteúdos. Vimos relação da participação com a assistência, relação da participação com a micropolítica das relações, e relação da participação com o processo de tomada de decisão. Consideramos por micropolítica das relações, as relações entre os indivíduos com impacto na definição do trabalho e na prática diária do mesmo.

Dentre os conteúdos analisados percebemos o conhecimento quanto ao modelo de gestão e a presença dos colegiados, como citado por Bernardes et al (2007) e a

participação dos indivíduos no processo de tomada de decisão como coloca Campos (1998).

“No caso de projetos, críticas e sugestões eu proponho pra minha coordenação técnica, depois na multi, depois no colegiado interno. (a participação) modifica a própria percepção do nosso trabalho aqui dentro. Enquanto fortalecimento de classe, enquanto inserção do trabalho da minha profissão.”

Além disso, percebe-se nesse discurso a presença de uma preocupação quanto à divulgação e valorização de uma classe profissional. Este é um posicionamento comum entre os profissionais da unidade por serem profissionais da saúde que não compõem as principais classes do setor (médicos e enfermeiros), e que sentem a necessidade de valorização e reconhecimento de seu trabalho.

Como foi citado, a distribuição entre as categorias foi bastante uniforme, porém os conteúdos que não se referem ao processo de tomada de decisão demonstram uma parcela que não se vê como parte das decisões ou que percebe a participação e tomada de decisão somente no nível da assistência: *“Procuro diretamente os profissionais das outras áreas. O serviço social ajuda bastante em algumas dificuldades que a gente tem em relação aos pais ou pacientes. Acho que o contato com os outros profissionais é só benefício.”*; e em relação à micropolítica do dia-a-dia: *“Eu acho que as pessoas não separam o trabalho do pessoal e aí acabam misturando tudo, o sentimento fica todo misturado.”* *“Tem algumas coisas que não agradam muito, mas a gente tem que acatar e tem que obedecer. Eu acho que causa certo desconforto sim, em algumas pessoas. Acaba virando uma coisa meio pessoal.”*

Não vemos a questão da micropolítica como não participação ou como algo negativo, mas sim como uma outra parte do processo envolvido na democratização da gestão, que seria a percepção das particularidades de cada indivíduo, que contribuem para a construção do processo de tomada de decisão. A partir dessas percepções podem surgir novas formas de realizar o trabalho e de se relacionar com os colegas de trabalho e usuários.

No modelo de gestão colegiada o trabalhador terá um representante (coordenador técnico) no colegiado da Unidade Funcional da qual faz parte, e será representado pelo gerente da Unidade Funcional no colegiado gestor do Hospital. Na questão 10 buscamos perceber se os entrevistados conheciam essas características de representação presentes no modelo (Quadro 7). Encontramos três categorias, que referem-se aos que reconhecem a Unidade Multiprofissional e a chefia técnica como

representação, aos que reconhecem somente a Unidade Multiprofissional, e aos que reconhecem somente a chefia técnica como representação. Somente um entrevistado expressou o não envolvimento com as questões de participação. Considerando os achados das questões 8 e 9 esperávamos uma maior freqüência de ocorrência de conteúdos não relacionados com a estrutura do modelo de gestão colegiada pois, em relação as outras respostas, parece não haver grande conhecimento sobre o modelo. Porém a categoria com maior freqüência de apresentação foi a dos entrevistados que reconhecem a Unidade Multiprofissional e a chefia técnica como representação em acordo com o modelo de gestão colegiada:

“Nós temos reuniões, que acontecem quinzenalmente, onde participam todo o grupo de profissionais da minha área técnica. Ali as questões são discutidas. A coordenação técnica entra em contato com a Multi, que entra em contato com a direção do hospital, quando necessário.”

Esse achado nos faz refletir sobre a formulação das questões e a maneira como os indivíduos compreenderam as mesmas. A partir do resultado encontrado nos conteúdos da pergunta 10, questionamos se as perguntas 8 e 9 foram bem contextualizadas em relação ao que se esperava quanto as respostas.

A comunicação tem sido extremamente valorizada nos atuais modelos gerenciais. Neste trabalho buscamos também entender a percepção dos profissionais em relação à importância da comunicação para o exercício de seu trabalho. Tal abordagem foi realizada na questão 11 do roteiro (Quadro 8), e foram encontradas 5 categorias: importância da comunicação como forma de divulgação e reconhecimento da profissão no hospital, como base para o trabalho em saúde, como ferramenta no exercício da assistência, como ferramenta na micropolítica das relações, como ferramenta da rotina administrativa. Todos os entrevistados responderam positivamente quanto à importância da comunicação no trabalho em saúde, inclusive colocando a mesma como atividade fundamental para o exercício da profissão.

“A gente trabalha com a fala... Eu acho que é importante em todas as esferas, não só no meu trabalho, que é um trabalho de escuta e fala, como também em toda a instituição.”

Podemos aqui encontrar duas sub-categorias baseadas nos conteúdos encontrados: uma que considera a comunicação como instrumento de trabalho (categorias: comunicação como base para o trabalho em saúde, como ferramenta no exercício da assistência, e como ferramenta da rotina administrativa)

“Às vezes a gente tá tentando discutir uma coisa juntos, pra tentar uma melhora para aquela criança, discutir uma conduta que seja melhor pra ela.”

e outra que considera a comunicação como instrumento de poder no processo de tomada de decisão (categorias: importância da comunicação como forma de divulgação e reconhecimento da profissão no hospital, e como ferramenta na micropolítica das relações).

“Eu precisava saber a realidade pra depois saber como orientar o paciente. A maneira de falar, como falar com cada pessoa. Eu já aprendi a lidar com o paciente, agora eu tenho que aprender a lidar com quem tem o poder.”

Comentário conclusivo

Após analisarmos as questões e compará-las, consideramos pertinente ressaltar que percebemos que quando apresentamos determinado assunto sobre o trabalho ou gestão sem relacioná-lo diretamente com as relações comunicativas, os conteúdos das respostas não apresentam estratégias de comunicação. Porém, quando apresentamos o trabalho relacionado à comunicação, os entrevistados fizeram relação da mesma com as práticas em saúde. Tais relações demonstram o reconhecimento do papel da comunicação no trabalho em saúde, contudo, percebe-se em vários momentos da análise dos conteúdos que os recursos de comunicação utilizados ainda são pouco trabalhados.

No que se refere à comunicação no sentido mais amplo em relação ao trabalho, podemos considerar que os conteúdos e categorias observados formaram um mapa das relações comunicativas no trabalho, demonstrando seus diferentes papéis na realização e construção do cuidado em saúde.

6 CONCLUSÕES

Consideramos pertinente concluir que:

1. Ao analisar e discutir as relações comunicativas no trabalho dos profissionais da Unidade Funcional Multiprofissional encontramos as seguintes categorias: comunicação nas relações interpessoais, comunicação com a chefia, comunicação entre as diferentes categorias profissionais e comunicação em relação aos aspectos técnico/administrativos na rotina diária. Observamos também indivíduos que não percebem relação entre seu trabalho e o dos outros profissionais; indivíduos que acreditam que a relação entre diferentes profissionais afeta positivamente o trabalho interdisciplinar; e indivíduos que acreditam que a relação entre os diferentes profissionais afeta a comunicação entre as práticas diárias, dificultando a execução das tarefas.
2. Quanto à percepção dos profissionais em relação ao modelo de gestão colegiada observamos indivíduos que se enxergam como participantes da construção das decisões; indivíduos que consideram possuir autonomia em relação à definição da rotina técnica; indivíduos que têm a rotina definida pela chefia técnica; e os que consideram que aspectos técnico/administrativos são definidos pela Unidade Funcional Multiprofissional.
3. Quanto à participação do usuário os trabalhadores da instituição não observam participação do mesmo na determinação das rotinas de trabalho. O usuário é visto como determinante somente do fluxo nas agendas de marcação de consultas e como um fator de complicação devido a sua falta de informação sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
4. Quanto à percepção referente à participação do profissional nos processos de tomada de decisão e gestão observamos as seguintes

categorias: relação com a assistência, relação com a micropolítica institucional, e relação com o processo de tomada de decisão.

5. Quanto à importância da comunicação no trabalho em saúde os profissionais percebem a comunicação como forma de divulgação e reconhecimento da profissão no hospital; como base para o trabalho em saúde; como ferramenta no exercício da assistência; como ferramenta na micropolítica das relações; e como ferramenta da rotina administrativa. Todos os entrevistados responderam positivamente quanto à importância da comunicação no trabalho em saúde, inclusive colocando a mesma como atividade fundamental para o exercício da profissão.

7 ANEXOS

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APRESENTADO AOS PARTICIPANTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Pesquisa **Comunicação nas Relações de Trabalho** tem como objetivo analisar e discutir as relações comunicativas no trabalho dos profissionais de saúde da Unidade Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG, a fim de discutir possibilidades de fazer o cuidado em saúde de forma a atender trabalhadores, usuários e gestores. O projeto surgiu porque acredita-se que as dificuldades comunicativas geram conflitos administrativos e na própria produção do cuidado ao usuário.

Para concretizar os objetivos da pesquisa serão realizadas entrevistas abertas com os profissionais da Unidade Multiprofissional do HC/UFMG, com duração prevista de 30 minutos. As entrevistas serão gravadas em áudio, por meio de gravador digital, e constarão de tópico/perguntas sobre a comunicação nas relações de trabalho de cada um dos indivíduos.

O Sr.(a) foi selecionado por meio de sorteio e, caso concorde com os termos da pesquisa, será entrevistado pela própria pesquisadora, sendo mantido sigilo quanto aos dados que possam identificá-lo, evitando qualquer tipo de constrangimento quanto às respostas coletadas. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise serão divulgados em apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso. Cabe ressaltar que as entrevistas gravadas serão destruídas após a realização e aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento de avaliação ou tratamento. Quanto aos benefícios, acredita-se que discutindo a comunicação nas relações de trabalho dentro do hospital podem surgir novas formas de inventar o cuidado em saúde, buscando maior proximidade entre usuários e trabalhadores por uma gestão mais coletiva do serviço.

O Sr.(a) pode se retirar da pesquisa em qualquer momento de sua realização. Em caso de dúvida deve procurar a pesquisadora Priscila Gomez Soares de Moraes, ou a pesquisadora responsável Stela Maris Aguiar Lemos para qualquer esclarecimento.

Eu, _____, CI _____, órgão expedidor _____ declaro que li e concordo com os termos acima para me tornar participante da presente pesquisa.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2007

Participante

Priscila G. S. Moraes
Pesquisadora

Pesquisadores:

Stela Maris Aguiar Lemos – fonoaudióloga, professora adjunta do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3248-99791.

Priscila Moraes – graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31)

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil 31270-901. Tel. (31) 3499-4592 Fax: (31) 3499-4027

ANEXO 2 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Roteiro estruturado para realização das entrevistas

Cargo: _____

Data: ____/____/____

Vínculo com o HC:

() Concurso

() Contrato FUNDEP

1- Unidade funcional da qual faz parte

() Multiprofissional

() Outras _____

- 2- Descreva em algumas palavras como é determinada sua rotina de trabalho e como você é informado sobre ela e/ou sobre alguma mudança realizada na mesma.
- 3- Como o Sr(a) avalia a participação do usuário no processo de determinação de sua rotina de trabalho?
- 4- Entre as pessoas com as quais o Sr (a) trabalha com quem é mais fácil a comunicação e por quê?
- 5- Com quem é mais difícil a comunicação? Por quê?
- 6- Descreva como o trabalho dos outros profissionais de seu setor afeta suas atividades.
- 7- Cada profissional no seu setor apresenta uma prática de trabalho diferente. Como o Sr(a) avalia o impacto da comunicação na relação entre as diferentes rotinas de trabalho ?
- 8- Descreva sua conduta quando o Sr (a) sente necessidade de realizar algum tipo de sugestão, crítica ou mesmo solucionar dúvidas relacionadas ao trabalho.
- 9- Como esse tipo de participação afeta suas relações de trabalho?
- 10- Descreva como é feita sua representação nos espaços de discussão dentro do Hospital das Clínicas.
- 11- Para encerrar, eu lhe peço que comente sobre a importância da comunicação na rotina do seu trabalho.

8 REFERÊNCIAS

1. Angeloni MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ciência da Informação* [periódico online]. 2003, vol. 32, no. 1 [citado 2007-11-28], pp. 17-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652003000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0100-1965. doi: 10.1590/S0100-19652003000100002
2. Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico online]. 2007 Ago [citado 2007 Nov 28] ; 12(4): 861-870. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400008&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232007000400008
3. Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e redes de saúde : valorização dos trabalhadores da saúde. 2a ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2006. 32 p. [Série B. Textos Básicos de Saúde]
4. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 1998; 14(4):863-870.
5. Cecilio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*; 1999; 4(2):315-329.
6. Cecilio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*; 2007;11(22):345-351.
7. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*; 2005;9(18):489-506.

8. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ci. Inf.. Brasília; 2004;33(1).

9. Rigoli F, Rocha CF, Foster AA.. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. Rev Latino-am Enfermagem; 2006;14(1):7-16.

ABSTRACT

Purpose: The present work has as an objective to analyze and to discuss the communicative relationships in work of health professionals from the Multiprofessional unit from Hospital das Clinicas/UFMG, taking as reference the model of management implemented in this hospital.

Methodology: The instrument used to accomplish the research was an schedule for the semi-structured interviews, which was elaborated by the researchers, and approaches the communicative relationships in work, to understand its impact into the management model implemented in the hospital. The thematic areas of the schedule are: communication, work and management. The interviews were recorded in audio and they were done at the work place of the respective professionals. After this, we made a transcription of the interviews, which were analyzed by its content, in a qualitative way. The content analysis considered the establishment of categories for each subject found in the answers, and it also considered the frequency of occurrence of this categories on the interviewees' speeches.

Results: About the professional's perception related to the management model we observed individuals who are seen as part of the construction of the decisions; individuals that have autonomy related to the definition of the routine; individuals that have the routine defined by the technical leadership; and those who consider that the technical/management aspects are defined by the Functional Unit Multiprofessional. About the participation of the SUS' user, the professionals from the unit don't observe any participation of them in the determination of the work routines. About the professional's perception related to the participation in the processes of management and decisions, we observed the following subjects: participation related to attendance; participation related to the politics relationships among the individuals; and the participation related to the process of defining decisions. About the importance of the communication in health work, all the interviewees answered positively. The professionals notice the importance of communication as a form of recognition of their profession inside the hospital; as base for the work in health; as a tool in the exercise of attendance; as tool in the politics relationships among the individuals; and as tool for the administrative routine.

Conclusions: The communication relationships found refer to the communication among people, refer to the communication with the leadership, refer to the communication among the different professional categories, and the communication related to the technical/management aspects in the daily routine. We also observed individuals that don't notice connection between his/her work and the other professionals work; individuals that believe that the relationship among different professionals affects positively when it's related to the interdisciplinary work; and individuals that believe that the relationship among the different professionals affects the communication in the daily practices, making the work became more difficult.

Bibliografia consultada

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. Comunicação; p.781

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª ed. rev. E ampl. São Paulo:2005.