

ANA CRISTINA GOMES LOPES PEREIRA NERO

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Comunicação em Saúde



A RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO
CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DE CONFLITOS

A RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DE CONFLITOS

ORIENTADOR: Professor Correia Jesuíno

Lisboa, Fevereiro de 2008

À MINHA MÃE

AGRADECIMENTOS

A realização de uma dissertação implicou uma dedicação a nível pessoal, que se traduziu em esforços pessoais e de todos os que nos rodeiam, sobretudo à minha família a quem foram retiradas algumas horas de convívio para que este trabalho fosse finalizado.

Um sincero agradecimento a todos os que participaram neste trabalho com o seu contributo em termos de opiniões e sugestões. Esperamos que o esforço de todos resulte em algo benéfico para as profissões de Medicina e Enfermagem no que respeita à relação entre estes dois profissionais bem como à forma de ambos comunicarem entre si.

Ao meu orientador Professor Correia Jesuíno pela transmissão dos seus saberes, bem como pela sua disponibilidade e apoio durante a execução do trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo.

À Sra. Enfermeira Gabriela Croft Moura, Enfermeira Directora da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, pelo apoio e incentivo.

Ao Enfermeiro César, colega de profissão e de Mestrado, pela força transmitida numa altura crucial da elaboração deste trabalho e pela sua ajuda no fornecimento de informações muito úteis ao seu desenvolvimento.

À minha amiga, comadre e colega, Professora Isabel Malheiro, pelo seu apoio, incentivo e disponibilidade ao transmitir os seus conhecimentos que foram uma preciosa ajuda para a elaboração deste trabalho.

À minha amiga Anabela, pela sua disponibilidade e paciência ao transmitir-me conhecimentos sobre formatação.

Ao meu cunhado Sérgio pela revisão da tradução do resumo em francês.

À minha filha Inês, pelo incentivo e pela ajuda fornecida na fase de colheita de dados.

Ao meu filho Tomás, pela sua paciência em ouvir por vezes os meus desabafos durante o percurso da elaboração deste trabalho.

Ao meu marido João, pelo apoio desde o início, incentivando à realização do Mestrado em Comunicação em Saúde.

RESUMO

Procurar ter a percepção de como os enfermeiros e os médicos se vêem entre si e compreender o tipo de comunicação na relação existente entre ambos, tendo em vista uma comunicação/actuação adequada por parte dos dois profissionais de saúde no seu dia-a-dia, constituiu o grande objectivo deste estudo.

Com base em entrevistas e questionários efectuados a enfermeiros e médicos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, foram identificadas as seguintes categorias: ser enfermeiro, ser médico, comunicação interprofissional e relação interprofissional.

Os resultados obtidos revelam uma evolução na relação profissional, baseada numa comunicação mais eficaz, existindo campo e lugar a um aperfeiçoamento no sentido de cada um encontrar o seu lugar nesta relação de trabalho em equipa com um objectivo comum: o utente.

Não se pretende que deste estudo sejam retiradas formulas ou dados estatísticos precisos, mas sim que sirva de reflexão para enfermeiros e médicos e que sejam levantadas questões e dadas sugestões que possam constituir um contributo para a relação entre enfermeiros e médicos e conseqüentemente para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

PALAVRAS CHAVE: relação interprofissional, comunicação interprofissional, ser enfermeiro, ser médico.

SUMMARY

This study searches the understanding between physicians and nurses, and the way they communicate, with the objective to achieve an adequate communication/action of both professionals in a daily basis.

Based on interviews and questionnaires made to Physicians and Nurses of Maternidade Alfredo da Costa, it has been classified the following categories: nurse being, physician being, interprofessional communication and interprofessional relation.

The results obtained, revealed evolution in the professional relation, based on a better communication, giving place to progress and achievement of the knowledge of each obligations in this team job, with one only common aim: the patient.

This study does not apply to a precise statistic information or its formulations, but an instrument for reflection to improve the relation between physicians and nurses, in a process of questions and suggestions to progress in this subject and in the quality of the health care on the patient.

KEY WORDS: interprofessional relation, interprofessional communication, nurse being, physician being.

RÉSUMÉ

Chercher à avoir la perception de comment les infirmiers et les médecins se voient entre eux et comprendre le genre de communication dans la relation existante entre les deux, en vue d'une communication/action appropriée de la part des deux professionnels de santé à leur jour le jour, a constitué le grand objectif de cette étude.

Sur base d'entrevues et de questionnaires effectués à des infirmiers et à des médecins de la Maternité Dr. Alfredo da Costa, ont été identifiées les suivantes catégories:

être infirmier, être médecin, communication interprofessionnelle et relation interprofessionnelle.

Les résultats obtenus révèlent une évolution dans la relation professionnelle basée sur une communication plus efficace, existant champ et place à un perfectionnement dans le sens de chacun trouver sa place dans cette relation de travail en équipe avec un objectif commun: l'usager.

Il n'est pas prétendu que de cette étude soient prélevés des formules ou des données statistiques précises, mais qu'elle serve de réflexion pour infirmiers et médecins et que soient soulevées des questions et données des suggestions qui puissent constituer une contribution pour la relation entre infirmiers et médecins et en conséquence pour une amélioration de la qualité des soins prêtés aux usagers.

MOTS-CLÉS: relation interprofessionnelle, communication interprofessionnelle, être infirmier, être médecin.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	4
1 AS ORGANIZAÇÕES	5
1.1 A COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES	5
1.2 CULTURA ORGANIZACIONAL.....	6
1.2.1 Noções de Clima e Cultura Organizacional.....	7
2 CUIDAR/PRESTAR CUIDADOS	10
3 RELAÇÃO DE AJUDA/RELAÇÃO EMPÁTICA	13
4 COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL/CONFLITO.....	16
5 CONCEITO DE EQUIPA	21
5.1 O TRABALHO EM EQUIPA/ESPÍRITO DE EQUIPA	23
6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	33
1 OBJECTO DE ESTUDO	34
1.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA.....	34
1.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	35
1.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	36
2 OPÇÕES METODOLÓGICAS	38
2.1 SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	44
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
I APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
1.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (DIMENSÃO A)	48
1.1.1 Ser Enfermeiro (Categoria A)	49
1.1.2 Ser Médico (Categoria B).....	57
1.2 RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO (DIMENSÃO B).....	63
1.2.1 Comunicação Interprofissional (Categoria A).....	64
1.2.2 Situações Vividas Pelos Participantes Que Retratam Problemas Na Comunicação Interprofissional	69
1.2.2.1 Relatos dos Enfermeiros	69
1.2.2.2 Relatos dos Médicos.....	70
1.2.3 Relação Interprofissional (Categoria B)	73
1.2.4 Situações Vividas Pelos Participantes Que Retratam Conflitos Na Relação Interprofissional	75
1.2.4.1 Relatos dos Enfermeiros	75
1.2.4.2 Relatos dos Médicos.....	76

2 INTERPRETAÇÃO FINAL DE ACORDO COM A ANÁLISE HERMENÊUTICA EFECTUADA	77
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS.....	91
ANEXO 1 – FUNÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	92
ANEXO 2 – FUNÇÃO DOS MÉDICOS.....	104
ANEXO 3 – GRELHA DE ANÁLISE	110
ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO	112
ANEXO 5 – RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS.....	116
ANEXO 6 – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	143
ANEXO 7 – ENTREVISTA MÉDICO A	146
ANEXO 8 – ENTREVISTA MÉDICO B	167
ANEXO 9 – ENTREVISTA ENFERMEIRO A.....	181
ANEXO 10 – ENTREVISTA EB ENFERMEIRO B.....	196
ANEXO 11 – EXCERTO DE TEXTO DE LUÍS GRAÇA	206
ANEXO 12 – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	208

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

QUADRO 1

SINTESE DA DIMENSÃO A – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 49

QUADRO 2

SINTESE DA DIMENSÃO A – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 57

QUADRO 3

**SINTESE DA DIMENSÃO B – RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO
(CATEGORIA A – COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL) 64**

QUADRO 4

**SINTESE DA DIMENSÃO B – RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO
(CATEGORIA B – RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL) 73**

INTRODUÇÃO

Enquadrado no contexto do Mestrado em Comunicação em Saúde, este estudo surgiu da necessidade do próprio investigador em analisar um tema que faz parte da sua preocupação diária em ambiente de trabalho.

A forma como comunicamos e nos relacionamos no dia-a-dia, tem cada vez mais importância seja qual for o contexto em que nos encontremos. Vários factores influenciam essa comunicação, uns agindo como factores positivos outros não.

É necessário que consigamos encontrar o equilíbrio entre esses factores, que seja favorável a uma comunicação assertiva e que provoque no outro um sentimento de confiança e segurança indispensáveis para uma boa relação quer ela seja de amizade, de laços familiares ou profissional.

Esta última será o objecto do nosso estudo, tendo em conta que a relação profissional que existe entre enfermeiros e médicos já vem de há muitos anos atrás, e que tem sofrido grandes alterações sobretudo devido à diferenciação no que respeita à formação profissional dos enfermeiros. Por razões que pretendemos saber, esta relação enfermeiro/médico é por vezes conflituosa no local de trabalho, sendo que a comunicação também por vezes não se efectua de forma eficaz.

É através da observação feita em local de trabalho sobre aquela relação interprofissional, que partimos para este estudo que não pretende ser exaustivo,

mas sim deixar em aberto algumas questões relacionadas com o tipo de relação e comunicação existentes entre enfermeiros e médicos.

Assim, na primeira parte, faremos um levantamento bibliográfico de conceitos que julgamos pertinentes como suporte teórico para as opiniões dos participantes neste estudo.

No tema 1, falaremos das organizações e da comunicação dentro delas. As instituições hospitalares deverão funcionar como organizações em que a necessidade de uma comunicação e relação interprofissional eficazes, serão a tônica essencial para alcançar os objectivos a que se propõem.

No tema 2, uma leve abordagem ao conceito de cuidar/prestar cuidados, conceito este inerente às competências dos enfermeiros de cuidados gerais e que merece algum relevo no âmbito deste estudo.

No tema 3, destacamos a relação de ajuda porque pensamos que esta deva estar presente nas funções que enfermeiros e médicos exercem sobre o utente, e também na relação entre eles.

No tema 4, achamos pertinente abordar a comunicação interprofissional por estar directamente ligada com o nosso estudo, e porque necessariamente, segundo alguns autores, o conflito é inerente ao processo comunicacional em si, e praticamente inevitável nas relações de trabalho, podendo funcionar como força motora como veremos adiante.

No tema 5 fazemos referência ao conceito de equipa/trabalho em equipa. Este conceito parece-nos fundamental existir entre enfermeiros e médicos para que a relação entre ambos seja frutífera para o utente e para os próprios profissionais envolvidos.

Por último, nesta primeira parte do trabalho, uma leve referência às representações sociais, porque julgamos fundamental saber qual a representação que enfermeiros e médicos fazem de si próprios e uns dos outros.

Na segunda parte, o imprescindível destaque para a investigação efectuada, com o primeiro tema a fazer referência ao enunciado do problema, às questões de investigação decorrentes dos objectivos traçados e às limitações do estudo.

No segundo tema, atenção dedicada à opção metodológica no que respeita ao tipo de estudo e método de recolha de dados, bem como à sua fundamentação e à selecção e caracterização da amostra.

Finalmente, a terceira e última parte deste trabalho integra no primeiro tema a apresentação e discussão dos resultados da investigação, dividida em vários subtemas cujos títulos correspondem às categorias encontradas. Os dados são então analisados, discutidos e confrontados com a literatura existente.

No segundo tema faz-se uma interpretação final dos resultados de acordo com a análise hermenêutica efectuada, e por último algumas considerações finais e sugestões inerentes aos resultados encontrados.

PARTE I
REVISÃO DA LITERATURA

I AS ORGANIZAÇÕES

Ao falarmos de hospitais, referimo-nos muitas vezes a estes como empresas que devem cumprir determinados fins, um dos quais a promoção da saúde e da comunidade. Estas instituições deverão funcionar como organizações em que a necessidade de uma comunicação e relação interprofissional eficazes, serão a tónica essencial para alcançar os objectivos a que se propõem.

Como qualquer outra organização, também os hospitais são sistemas integrados em outros sistemas mais amplos, existindo uma relação de intercâmbio com o meio social que os rodeia bem como uma cultura organizacional subjacente a cada instituição hospitalar. Para além disso, a base de sustentação de uma organização são os elementos humanos que a constituem, também eles integrados num meio social e sofrendo as respectivas influências desse meio. Daí que seja pertinente o estudo da relação e da comunicação em contexto hospitalar, entre dois grupos profissionais com relevante importância como são os enfermeiros e os médicos.

1.1 A COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

A comunicação é um processo complexo, constituído não por um acto isolado mas por um conjunto de comportamentos. É por esta razão que existe uma variedade de teorias relacionadas com a comunicação, em que cada uma interpreta o processo de comunicar de maneiras diferentes. Por exemplo o

Modelo Cibernético, um dos mais conhecidos para estudar a comunicação, mostra precisamente que a comunicação não representa um fenómeno isolado e que é influenciada pelo meio ambiente que pode ser favorável ou desfavorável. Para Margot Phaneuf (2005, p. 26), “*a comunicação possui um carácter cibernético, quer dizer que o enunciado de um dos parceiros influencia, exerce um efeito de controlo sobre a reacção do outro*”. Trata-se de um processo dinâmico, de alternância de palavras e de mensagens não verbais. Roger Moyson (1996, p. 102), citado por Margot Phaneuf (2005, p. 27), diz que “*a interacção entre as pessoas é uma adaptação contínua aos estímulos lançados pela outra*”.

Segundo Bilhim (2001), a importância da comunicação nas organizações surge do facto de ela estar presente em quatro grandes funções:

- Controlo formal e informal do comportamento dos membros da organização;
- Motivação dos colaboradores (por permitir esclarecimento sobre as actividades e tarefas a cumprir e dar informação de retorno sobre o grau da sua realização);
- Ir ao encontro das necessidades de afiliação próprias do ser humano;
- Fornecer informação necessária à tomada de decisão.

Segundo Margot Phaneuf (2005, p. 26), a comunicação “*encontra-se em toda a parte*” e “*invade-nos de todos os lados*”. Ainda segundo a mesma autora, é praticamente impossível não comunicar pois “*a linguagem do corpo fala por nós, e mesmo quando não nos queremos revelar, ela trai-nos*”.

1.2 CULTURA ORGANIZACIONAL

O interesse pelo estudo da cultura organizacional começou a desenvolver-se nos finais da década de 70. Segundo Neves (2001, p. 449), “*na origem deste interesse está a tomada de consciência por parte dos teóricos e práticos da importância dos*

fatores culturais nas práticas de gestão e a crença no facto de a cultura organizacional constituir um factor que diferencia as organizações bem sucedidas das menos bem sucedidas". Salienta ainda que foi a necessidade de explicar a diferença de desempenho entre as organizações americanas e as organizações de outros países, como o Japão, que esteve na base desta reflexão.

1.2.1 Noções de Clima e Cultura Organizacional

Para compreender o conceito de cultura organizacional tem necessariamente que se perceber qual o contributo que o clima e a cultura assumem no funcionamento de uma organização, assim como quais as suas funções, para que seja possível aos responsáveis intervir eficazmente nas organizações que dirigem.

Neves (2001, p. 449), refere que *"o conceito de clima aplicado às organizações sugere um composto multidimensional de elementos, os quais exercem considerável influência no modo como os indivíduos se comportam na situação de trabalho"*.

De acordo com Moran e Volkwein (1992) citado por Ferreira [et al.] (1996, p. 308), a formação do conceito de clima organizacional pode ser abordada segundo quatro perspectivas separáveis *"apesar de não mutuamente exclusivas: **estrutural**, **perceptiva**, **interaccionista** e **cultural**"*. Pela perspectiva **estrutural** *"o clima é visto como um conjunto de características que descrevem objectivamente uma organização e a distinguem de outra (...)"*. A perspectiva **perceptiva** relaciona o clima com o indivíduo que percebe *"este reage às variáveis situacionais que encontra, de acordo com o modo como as percebe e interpreta"*. Influenciada pela visão de alguns autores, a perspectiva **interaccionista** enfatiza o impacto do meio ambiente e da personalidade da pessoa na determinação do seu comportamento. Segundo esta óptica, a origem do clima está na forma como os indivíduos interagem como resposta às características da organização, como percebem e como comunicam. No

que respeita à perspectiva **cultural**, *“nas interações, os indivíduos não formam a partir do nada a estrutura de referência comum que se traduz na noção de clima”*, ou seja, há um condicionamento inerente aos significados veiculados pela estrutura organizacional, que dita valores, normas e mitos.

Estas diferentes perspectivas, que qualificam o clima de uma organização, resultam de uma tentativa de sistematização das principais características da organização, sendo enfatizada uma determinada dimensão como factor específico que influencia a sua dinâmica e funcionamento.

Destas quatro perspectivas salienta-se, pela importância que parece ter para a formação do clima organizacional, a perspectiva cultural: *“o clima é um conceito sistémico que resulta das características organizacionais percebidas pelos indivíduos, percepção moderada pela personalidade de quem percebe, pelas estruturas cognitivas que envolvem interação e pela cultura organizacional”* (Neves 2001, p. 442). O clima parece ser determinante no modo como as pessoas se empenham para atingir os objectivos da organização a que pertencem.

Existem ainda outros aspectos valorizados por vários autores. O clima, apesar de ser uma criação a partir das percepções de um grupo de pessoas, *“não ultrapassa as variações individuais inerentes aos climas psicológicos”*, enquanto que a cultura assenta numa espécie de inconsciente colectivo (Neves 2001, p. 447).

Para Schein (1990) citado por Neves (1994, p. 330), a Cultura Organizacional define-se como um conjunto de valores, normas de comportamento, artefactos e padrões de comportamento que governam a forma como as pessoas interagem numa organização e o modo como se empenham no trabalho e na organização. É como uma mistura de elementos interrelacionados. Para Morey e Luthans (1985), *“a cultura não é um atributo de um indivíduo mas sim dos grupos, é algo que é compartilhado e padronizado, e à medida que os componentes individuais interagem*

todos os dias numa organização, eles vão colectivamente criando essa cultura organizacional” (Neves, 1994).

Numa perspectiva mais antropológica, os investigadores da temática da Cultura Organizacional, utilizaram a entrevista, a observação e o envolvimento directo, para compreenderem os valores e o significado que tinham no funcionamento das organizações.

2 CUIDAR/PRESTAR CUIDADOS

Inerentes às competências dos enfermeiros estão conceitos como o de cuidar e o prestar cuidados que merecem algum relevo no âmbito deste estudo.

Tal como diz Collière (1999, p. 235), *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”*. Para Hesbeen (2000), *“cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”*. Ainda segundo aquele autor *“a arte do terapeuta é a que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as pessoas em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados a uma pessoa única”*.

Enfermagem é assim, a actividade de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa, actividades de promoção e protecção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

Segundo Hesbeen (2001), *“a nível profissional, aqueles que escolheram uma profissão na área da saúde não podem ser de imediato classificados como prestadores de cuidados. A própria natureza desta actividade, não permite que esse estatuto seja*

adquirido automaticamente através de uma qualificação ou de uma função, sejam elas quais forem. Ser prestador de cuidados exige, fundamentalmente, um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo". Ainda segundo aquele autor, "muitos profissionais sejam eles médicos, enfermeiras, parteiras, assistentes sociais, fisioterapeutas, ergoterapeutas, técnicos de radiologia... podem, quer por hábito, quer pontualmente, exercer a sua profissão sem, por várias razões, cuidarem ou estarem verdadeiramente atentos à singularidade da pessoa à qual se dirigem. Nesses casos, estão a prestar cuidados mas não a cuidar. A ajuda que prestam – e que não convém subestimar – é, à partida, limitada porque depende essencialmente de actos ou de tarefas dirigidas ao corpo da pessoa – o corpo objecto – mas não verdadeiramente à pessoa – o corpo sujeito".

Cuidar é, numa perspectiva de saúde, ir ao encontro de outra pessoa acompanhando-a no seu processo de promoção da saúde. Cuidar é portanto mais do que prestar cuidados, é tal como diz Hesbeen (2000, p. 10) *"uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a saúde"*. Ainda segundo o mesmo autor, *"a atenção enquadra-se na perspectiva de prestar ajuda a uma pessoa, logo, de lhe aparecer como um profissional de ajuda, na sua situação singular e utilizando as competências profissionais que caracterizam os actores desta ou daquela profissão"*. Desta forma os cuidados médicos constituirão a atenção particular que os médicos prestam ajudando uma determinada pessoa, tendo em conta o conjunto de competências que fazem dele um médico, e os cuidados de enfermagem poderão ter a mesma designação no domínio da enfermagem.

Uma vez que o cuidar tem por base uma visão holística da pessoa, um outro conceito defendido por Hesbeen é de que o cuidar é único, não podendo ser repetido de forma igual em várias pessoas, pelo facto de estas apresentarem contextos de vida diferentes e constituírem seres humanos diferentes. Cuidar

constitui portanto um acto singular uma vez que traduz os cuidados prestados a uma pessoa em particular; ou seja, os mesmos cuidados poderão ser efectuados noutra pessoa que, inserida noutro contexto de vida com as suas particularidades, irá resultar em outro acto de cuidar.

3 RELAÇÃO DE AJUDA/RELAÇÃO EMPÁTICA

A palavra *ajudar* faz parte do vocabulário dos enfermeiros e está directamente ligada aos cuidados de enfermagem, tendo presente que para ajudar de uma forma eficaz, *“o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema”* (Helene Lazure, 1994). A relação de ajuda surge então segundo Carl Rogers (1977, p. 43), como *“uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”*. Helene Lazure (1994), citando Brammer, refere-se à relação de ajuda como *“uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”*.

Do ponto de vista Rogeriano, na perspectiva da abordagem centrada na pessoa, o papel do profissional na relação de ajuda não é o de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução da situação, mas agir de modo a que o outro compreenda melhor a situação e se compreenda melhor a si mesmo. Assim, estabelecer uma relação de ajuda, numa abordagem centrada na pessoa, significa que o profissional crie as condições relacionais que permitam àquele que pede ajuda, encontrar a melhor solução, o melhor caminho para si, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades ou problemas (Nunes, 1999, p. 61). Este processo que leva a pessoa a auto descobrir os seus próprios recursos e potencialidades, permitir-lhe-á adquirir maior confiança em si própria e

consequentemente um aumento da autonomia. Por outro lado, permite-lhe descobrir as suas capacidades e limitações e daí maior consciência de si como pessoa, e maior preparação para enfrentar situações difíceis no futuro (Nunes, 1999, p. 62).

Acerca da relação de ajuda, Margot Phaneuf (2005, p. 324) descreve-a como *“uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova”*. Refere ainda que *“esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte”*.

Na relação de ajuda entre o enfermeiro e o utente é necessário que o enfermeiro tenha uma visão holística do utente, sendo que, tal como refere Margot Phaneuf (2005, p. 322), *“quando se trata de contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave da abertura para uma relação significativa e calorosa, numa convivência terapêutica essencial a um trabalho profissional”*. Ainda segundo a mesma autora, *“na realidade, o doente, qualquer que seja o seu estado, é um parceiro no processo dos cuidados: nós prestamos-lhe, ele recebe-os e colabora neles, segundo as suas possibilidades. Sem a sua colaboração, por vezes obtida com grande luta, não podemos nada, a nossa missão de ajuda perde o seu sentido”*.

Na base de uma relação de ajuda eficaz está o sentimento de empatia, que surge como um sentimento de profunda compreensão do outro para o qual nos direccionamos em situação de ajuda. Para Margot Phaneuf (2005, p. 346), a empatia *“em certos casos, é quase sinónimo da própria relação de ajuda”*. Ainda segundo aquela autora, *“a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse*

no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções”. Desta forma, o desenvolvimento do sentimento de empatia pela equipa médica e de enfermagem no atendimento à pessoa é de grande importância e determinante no sucesso do tratamento.

4 COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL/CONFLITO

No contexto da comunicação interprofissional, o conflito é inerente ao processo comunicacional em si, e praticamente inevitável nas relações de trabalho. Segundo Correia Jesuíno (2006), o conflito não é uma ruptura da comunicação, mas uma outra forma de comunicar. Há, por isso, que saber diagnosticar a causa, de forma a eleger a melhor forma de actuação. Para Margot Phaneuf (2005, p. 498), *“um conflito é uma tensão importante, um antagonismo criado por uma divergência de necessidades, de sentimentos, de opiniões, de motivações, de valores e de condutas entre as pessoas”*. No processo de comunicação interprofissional entre o enfermeiro e o médico, existem muitas situações causadoras de conflito que estão habitualmente ligadas a uma luta pelo poder, e a grande dificuldade reside na utilização que se faz dele. Este poder, segundo aquela autora, *“pode ter um efeito negativo se ele diminui o poder do outro ou se procura permitir a um tirar vantagem do outro. Esta situação provoca evidentemente inconvenientes relacionais importantes que prejudicam a resolução do conflito”*. No entanto o poder pode ser positivo se fizer com que emirjam as capacidades construtivas de cada um dos intervenientes, conseguindo-se então uma resolução de conflito que tem por base o poder partilhado.

Numa pesquisa efectuada na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real concluiu-se que o tratamento hierarquicamente superior dos médicos em

relação aos enfermeiros, constitui, na opinião da maioria dos entrevistados, o aspecto mais negativo na relação entre estes dois profissionais de saúde. Este aspecto encontra-se directamente ligado com a história da profissão de enfermagem bem como com alguns aspectos sociológicos. Assim, segundo os autores do referido estudo, Paulo Castro Seixas e Pedro Pereira (2005), “o tratamento hierárquico por parte dos médicos é o aspecto negativo mais evidente e expressa-se de várias formas. Enquanto que uns ressaltam a relação de auxiliar de médico, outros referem a relação empregado/patrão ou, porventura um relacionamento de tipo mais negativo ainda”. Ainda neste estudo, os autores referem que a desvalorização e o desconhecimento do trabalho dos enfermeiros por parte dos médicos é considerado outro factor negativo na relação enfermeiro/médico, bem como a falta de espírito de equipa, e a dificuldade de comunicação (esta sobretudo relacionada com o tratamento hierárquico: “uma enfermeira quando se dirige a um médico fá-lo normalmente de uma forma respeitosa, por vezes até submissa, ao passo que grande parte dos médicos fá-lo de forma rude, depreciativa, ou pelo menos de uma forma menos cordial”).

A relação enfermeiro/médico tem sofrido ao longo dos tempos bastantes alterações, tal como a profissão de enfermagem que tem tido uma evolução notória nas últimas décadas. A formação inicial dos enfermeiros foi dada pelos médicos, e nessa altura o enfermeiro fazia o que o médico lhe pedia e orientado por este. Entretanto, graças ao aumento do nível de formação dos enfermeiros, a profissão de enfermagem tornou-se mais autónoma e o seu saber mais científico, e até em termos académicos o Curso de Enfermagem passou a ser uma licenciatura. Este facto parece ter causado algum incómodo a alguns profissionais da classe médica, que com essa evolução viram o seu poder a nível institucional ameaçado. Os enfermeiros deixaram de ser meros executantes das prescrições médicas, criando o seu campo de acção autónomo junto do utente, “cuidando” deste com técnicas apoiadas em suporte científico. Por outro lado, por parte de alguns profissionais de enfermagem, parece haver uma

interpretação algo exagerada dessa evolução na sua profissão, querendo sobrepor o seu saber e as suas competências às do médico. Também a atitude oposta de subserviência, bem como a tentativa de alguns enfermeiros transportarem aquilo que é da sua responsabilidade para os médicos não assumindo tomadas de decisão, se torna negativa e não adequada a um crescimento construtivo da relação enfermeiro/médico. Se cada um destes profissionais souber aplicar os seus conhecimentos científicos e o seu desempenho de uma forma construtiva, sem patamares de superioridade e com proveito para o utente e para eles próprios, alguns desses conflitos poderiam ser evitados. No entanto, o conflito interpessoal pode ser funcional, tornando-se essencial ao bom funcionamento de uma organização, uma vez que é construtivo, promove a criatividade, a inovação, encorajando o desenvolvimento pessoal e a mudança. Os desentendimentos ao nível das relações interprofissionais devem ser geridos de forma a não se tornarem incontrolláveis.

A comunicação surge como um elemento importante na gestão destes conflitos, uma vez que ao falarmos de comunicação encaramo-la como um processo de interacção entre as pessoas. Neste contexto, e na perspectiva das relações profissionais quotidianas, é necessário que falemos antes de conversação. Segundo Margot Phaneuf, *“a principal qualidade de uma conversação agradável e funcional refere-se a uma partilha equitativa do espaço comunicacional, o que supõe portanto uma boa capacidade de escuta”*. A maneira como nos exprimimos deverá ser de forma correcta e agradável, pois isso influenciará as relações com os outros. Ainda segundo Margot Phaneuf, no processo de comunicação dever-se-á ter em conta *“uma certa criatividade para enunciar ideias interessantes e examinar as diversas facetas de um problema ou de uma situação”* bem como *“um interesse pelos assuntos importantes para o interlocutor”*. Segundo esta autora o humor é um factor importante, quando adequado às circunstâncias, que permite aligeirar certas situações.

Em contexto profissional, a comunicação não se trata apenas de uma conversação, passando a ser necessário que se aborde a comunicação funcional. Para Margot Phaneuf *“o termo funcional significa que se adapta a uma função definida, que é eficaz num dado sector. O estilo de comunicação que responde a esta descrição comporta portanto atitudes, comportamentos, qualidades conformes à natureza das trocas que se desenrolam nos serviços. Deve adaptar-se a conteúdos práticos e concretos, a uma diversidade de intervenientes, à rapidez sempre imposta dos contactos, a situações críticas e urgentes, frequentemente carregadas de emotividade”*. A mesma autora refere ainda que *“apesar destas dificuldades, e em virtude da sua existência, a comunicação funcional deve continuar humana, calorosa e eficaz a diversos níveis”*, nomeadamente *“ao nível das trocas com os outros profissionais, com as pessoas em posição de autoridade e com os seus pares a fim de favorecer relações construtivas que facilitem uma colaboração harmoniosa”*.

Quando a comunicação se torna ineficaz entre dois técnicos como os enfermeiros e os médicos, pode surgir o conflito cuja resolução, segundo Margot Phaneuf, *“é também um processo consensual que se faz geralmente em presença das duas partes implicadas. Para o resolver, os protagonistas devem manifestar uma certa motivação para se envolverem neste processo exigente”*.

A comunicação interprofissional deficiente pode estar na origem de alguns conflitos existentes nas equipas de saúde. Para Julia Riley (2004, p. 321), *“a equipa de saúde é constituída por pessoas com formação e provenientes de ambientes diversos”*. Ainda segundo esta autora *“várias visões profissionais são encontradas numa equipa de enfermeiros, médicos, sacerdotes, nutricionistas e fisioterapeutas”*. Desta forma, Riley afirma que *“para além das diferenças de socialização existentes entre estes profissionais cada um deles detém uma visão pessoal baseada no sexo, idade, cultura, situação socio-económica e experiência de vida”* de tal forma que *“esta diversidade é fonte potencial de conflito em qualquer equipa de saúde”*.

Riley (2004), citando Johnson (1990), refere que “o conflito pode ser uma força positiva, se for utilizado como motor para o crescimento e introdução de mudanças profissionais e na organização”. Ainda segundo aquela autora, “nos sistemas de saúde tem vindo a ocorrer mudanças no poder, o que possibilita um maior número de opções para a resolução dos conflitos. A história da diferença entre o poder médico e de enfermagem tem dificultado a colaboração, instrumento indispensável para a gestão eficaz dos conflitos, porque raramente existe colaboração quando existe uma grande diferença de poder entre os grupos envolvidos”. Mais uma vez confrontamo-nos com uma luta de poderes que não parece favorável ao crescimento e amadurecimento da relação enfermeiro/médico nem à gestão dos conflitos que possam advir dessa relação.

5 CONCEITO DE EQUIPA

“Trabalho em equipa é uma expressão que faz parte da nossa linguagem profissional (...) no entanto trabalhar em equipa implica um certo número de pressupostos e acompanha-se sobretudo de muitas dificuldades que nós enfermeiros vivenciamos no quotidiano.” (Figueiredo, 1997, p. 19)

O trabalho em equipa remonta-nos para a antiguidade. Apolinário (2001, p. 52) diz-nos que *“desde que o Homem primitivo se apercebeu que caçar em grupo era mais eficaz do que fazê-lo sozinho – praticamente desde que o mundo é mundo – onde quer que as pessoas trabalhem juntas ou joguem fazem-no em equipa”*.

Apesar de cada pessoa representar um único ser e com características próprias, é na interacção com os outros que se molda e se afirma como tal. A importância do trabalho de equipa assenta neste mesmo pressuposto, uma vez que mesmo que tenhamos qualidades e competências para desempenhar determinado papel ou actividade, precisamos sempre da ajuda de alguém para poder concretizá-lo.

Segundo Figueiredo (1997, p. 19), citando Graça (1992), equipa é *“um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada, e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas”*.

Este grupo de pessoas funciona de forma dinâmica entre si, partilha objectivos comuns e trabalha em conjunto, contribuindo individualmente para a concretização desses mesmos objectivos, previamente traçados conjuntamente. Para que uma equipa funcione adequadamente, cada membro tem de dar resposta a um conjunto de pressupostos e regras inerentes ao grupo, onde a comunicação tem de ser clara, circular, aberta e multidireccional, para que a informação chegue a todos os membros do grupo e em todas as direcções (Figueiredo, 1997).

As equipas são constituídas por pessoas, e como cada pessoa é um ser único, com características específicas, entende-se que as equipas tenham modos de trabalhar diferentes. A **multidisciplinaridade** compreende a sobreposição de competências dos vários elementos, em que cada membro dá o seu contributo de forma paralela, embora não haja uma relação entre as duas disciplinas. Na **pluridisciplinaridade** utilizam-se as diferentes disciplinas de uma forma combinada, encontrando-se estas no mesmo patamar de importância e indispensabilidade. Na **interdisciplinariedade** há a utilização combinada das diferentes disciplinas, acarretando transformações recíprocas e implicando uma partilha e flexibilidade do estatuto, responsabilidade e autoridade. Por último, numa abordagem **transdisciplinar**, reconhece-se a importância do contributo de cada disciplina e privilegia-se o conhecimento que as cruza (Porto, 1994 e Figueiredo, 1997).

As equipas de saúde são definidas, citando um grupo de trabalho do Bureau regional da OMS europeia, como *“uma associação não-hierárquica de pessoas vindas de diversas profissões mas tendo um objectivo comum que é dar aos utentes e às suas famílias, um dado quadro, os cuidados de saúde mais completos possíveis”*.

Tal como acontece em qualquer outra equipa de trabalho, nas equipas de saúde encontramos as pessoas unidas por um objectivo comum e é na medida em que os seus membros pretendem alcançar esse objectivo, mediante o seu papel na

equipa, que devem trabalhar de forma coordenada e em conjunto, de modo a partilhar direitos e responsabilidades e desenvolver qualidades e estratégias individuais e colectivas necessárias para o concretizar.

Existem dois tipos de equipas de saúde distintos: a equipa de saúde **interdisciplinar** e **intradisciplinar**. A primeira é composta por diferentes profissionais que, dependendo do seu papel, actuam para contribuir para a resolução do problema e a segunda é constituída por membros da mesma disciplina, por exemplo só enfermeiros, ou médicos, em que cada membro possui uma especialização ou grau de competências particulares.

5.1 O TRABALHO EM EQUIPA/ESPÍRITO DE EQUIPA

O trabalho em equipa foi definido, citando um comité de peritos da OMS, como *“um método de trabalho, visando um objecto comum, que permite a muitas pessoas utilizarem o melhor possível, as suas qualidades individuais, associando as suas competências à sua experiência”*.

O trabalho desenvolvido pela equipa de profissionais de saúde, deverá assentar no empenho de cada um dos profissionais em atingir os objectivos dos cuidados de saúde, propostos colectivamente, exercendo para tal a sua autonomia, responsabilidade e também reconhecendo a sua interdependência (Figueiredo, 1977).

Pensar em trabalho de equipa na área da saúde implica que se pense nos cuidados centrados nos utentes, e não nas categorias profissionais. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objectivo comum, torna-se fundamental para que a assistência ao utente seja eficaz.

A importância de se trabalhar em equipa não se centra somente no desempenho das tarefas com vista à concretização dos objectivos, mas também na satisfação

que as pessoas sentem ao trabalharem em conjunto. A autora Matheus (1995), realça-nos a necessidade de existir numa organização, o trabalho em equipa, pois a ausência deste leva a que cada pessoa se isole e trabalhe individualmente nas suas tarefas, o que contribuirá pouco para a sua satisfação pessoal. É aqui que se percebe a relevância de haver um trabalho em conjunto. Segundo Matheus (1995, p. 15), este deixou de ser simplesmente “*um meio para alcançar um fim e passou a ser um comportamento e um valor vividos por cada membro*”.

De acordo com Figueiredo (1997), é muito importante a aplicação dos conceitos de paridade e equidade no trabalho em equipa. Assim se compreende que, se por um lado deverá haver valorização do contributo específico e diferente que cada disciplina dá, por outro lado o reconhecimento da igualdade de oportunidade de cada disciplina é indispensável.

O trabalho no âmbito de uma equipa, necessita de determinadas competências de base comuns a todos os seus membros. Para ocorrer alguma adaptação dos membros da equipa é necessário haver formação dentro da mesma, com o propósito de criar alguma uniformidade e a continuidade de cuidados.

Nesta altura, é pertinente que se descrevam algumas características que deverão ser inerentes à equipa, bem como aos membros que a constituem, para que o funcionamento da mesma seja eficaz.

Para que uma equipa funcione eficazmente, tem de existir uma boa rede de comunicação entre os seus membros e destes para o meio exterior. A comunicação é um aspecto muito importante no funcionamento de uma equipa, pois permite que todos os seus membros estejam a par de toda a informação e que haja uma continuidade de cuidados. Assim, os canais de comunicação devem ser abertos para todos os meios possíveis.

A informação que um membro do grupo obtenha, por exemplo através do utente ou família, deverá ser partilhada pelos outros profissionais, uma vez que

em conjunto têm de desenvolver estratégias para dar resposta a determinado problema.

Os prestadores de cuidados são pessoas que trabalham com outras pessoas, pelo que a ligação entre elas deverá ser feita através da comunicação. Esta comunicação deverá estabelecer-se entre toda a equipa multidisciplinar.

Nem sempre a comunicação dentro da equipa de saúde é fácil. Os autores Rodrigues e Fernandes (1996), sugerem-nos algumas barreiras no processo de comunicação da equipa multidisciplinar:

- A personalidade de quem emite e de quem recebe a mensagem; a forma de estar, a sensibilidade e responsabilidade com que é transmitida a mensagem, crítica ou informação, bem como a percepção com que esta é assimilada, depende da personalidade das pessoas e vai condicionar a eficácia ou não da comunicação.
- A linguagem utilizada está relacionada com o ponto anterior, pois comunicar requer um conjunto de símbolos e expressões perceptíveis e claras para todos. Se a linguagem não for uniformizada, a comunicação não é eficaz.
- Também o contexto onde a mensagem é transmitida vai influenciar o processo de comunicação (o espaço físico, a disponibilidade dos elementos, entre outros) são alguns dos factores que contribuem para a ineficácia do funcionamento da equipa.

O trabalho de equipa nem sempre é eficaz e comumente surgem inevitavelmente conflitos no grupo que, se por um lado podem parecer prejudiciais, por outro são uma forma de crescimento. Estes conflitos existem *“(...) porque na civilização tomada em sentido lato há uma luta perpétua entre a competição e a cooperação, a individualidade e a conformidade, a liberdade de expressão e a inibição de sentimentos”* (Rodrigues e Fernandes, 1996, p. 9).

Ainda segundo aqueles autores, estes conflitos podem proporcionar mudanças, estimular a cooperação entre o grupo e conduzir à inovação na sua prestação quando surgem de novo situações semelhantes.

Numa equipa de saúde, e especificamente na relação entre o enfermeiro e o médico, é importante que estes conflitos e divergências de opiniões sejam resolvidos e ultrapassados, pois caso contrário os principais prejudicados serão os utentes.

A estrutura hierárquica tradicional, que coloca o médico acima dos outros profissionais de saúde, também contribuiu para o aparecimento de alguns conflitos entre papéis e estatutos. No entanto, a atitude dos enfermeiros na equipa de saúde e na relação entre eles e os médicos, não deverá ser a de tentar sobrepor-se aos médicos nem a de subserviência. Os enfermeiros terão de situar-se no que está definido como sendo as suas funções, assumindo as responsabilidades e tomadas de decisão inerentes ao desempenho dessas mesmas funções, articulando com o médico sempre que a situação o exigir.

O repartir responsabilidades de forma equitativa e equilibrada, e o saber distinguir funções e campos de acção de cada um dos profissionais envolvidos na relação enfermeiro/médico, parece-nos constituir uma possível solução para evitar alguns conflitos. Está na altura de médicos e enfermeiros darem as mãos em prol do mesmo objectivo, que é cuidar do utente. Estes dois técnicos de saúde deverão adquirir a plena consciência do seu papel na equipa multidisciplinar e na relação com o utente, não interferindo nas práticas uns dos outros respeitando-se mutuamente e entreadjudando-se.

Um outro aspecto que nos parece importante tem a ver com o facto de os elementos de uma equipa se relacionarem e se interligarem através do processo de comunicação e do trabalho em equipa (Gonçalves, 2003). Este processo tem de ser assertivo, e por assertividade entendemos a defesa dos direitos, desejos e

opiniões de cada um, sem tentar sobrepor os seus interesses aos direitos dos outros. Passa pela aceitação, respeito e valorização da opinião dos outros membros da equipa, apesar de termos e termos opiniões, crenças e valores diferentes. É o reconhecimento dessa diferença que nos permite assumir o respeito pelo outro. Assim, como refere Gonçalves (2003, p. 147) citando Azevedo (1996), “(...) o comportamento assertivo visa desenvolver simultaneamente a proactividade e afirmatividade de todos os comunicadores sem subserviência nem desigualdades”.

Aquela autora, fazendo referência a Goleman (1995), diz-nos que a assertividade da comunicação na equipa de saúde permite: o desenvolvimento da capacidade de aceitação e escuta das opiniões e ideias dos outros; criação de uma relação satisfatória de proximidade entre os elementos; uma maior capacidade de cooperação, interajuda e de resolução de conflitos.

Uma boa comunicação numa equipa multidisciplinar funciona como uma base sobre a qual assentam todas as relações humanas, pois “(...) comunicar é relacionar-se... e se não se comunica não se cuida” (Gonçalves, 2003, p. 146). A comunicação pode ser encarada como um pilar para a coesão e firmeza do grupo, permitindo então que o funcionamento da equipa seja elevado e que o doente beneficie deste facto, uma vez que é ele o principal receptor dos cuidados e das intervenções desenvolvidas.

É igualmente importante que cada membro da equipa seja capaz de desempenhar de forma competente as intervenções na sua área profissional, apresentar-se disponível e reconhecer o seu trabalho e o do outro, sempre consciente da interdependência entre eles.

Segundo Patita e Farinha (1999), um passo importante a desenvolver, prende-se com o reconhecimento que cada membro da equipa deve ter acerca dos seus limites e capacidades e quais as actividades que têm de incrementar dentro da

equipa, tais como encorajar e estimular à participação dos outros, reconhecer todos os passos e esforços tomados como um valor e como oportunidade para aprender, apoiar os fracassos de forma positiva e desenvolver competências, criatividade, solidariedade e espírito de entreatajuda.

Se cada um dos membros da equipa assumir a responsabilidade dos seus actos e confiar na integridade dos outros, a cooperação e interactividade da equipa será muito melhor. Assim, entende-se que a cooperação e o espírito de entreatajuda são indispensáveis para o bom funcionamento da equipa.

O reconhecimento da sua própria identidade profissional é imprescindível para que o profissional de saúde consiga situar-se face aos outros profissionais, não assumindo uma atitude competitiva, revolucionária, nem de agressividade, mas sim de respeito e complementaridade. Cada pessoa é diferente e detém um conjunto de capacidades, qualidades e competências diversas, mas trabalhando em conjunto, unindo os seus conhecimentos e experiências às de outros, podem complementar-se e enriquecer a intervenção da equipa junto do utente, pois *“(...) cuidar é (...) uma obra comum e única, uma arte cujo resultado para uma pessoa pode ser fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis a seu tempo ao processo empreendido”* (Hesbeen, 2000, p. 45).

Quando se compreende as funções de cada um, a equipa passa a ser uma associação e menos uma hierarquia.

A eficácia no funcionamento de uma equipa multidisciplinar, tem também a ver com a existência de um líder, alguém que detenha um conjunto de competências capazes de facilitar e estimular a motivação na equipa. O líder é capaz de estimular a responsabilidade e habilidades individuais, permitindo aos membros da equipa desenvolverem comportamentos de confiança e respeito mútuos, privilégio das relações humanas.

O líder deverá desenvolver estratégias que permitam motivar o grupo para aumentar o grau de satisfação e de produtividade (Huber, 2001), e deve acreditar no valor e dignidade de cada indivíduo e na contribuição que cada um dá ao grupo.

Normalmente, numa equipa de saúde, o médico detém este poder de liderança. Mais do que uma questão de quantidade e qualidade de conhecimentos, este facto deve-se à hierarquia preestabelecida pela sociedade e pela organização. Em muitos contextos, é o médico que será considerado o coordenador da equipa mas, para gestão técnica das situações de cuidados ao cliente, a experiência de equipas interdisciplinares mostra que o médico não pode e não deve desempenhar sempre o papel de dirigente.

A título de conclusão, Frias (2001, p. 10) descreve-nos o conjunto de particularidades que uma equipa multidisciplinar deverá ter: “(...) *flexibilidade, polivalência, boa comunicação intra e inter equipas, capacidade de autocritica e de avaliação, assertividade, confiança, responsabilidade, capacidade de gestão da relação com os outros, capacidade de fortalecer os níveis de complementaridade, motivação para o doente e não para o êxito próprio, capacidade de manutenção de metas e objectivos e por fim um quadro teórico de enquadramento*”.

6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici foi o principal autor da teoria das representações sociais, sendo que a problemática maior desta teoria consiste em analisar quais os processos envolvidos na construção de teorias a respeito de objectos sociais, uma vez que estas são construídas na interacção social dos indivíduos e viabilizam a comunicação e organização de comportamentos.

Segundo aquele autor, (Moscovici, 1981, p. 181), citado por Juliana Walig na sua dissertação de mestrado sobre “Representações Sociais da Psicologia Hospitalar entre Médicos e Psicólogos”, as representações sociais podem ser definidas como *“um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual”*.

As representações sociais constituem ainda uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática no sentido da construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Segundo Lima Coutinho [et al.] (2003), as representações sociais como modalidades de conhecimentos são produzidas e determinadas por estímulos da vida quotidiana e seus significados, os quais possibilitam destacar atribuições a partir de teorias implícitas que são formuladas por sujeitos sociais com base num saber funcional construído socialmente e utilizado por eles, no senso comum.

Reconhece-se assim, que toda a realidade é representada, na medida em que exige ao indivíduo que se aproprie dela e a reconstrua no seu sistema cognitivo, em conformidade com os seus valores, com a sua história e com o contexto social e ideológico que o rodeia. É esta reestruturação que dá sentido à realidade, permitindo ao indivíduo uma visão funcional do mundo, que orienta as suas condutas e possibilita a compreensão da mesma através do seu sistema de referências (Abric, 2000).

Focando a representação em termos sociológicos, Vala (2000) considera que uma representação é social na medida em que é colectivamente produzida e partilhada. Sendo resultado das interações e dos processos de comunicação que ocorrem no seio de um dado grupo social, as representações sociais reflectem a vivência desse grupo, as suas expectativas, problemas e estratégias, bem como as suas relações com outros grupos. Hoje entende-se que a representação social é mais do que uma simples opinião, ela pressupõe um pensamento estruturado que funciona como a base do que se pensa e se comunica. Moscovici e Nemeth apoiam esta ideia ao considerarem que as representações, enquanto conjuntos dinâmicos com uma lógica própria e uma linguagem particular, não são meras opiniões ou imagens, mas antes teorias destinadas à interpretação da realidade (Arruda, 2002).

Várias teorias têm sido desenvolvidas, procurando compreender como a representação social se materializa numa estrutura mental, das quais destacamos a da corrente estruturalista de Abric. Segundo esta abordagem, a estrutura da representação social apresenta uma característica específica “(...) a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado à representação” (Abric, 2000, p. 31).

O núcleo central da representação social é determinado, por um lado, pela natureza do objecto representado e, por outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com esse objecto e ainda pelo sistema de valores e normas

sociais vigentes nesse grupo em determinado momento. Este núcleo possui duas funções, uma **“geradora”**, na medida em que transforma e confere sentido aos restantes elementos, e outra **“organizadora”**, no sentido em que constitui o elemento unificador e estabilizador da representação. Assim, o núcleo central, ao constituir a base da representação, traduz-se na sua componente mais estável e duradoura e, como tal, no elemento mais resistente à mudança. A autora desta teoria acrescenta que em torno deste núcleo se dispõem elementos periféricos, os quais reflectem características contextuais e transitórias, sendo portanto mais flexíveis.

Daí que neste estudo, não poderíamos ignorar a questão das representações sociais, tentando analisar a forma como os dois grupos profissionais nele envolvidos (enfermeiros e médicos) se vêm uns aos outros e a si mesmos, bem como a forma como se relacionam e comunicam entre si.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

I OBJECTO DE ESTUDO

I.1 ENUNCIADO DO PROBLEMA

A relação entre o enfermeiro e o médico é uma realidade constante na vida quotidiana destes dois profissionais de saúde. Trata-se de uma relação essencialmente profissional. Ambos fazem parte de uma equipa de saúde, na qual estão integrados outros grupos profissionais, trabalhando para um mesmo objectivo: o utente.

Ao longo da prática profissional, tem-se vindo a observar que esta relação, por si só, é muitas vezes geradora de conflitos, levando a situações extremas em que, na esmagadora maioria das vezes, o grande lesado é o utente, aquele “para quem” e “por quem” é criada esta relação.

A existência da relação enfermeiro/médico vem dos primórdios de ambas as profissões, uma vez que os dois grupos profissionais trabalham em conjunto desde sempre. Esta relação tem evoluído acompanhada pela evolução técnica e científica inerente a cada uma das profissões. Nos últimos anos, a enfermagem tem tido uma evolução mais acentuada: o curso passou a ser uma licenciatura, a disciplina de enfermagem tornou-se cada vez mais científica, com um suporte teórico cada vez mais definido. Com todas estas alterações, a relação enfermeiro/médico, bem como a comunicação entre estes dois profissionais, tem também sofrido modificações, e daí a pertinência do estudo.

Surge então a pergunta de partida para este estudo:

- Que tipo de relação existe entre o Enfermeiro e o Médico, e de que forma comunicam estes dois profissionais entre si para que essa relação seja frutífera para ambos e para o utente?

A finalidade deste estudo é então ter a percepção de como os enfermeiros e os médicos se vêem entre si e compreender o tipo de comunicação na relação existente entre ambos, tendo em vista uma actuação/comunicação adequada por parte dos dois profissionais de saúde no seu dia-a-dia.

Para atingir a finalidade acima descrita traçam-se os seguintes objectivos:

- Identificar a percepção que o enfermeiro e o médico têm da sua profissão.
- Identificar a percepção que o enfermeiro e o médico têm um do outro relativamente à profissão de cada um.
- Identificar a atitude do enfermeiro e do médico na relação enfermeiro/médico.
- Identificar as formas de comunicação existentes entre o enfermeiro e o médico.
- Sugerir estratégias/formas de actuação e de comunicação a ambos os profissionais que levem à criação de relações profissionais saudáveis e de crescimento mútuo com a certeza que o grande beneficiado é o utente.

I.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A definição do problema feita através de perguntas de investigação parece ser a forma mais adequada de o expressar, uma vez que, de acordo com Cales (1986, p. 74), “... colocar o problema em forma de interrogação orienta e específica ainda mais o que se vai investigar, pois a pergunta ajuda o investigador a visualizar o que se necessita para dar resposta à pergunta”.

Pretendendo saber que tipo de relação existe entre o Enfermeiro e o Médico e de que forma comunicam estes dois profissionais entre si para que essa relação seja frutífera para ambos e para o utente, foram formuladas as seguintes questões:

- Qual a percepção que o enfermeiro e o médico têm da sua profissão?
- Qual a percepção que o enfermeiro e o médico têm um do outro relativamente à profissão de cada um?
- Qual a atitude do enfermeiro e do médico na relação enfermeiro/médico?
- Quais as formas de comunicação existentes entre o enfermeiro e o médico?

I.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Desde o início da realização deste estudo, que têm surgido algumas limitações de ordem temática e pessoal, que podem constituir limitações do estudo.

De ordem temática, constituíram limitações essencialmente:

- A escassez de estudos sobre o tema e bibliografia em língua portuguesa ou outras línguas, não permitiu a consulta e comparação dos resultados obtidos neste estudo com os de outros estudos realizados numa realidade semelhante.
- A especificidade do tema no que respeita aos grupos profissionais envolvidos e sua representação na nossa sociedade.
- A dificuldade em se conseguir o preenchimento dos questionários, talvez pelo facto das perguntas estarem relacionadas com problemas que envolvem um grupo profissional com quem trabalhamos diariamente ou tão somente pelo “aborrecido” que é responder a questionários.

De ordem pessoal destacam-se:

- A inexperiência do investigador na realização de entrevistas e um treino insuficiente, não permitiram a realização de entrevistas suficientemente bem guiadas, para fazer emergir mais dados e de melhor qualidade.
- A dificuldade sentida na análise e tratamento dos dados recolhidos, mais uma vez por inexperiência do investigador.

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo é feita referência à opção metodológica utilizada para a colheita de dados e análise dos mesmos, em que se procurou fundamentar a escolha.

De uma forma simples, poderá dizer-se que a metodologia é a determinação do modo como será conduzida a pesquisa, digamos que constitui o delineamento do caminho que nos permite concretizar os objectivos e dar resposta às nossas questões de investigação, para assim se conseguir produzir conhecimento.

O tipo de estudo desenvolvido enquadra-se no método qualitativo, considerando-se que seja um estudo exploratório, com características descritas por Carmo (1998, p. 180) que se encaixam perfeitamente, tais como ser uma investigação descritiva, naturalista, holística e indutiva. Também Parse [et al.] (1985) descrevem este tipo de estudo como sendo uma investigação acerca do significado de um acontecimento de vida num grupo de indivíduos que vivenciaram o mesmo acontecimento.

Segundo Fortin (1999) existem três tipos de teorias enquadradas no método qualitativo: o estudo fenomenológico, a teoria fundamentada e o estudo etnográfico. Todos partilham do facto do investigador não ser perito na área, e da intersubjectividade da relação sujeito/objecto. Para a realização deste estudo baseamo-nos na teoria fundamentada que é um método de investigação que, ainda segundo aquela autora tem por objectivo a construção de uma teoria

substantiva explicando um fenómeno delimitado e empregando a via de análise por comparação constante, isto é, ao procurar as semelhanças e as diferenças na linguagem dos informadores, o investigador descobre e classifica as dimensões emergentes e interpreta as suas relações, a fim de chegar à construção da referida teoria.

Existem várias maneiras de obter dados úteis a uma investigação. Para este estudo optou-se pela obtenção de informação através do inquérito (por questionário e por entrevista). Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 123), um inquérito “*é um processo em que se tenta descobrir alguma coisa de forma sistemática*”.

O inquérito por questionário foi efectuado em suporte de papel, com perguntas abertas, e as entrevistas semidirectivas foram realizadas com o apoio de gravador magnético. Foram efectuados 10 questionários (5 enfermeiros e 5 médicos), e 4 entrevistas (2 enfermeiros e 2 médicos).

A técnica de entrevista pode ser de três tipos: directiva, semidirectiva e não directiva. Elegemos a entrevista semidirectiva, pelos objectivos defendidos por Savoie-Zajc (2003):

- *Tornar explícito o universo do outro.* O investigador pretende entrar em contacto directo e pessoal com os seus sujeitos, para que seja possível descrever com especificidade as experiências, os saberes e as competências. Permite também que sejam revelados sentimentos, pensamentos, intenções, comportamentos do passado, que não se conseguiriam captar somente com a observação.
- *Compreender o mundo do outro.* O investigador consegue compreender comportamentos complexos e, de certo modo, associá-los ao contexto em que ocorrem.

- *Organizar e estruturar o pensamento do investigador.* A interacção que se estabelece na entrevista permite, por um lado, que o entrevistado revele o que pensa e, por outro, que o entrevistador possa compreender melhor a problemática.
- *Reflectir sobre a problemática.* Conduz à tomada de consciência e de transformação por parte do investigador e dos sujeitos.

A entrevista semidirectiva é, então, a técnica mais frequentemente utilizada na investigação em Ciências Sociais, uma vez que reúne as vantagens dos dois tipos de entrevista: directiva e não directiva, ou seja, não é inteiramente aberta, nem demasiado estruturada. Assim, o entrevistado pode estruturar o seu pensamento em torno da questão de partida podendo, nesta fase, dar resposta a todas as questões colocadas. O que se pretende é que o entrevistado consiga por si próprio reflectir sobre a problemática, da forma mais natural possível. No caso de se afastar dos objectivos pretendidos o entrevistador pode colocar perguntas guia que lhe permitirão redireccionar o pensamento, para os objectivos propostos (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Optou-se pela realização de entrevistas, para além dos questionários, na esperança de que a utilização de um outro método de recolha de dados, pudesse trazer algum acrescento de informação, ou somente validasse a informação recolhida nos questionários.

A observação de situações e atitudes cuja descrição e interpretação possam levar a conclusões importantes para o estudo constitui igualmente um valioso instrumento de trabalho, pois tal como diz Carmo (1998, p. 97) “... *observar é seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de se poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão*”. Ainda segundo o mesmo autor, citando Baden-Powel, “... *saber observar implica confrontar indícios com a experiência anterior para os poder interpretar*”.

Berelson (1952) citado por Carmo e Ferreira (1998, p. 251) define análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “*a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação*”.

Como refere Bardin (1977), a análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas efectuar uma descrição do conteúdo das mensagens, uma vez que a sua principal finalidade é como diz Vala (1999), efectuar inferências das mensagens sob análise, baseando-se numa lógica explicitada, recorrendo à decomposição da informação do discurso do entrevistado em traços de significação, de forma a produzir um novo discurso.

Carmo e Ferreira (1998, p. 251), referindo-se às características descritas por Berelson, referem que a análise de conteúdo deve ser objectiva porque “*a análise deve ser efectuada de acordo com determinadas regras, obedecer a instruções suficientemente claras e precisas para que investigadores diferentes, trabalhando sobre o mesmo conteúdo, possam obter os mesmos resultados*”. Da mesma forma, a análise deverá ser sistemática porque “*a totalidade do conteúdo deve ser ordenado e integrado em categorias previamente escolhidas em função dos objectivos que o investigador quer atingir*”. Por último a análise de conteúdo deve ser quantitativa, “*uma vez que na maior parte das vezes é calculada a frequência dos elementos considerados significativos*”.

De acordo com Bardin (2002) a análise de conteúdo organiza-se em três fases, sendo elas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste na operacionalização das ideias iniciais de forma a estruturar o processo de investigação. Nesta fase formulam-se os objectivos e as questões de investigação, seleccionam-se os excertos da informação recolhida a serem analisados e posteriormente elaboram-se os indicadores que fundamentam a interpretação final. Esta interpretação final pressupõe a *leitura flutuante* das entrevistas a analisar, a *escolha dos documentos* de

acordo com os objectivos pretendidos e a constituição de um *corpus* que é o conjunto de excertos que vão ser submetidos a análise.

Depois de constituído o *corpus* segue-se a codificação que corresponde à transformação dos dados brutos por recorte, agregação e enumeração permitindo alcançar a representação do conteúdo susceptível de esclarecer acerca das características do texto. A *unidade de registo* é, então, a unidade de significação a codificar que corresponde à parte do conteúdo a considerar, que visa a categorização e a contagem frequencial (Bardin, 2002).

Deste modo, “*categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos*” (Bardin, 2002, p. 117). Assim, a categoria assume-se como um certo número de sinais da linguagem que correspondem a uma variável da teoria (Hogenraad, 1984 citado por Vala, 1999).

A análise das entrevistas será realizada tendo em conta os aspectos relativos não só às atitudes de avaliação, isto é, se determinado aspecto é positivo ou negativo, relacionando os resultados em função das variáveis externas relativas aos sujeitos, nomeadamente a instituição de trabalho (Bardin, 2002).

Relativamente à análise frequencial, esta consiste na contagem do número de vezes que determinada expressão surge, uma vez que a “*importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição*” (Bardin, 2002, p. 109). Pretendemos, assim, destacar algumas unidades de registo consoante a importância teórica e representatividade no *corpus*.

Quanto aos questionários, estes foram distribuídos pelos vários serviços da instituição, entregando-os a alguém (normalmente à enfermeira chefe ou à responsável de serviço) que gentilmente se encarregou de os entregar aos sujeitos enfermeiros e/ou médicos. Garantiu-se assim a escolha aleatória por parte do investigador, sendo que os sujeitos desconheciam a identidade do

mesmo. Quando preenchidos, os questionários foram devolvidos e seguidamente tratados.

No que respeita às entrevistas, elas foram realizadas em ambiente hospitalar (dentro da própria instituição), tendo sido feita igualmente uma escolha aleatória, conforme disponibilidade dos sujeitos. Uma vez que as entrevistas foram efectuadas pelo próprio investigador (enfermeiro) a pessoas com quem trabalha diariamente, o que poderia de certa forma induzir as respostas dos sujeitos entrevistados, sobretudo no caso dos médicos, foi realizada uma entrevista a um médico por alguém externo à instituição e sem estar ligado ao meio hospitalar. O resultado desta entrevista não acrescentou nenhuma informação e reforçou as ideias extraídas nas outras entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em suporte magnético, iniciando-se depois o processo de classificação e análise dos dados, que foi o mesmo para os questionários respeitando os seguintes passos: ordenação dos dados envolvendo a transcrição na íntegra, leitura e organização dos relatos; seguidamente a classificação dos dados através da leitura exhaustiva dos textos com o objectivo de reunir as ideias principais expressas pelos sujeitos, constituindo assim o *corpus* de análise das entrevistas e dos questionários, que por sua vez deu origem às categorias empíricas. Foram então extraídos trechos dos vários depoimentos, a partir dos temas identificados, que constituíram as unidades de registo.

Nesta fase, recorreu-se igualmente à análise hermenêutica dos questionários e entrevistas, por pensarmos ser um método adequado de inferência de resultados num estudo qualitativo. A palavra *hermenêutica* deriva do nome do deus grego Hermes, o mensageiro dos deuses, a quem os gregos atribuíam a origem da linguagem e da escrita e consideravam o patrono da comunicação e do entendimento humano.

O termo hermenêutica significa que alguma coisa é “tornada compreensível” ou “levada à compreensão”. Desta forma, o que se tentou neste estudo foi aproveitar todos os textos falados e escritos, categorizá-los e posteriormente interpretá-los de forma a que houvesse uma compreensão dos mesmos, e “... *fundamentar e legitimar aproximações interpretativas...*” tal como diz Sandin Esteban (2003).

Wohlrab-Sahr (2003), citada por Wivian Weller num trabalho de pesquisa com o tema “A Hermenêutica como Método Empírico de Investigação”, refere que um dos princípios directamente associados à análise hermenêutica é o de que o interprete não deve seguir o caminho dedutivo de elaborações do que o entrevistado supostamente estaria a pensar ao formular uma determinada frase. Ou seja, para aquela autora, a interpretação literal do texto deve ter o comentário do entrevistado como base e não suposições teóricas, retiradas muitas vezes de contextos sociais diferentes dos do entrevistado.

2.1 SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O estudo foi realizado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, uma maternidade de referência no atendimento à mulher grávida e/ou com doença do foro ginecológico. Tem no total 263 enfermeiros, dos quais 163 são do quadro da instituição e 100 têm contratos de trabalho, e 121 médicos dos quais 90 são do quadro e os restantes têm contratos de trabalho. Antes de iniciar o estudo foi feito um pedido de autorização para a realização do mesmo, ao Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, o qual foi diferido (Anexo 12).

Foi efectuada uma escolha aleatória dos sujeitos, de vários serviços da instituição, tendo como única condição trabalharem na instituição à mais de seis anos.

Neste estudo foi seleccionada a amostragem não probabilística, mais especificamente uma amostragem por conveniência uma vez que, tal como

referem Carmo e Ferreira (1998, p. 197), neste tipo de amostragem “... utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ...”, podendo tratar-se “... de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reserva”.

De acordo com a perspectiva de Steubert & Carpenter (2002, p. 25), os “investigadores qualitativos geralmente não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos; o uso do termo participante ilustra melhor a posição que os investigadores qualitativos subscrevem”. Neste sentido optámos pelo termo participante em vez de sujeitos, uma vez que a nossa posição é a de não agir sobre as pessoas que tomam parte na investigação, mas considerá-las activas no estudo.

Desta forma a população é constituída por enfermeiros (de ambos os sexos) e médicos (de ambos os sexos), a exercerem funções na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a trabalhar em vários serviços, e com pelo menos seis anos de experiência profissional.

PARTE III
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO
DOS RESULTADOS

I APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procedeu-se à avaliação dos questionários e sua descodificação, e fez-se, numa segunda fase, a análise de conteúdo porque, de acordo com Seltiz [et al.] (1967, p. 23), citado por Gil (1989, p. 113), esta é “... bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 251), citando Berelson (1952,1968), a análise de conteúdo é “... uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação”.

Entendemos que só através da interpretação da forma como os enfermeiros e os médicos se vêem uns aos outros é que poderemos inferir qual o tipo de relação existente entre eles bem como a forma como comunicam, pois tal como salienta Bardin (1977), citado por Carmo e Ferreira (1998, p. 251), “... a Análise de Conteúdo não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), com a ajuda de indicadores (quantitativos ou não)”.

A análise de conteúdo efectuada foi então suportada por uma categorização feita inicialmente, passando pelas três fases descritas por Bardin (2002), que são a *pré-análise*, a *exploração do material* e o *tratamento de resultados*, *inferência* e *interpretação*.

Na fase de *pré análise*, foram efectuadas as perguntas da investigação e foi estruturado o processo de investigação. Seguidamente, as entrevistas e questionários foram cuidadosamente lidos, várias vezes, até o autor deste estudo se sentir familiarizado com todos os inquiridos, ao ponto de conseguir relacionar o inquirido (apenas pelo código que lhe foi atribuído, uma vez que nos questionários o investigador não conhece o inquirido) à resposta (*exploração do material*).

Por último, na fase de *tratamento de resultados*, *inferência* e *interpretação*, foram elaborados os respectivos *corpus* de análise de cada inquérito, seguido-se a divisão em unidades de registo, devidamente codificadas para uma melhor identificação, tendo também sido efectuada uma grelha de análise (Anexo 3).

Posteriormente, na fase de *inferência* e *interpretação* dos resultados, o autor deste estudo optou por se apoiar também na análise hermenêutica dos resultados, uma vez que, tal como refere Flick (2005), “*esta abordagem faz uma distinção fundamental entre o significado subjectivo que uma declaração ou actividade tem para um ou mais participantes e o seu significado objectivo*”.

I.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (DIMENSÃO A)

Esta dimensão surge da necessidade de analisar a forma como médicos e enfermeiros se vêem a si próprios, bem como qual a visão que têm um do outro. Emergem assim na dimensão Representações Sociais, a categoria Ser Enfermeiro e Ser Médico, integrando cada uma delas duas subcategorias que correspondem à óptica dos enfermeiros e à óptica dos médicos, tal como se pode observar nos

Quadros 1 e 2. Dentro dessas subcategorias, conseguiram-se ainda identificar subsubcategorias que correspondem às opiniões dos inquiridos.

Focando a representação em termos sociológicos, Vala (2000) considera que uma representação é social na medida em que é colectivamente produzida e partilhada.

Tal como se referiu no tema 6, sendo resultado das interações e dos processos de comunicação que ocorrem no seio de um dado grupo social, as representações sociais reflectem a vivência desse grupo, as suas expectativas, problemas e estratégias, bem como as suas relações com outros grupos.

1.1.1 Ser Enfermeiro (Categoria A)

QUADRO I
SINTESE DA DIMENSÃO A – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB SUBCATEGORIA
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (A)	SER ENFERMEIRO (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Na óptica do enfermeiro (A) • Na óptica do médico (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar (A) • Relação de ajuda (B) • Proximidade do utente (C) • Complementaridade(D) • Trabalho de equipa (E) • Comunicar (F)

Quando questionados acerca do que é ser enfermeiro, tanto médicos como enfermeiros inquiridos, são unânimes em classificar os enfermeiros como alguém que cuida dos utentes.

No entanto, a classe *médica* encara o trabalho de enfermagem direccionado para os aspectos técnicos de administração de terapêutica, vigilância de sinais vitais, funções que complementam (Quadro I – AABD) o trabalho médico ajudando ao

diagnóstico e tratamento dos utentes e descritas nas competências do enfermeiro de cuidados gerais como intervenções interdisciplinares (Anexo I), mas sem atribuírem funções autónomas aos enfermeiros, ou seja funções definidas pela Ordem dos enfermeiros como intervenções que se iniciam pela prescrição do enfermeiro.

Ainda na opinião dos médicos, estes reforçam o trabalho de equipa (Quadro I – AABE) como sendo fundamental, bem como a importância do enfermeiro como elo de ligação entre utente e médico (Quadro I – AABC), e a proximidade que o enfermeiro tem relativamente ao utente. Estes aspectos parecem-nos fundamentais quando se fala em equipa de saúde, e vem de encontro ao que foi referido anteriormente, pois tal como acontece em qualquer outra equipa de trabalho, nas equipas de saúde encontramos as pessoas unidas por um objectivo comum, que neste caso é o tratamento e bem-estar do utente, e é na medida em que os seus membros pretendem alcançar esse objectivo, mediante o seu papel na equipa, que devem trabalhar de forma coordenada e em conjunto, de modo a partilhar direitos e responsabilidades e desenvolver qualidades e estratégias individuais e colectivas necessárias para o concretizar.

Relativamente à proximidade com o utente, Graça Carapinheiro (1995, p. 188) refere que os enfermeiros produzem juízos “*com base no conhecimento que adquirem sobre o estado físico e psicológico dos doentes, pela sua maior permanência nas enfermarias*”.

- 1 QM2.20 Administrar terapêuticas, (...).
- 2 QM2.21 (...) vigiar parâmetros dos doentes internados, (...).
- 3 QM2.22 (...) colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde.

- 4 *QM2.23 (...) o enfermeiro [é] a mão direita do médico, não apenas na execução de qualquer técnica como é também um par de olhos imprescindível para a vigilância do doente.*
- 5 *QM2.24 (...) presta cuidados de saúde aos doentes, (...).*
- 6 *QM2.25 (...) complementando (...) o trabalho médico (...).*
- 7 *QM2.26 (...) elo importante entre médico e doente, (...).*
- 8 *QM2.27 (...) importante papel na recepção e acompanhamento do doente (...).*
- 9 *EMA2 (...) a especificidade do trabalho de enfermagem tem a ver com uma dispensa de cuidados continuados e muito próximos não só dos doentes como do contexto de cada doente.*

Entre os enfermeiros inquiridos, a opinião é um pouco mais vasta, não se centralizando tanto nos aspectos técnicos, preferindo realçar o “cuidar” (Quadro I – AAAA) como principal responsabilidade do enfermeiro, com uma opinião também generalizada que a enfermagem está voltada para o ser humano visto como um todo e para a relação de ajuda (Quadro I – AAAB), quer com o utente quer com os outros profissionais. De facto cuidar constitui, como já foi mencionado no tema 2, a principal actividade da enfermagem, e esta por sua vez é uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa, actividades de promoção e protecção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

- 10 *QE2.1 Ser enfermeiro é (...) cuidar o “outro” como ser holístico, (...).*
- 11 *QE2.2 (...) [cuidar] no contexto de relação terapêutica (...) e na relação pedagógica (...).*
- 12 *QE2.3 Ser amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), (...).*
- 13 *QE2.4 (...) um prestador de cuidados, (...).*

- 14 QE2.5 (...) *ser humano, (...).*
- 15 QE2.7 (...) *partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades (...).*
- 16 QE2.8 *O enfermeiro diagnostica necessidades físicas e psicológicas do utente (...).*
- 17 QE2.10 (...) *promove, mantém e incentiva o cuidar dentro e fora do contexto hospitalar, (...).*
- 18 QE2.11 (...) *maximizar o estado de bem-estar, conforto e saúde do utente (...).*
- 19 QE2.12 (...) *forma de viver com e para o próximo, (...); (...).*
- 20 QE2.18 (...) *manter-se actualizado para aumentar as competências necessárias para cuidar daquele que precisa da nossa ajuda; (...).*
- 21 QE2.19 (...) *saber comunicar (...).*
- 22 EEA3 (...) *é a relação que há entre o utente, (...), e a pessoa a quem ele recorre, (...) o enfermeiro (...).*
- 23 EEA1 *Ser enfermeiro é olhar pelo outro, (...).*
- 24 EEA2 (...) *é o cuidar, (...).*
- 25 EEB1 (...) *ser enfermeiro é estar com o outro, (...).*
- 26 EEB2 (...) *partilhar o dia-a-dia com o outro, (...) o outro é o utente, e todos os outros técnicos envolvidos no acto de cuidar (médicos, enfermeiros e todo o pessoal envolvido no cuidar).*
- 27 EEA6 *Está mais próximo [enfermeiro] porque (...) passa 24 horas junto do utente, embora o médico que opera um doente também passe a visita mas depois acaba por ir saltitando. Porque hoje é um que passa a visita, amanhã é outro. Isso também acontece com o enfermeiro, mas o enfermeiro está mais ali, (...).*

- 28 *EEA7 (...) [enfermeiro] é o que está mais atento aos problemas, aos sentimentos, às queixas do utente, e que depois faz a ponte (...), comunica ao médico.*
- 29 *EEA9 (...) [o enfermeiro] está mais em contacto com o doente (...).*

Um dos enfermeiros inquiridos refere o “saber comunicar” (Quadro I – AAAF), como uma das características que deve estar inerente à profissão de enfermagem o que vai de encontro às opiniões anteriores, visto que só com uma comunicação eficaz se poderão prestar cuidados de qualidade.

Ao questionarmos que percepção têm os inquiridos acerca do modo como os médicos vêem o enfermeiro, os *enfermeiros* são da opinião que os médicos os vêem como parceiros de trabalho e na equipa multidisciplinar, e que existe complementaridade no trabalho de ambos, com os enfermeiros com um papel importante na vertente relacional. Comparando estes resultados com as respostas dadas pelos médicos do que pensam acerca do que é ser enfermeiro, os resultados assemelham-se no que respeita à não atribuição de funções autónomas aos enfermeiros, colocando-os como parceiros de trabalho na equipa multidisciplinar e elo de ligação entre médico e utente.

- 30 *QE4.1 Elemento com quem trabalham em parceria na equipa multidisciplinar, (...).*
- 31 *QE4.2 (...) papel (...) importante na vertente relacional com os utentes.*
- 32 *QE4.3 (...) representa um complemento ao modelo bio-médico exercido pelos médicos (...).*
- 33 *QE4.7 (...) os médicos têm consciência da importância do papel do enfermeiro.*
- 34 *QE4.8 Nos dias de hoje o enfermeiro tem um leque de conhecimentos teóricos e práticos muito mais alargado do que teriam os enfermeiros há uns anos atrás.*

- 35 *QE4.9 (...) neste momento a nossa atitude, as nossas opiniões, sugestões e conhecimentos complementam-se com os saberes e atitudes dos médicos.*
- 36 *QE4.10 (...) caminho aberto para um bom entendimento entre médico e enfermeiro.*
- 37 *QE4.11 (...) elemento da equipa multidisciplinar, que age e interage dentro da equipa como elemento de ligação médico-utente.*
- 38 *QE4.12 (...) trabalha em cooperação directa, com o fim comum de promover a saúde do utente.*

No entanto, em alguns médicos ainda persiste um sentimento de superioridade (opinião de médicos e enfermeiros). É esta a opinião de um dos médicos entrevistados quando refere que alguns colegas seus têm uma imagem subalternizada dos enfermeiros, opinião esta que vai de encontro ao que foi referido pelos enfermeiros entrevistados na pesquisa anteriormente citada (tema 4), quando mencionam que o tratamento hierarquicamente superior dos médicos em relação aos enfermeiros, constitui o aspecto mais negativo na relação entre estes dois profissionais de saúde.

Segundo os autores da referida pesquisa, Paulo Castro Seixas e Pedro Pereira, “o tratamento hierárquico por parte dos médicos é o aspecto negativo mais evidente e expressa-se de várias formas. Enquanto que uns ressaltam a relação de auxiliar de médico, outros referem a relação empregado/patrão ou, porventura um relacionamento de tipo mais negativo ainda”.

Pensamos que esta atitude por parte de alguns elementos da classe médica, poderá ter a ver com o poder exercido pelo médico sobre os enfermeiros. De facto, como já referimos, no processo de comunicação interprofissional entre o enfermeiro e o médico, existem muitas situações causadoras de conflito que estão habitualmente ligadas a uma luta pelo poder, e a grande dificuldade reside na utilização que se faz dele. Este poder, segundo Margot Phaneuf (2005), “pode

ter um efeito negativo se ele diminui o poder do outro ou se procura permitir a um tirar vantagem do outro. Esta situação provoca evidentemente inconvenientes relacionais importantes que prejudicam a resolução do conflito”.

- 39 *QE4.6 (...) em oposição a esta parceria no trabalho, existe (...) a concepção de que não se trabalha com o enfermeiro, mas sim, este é um subordinado ao poder médico.*
- 40 *QE4.13 Indivíduos com poucos conhecimentos científicos, (...) ao agirem com zelo e com o melhor da sua capacidade profissional, obtém junto do utente dados imprescindíveis para o diagnóstico clínico.*
- 41 *QE4.14 (...) visto como auxiliar do médico; (...).*
- 42 *EEB8 (...) olhando para o enfermeiro como aquela pessoa que recebe ordens e que tem que as cumprir, (...).*
- 43 *EEB5 (...) muitos médicos acham que o enfermeiro é aquela pessoa que está no serviço para responder às prescrições deles, às indicações deles, e haverá alguns que acham que o enfermeiro pouco mais deverá fazer que isso, (...).*
- 44 *EMA6 (...) já há médicos diferentes que pensam coisas diferentes dos enfermeiros. (...) ainda há (...) uma imagem (...) subalternizada do enfermeiro. Não de parceria, não de técnicos com funções diferentes, mas de alguém que está lá para servir, (...) para fazer aquilo que o médico manda fazer, para auxiliar o médico.*

Na mesma questão, acerca do modo como os médicos vêem os enfermeiros, colocada aos médicos, obtiveram-se respostas que nos permitem concluir que também nos médicos a noção de parceria e complementaridade está quase sempre subjacente remetendo o trabalho de enfermagem para um campo técnico mas com importante papel na vertente relacional. Pensamos que esta vertente relacional deverá estar relacionada com a relação de ajuda descrita por Helene Lazure, citando Brammer, como sendo “uma relação na qual o que ajuda

fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”. Ainda acerca da relação de ajuda, Margot Phaneuf (2005, p. 324) descreve-a como “*uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova*”.

- 45 QM4.16 *Administrar terapêutica, vigiar parâmetros dos doentes internados ,(…).*
- 46 QM4.17 *(...) colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde (...).*
- 47 QM4.18 *(...) ser enfermeiro é ser carinhoso, (...).*
- 48 QM4.19 *(...) ter o dom da comunicação, (...).*
- 49 QM4.20 *(...) ser/ter um olhar diferente, uma perspectiva diferente do doente, que o (...) médico por vezes não tem.*
- 50 QM4.21 *Profissional que cuida dos doentes em complemento com os médicos (...).*
- 51 QM4.23 *São duas classes profissionais que se complementam, (...).*

No entanto um dos médicos refere que esta vertente relacional do trabalho da enfermagem é por vezes esquecida.

- 52 QM4.22 *(...), hoje são diferenciados mas afastam-se frequentemente das suas funções de relação com o doente e com o médico.*

Parece-nos estar por detrás desta afirmação, o sentimento de que os enfermeiros actualmente, mais diferenciados em termos de conhecimentos científicos e suporte teórico, se preocupam por vezes mais com aspectos técnicos querendo aproximar-se do trabalho do médico, em prejuízo de se demitirem do seu fundamental papel no que respeita às relações humanas e interprofissionais.

I.1.2 Ser Médico (Categoria B)

QUADRO 2
SINTESE DA DIMENSÃO A – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB SUBCATEGORIA
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (A)	SER MÉDICO (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Na óptica do enfermeiro (A) • Na óptica do médico (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento (A) • Complementaridade (B) • Trabalho de equipa (C)

Quando questionados acerca do que é ser médico, a *opinião dos enfermeiros* inquiridos é unânime na definição de médico como sendo aquele que diagnostica, prescreve e trata (Quadro 2 – ABAA), dando em simultâneo ênfase à complementaridade (Quadro 2 – ABAB) das duas profissões bem como ao trabalho de equipa (Quadro 2 – ABAC). Parece-nos que nesta visão do trabalho de equipa nas equipas de saúde está subjacente o conceito de pluridisciplinaridade, já descrito anteriormente, onde se utilizam as diferentes disciplinas de uma forma combinada, encontrando-se estas no mesmo patamar de importância e indispensabilidade.

Relativamente às funções do médico, toda a pesquisa efectuada no sentido de obter a descrição das funções/competências dos médicos foi infrutífera, inclusive perante os próprios profissionais em questão. Não conseguimos obter nenhum documento que nos elucidasse acerca das funções daqueles profissionais de saúde, ficando apenas com a informação que se encontra no site da Ordem dos Médicos e que descreve os artigos reguladores do Código Deontológico dos Médicos (Anexo 2).

53 *QE3.1 (...) diagnostica a doença, trata ou alivia as consequências (...) de modo a melhorar a qualidade de vida do utente.*

- 54 *QE3.2 (...) amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), (...).*
- 55 *QE3.6 (...) partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades.*
- 56 *QE3.7 Médico e enfermeiro complementam-se no cuidar do utente, (...) com tarefas distintas (...).*
- 57 *QE3.8 (...) um complemento do enfermeiro, (...).*
- 58 *QE3.9 (...) tarefas definidas no âmbito do tratar visando o bem-estar e saúde do utente (...).*
- 59 *QE3.10 (...) profissional que, tal como o enfermeiro, tem a finalidade de olhar pelo outro; (...).*
- 60 *QE3.11 (...) o médico diagnostica, prescreve, cura.*

Um dos enfermeiros inquiridos refere-se ao médico também como prestador de cuidados, mas acrescenta que os enfermeiros estão mais próximos dos utentes, e que tal facto é comprometedor da relação entre o médico e o utente.

Aqui parece-nos oportuno referir Hesbeen (2000, p. 45) quando este autor diz que “(...) cuidar é (...) uma obra comum e única, uma arte cujo resultado para uma pessoa pode ser fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis a seu tempo ao processo empreendido”.

- 61 *EEB4 (...) o médico também cuida. (...) independentemente das acções que faz para isso.*
- 62 *EEB3 Ser médico (...) poderia ser em termos de comunicação e relação, parecido com o que é ser enfermeiro, só que o enfermeiro é aquela pessoa que está 24 horas junto do utente. O afastamento do médico relativamente ao utente impõe algumas diferenças na relação com o utente.*

Um outro enfermeiro refere ainda o facto de que o médico tem maior liberdade de actuação e decisão.

63 *QE3.12 (...) tem maior liberdade de actuação e decisão. (...) a sua actuação é mais técnica.*

Parece haver nesta afirmação um sentimento de inferioridade do enfermeiro em relação ao médico, sentimento este ainda muito comum entre a classe dos enfermeiros, prejudicando por vezes a relação entre estes dois grupos profissionais, constituindo até uma barreira à comunicação eficaz. Na nossa opinião, a liberdade de actuação e decisão não é maior em nenhuma das profissões, mas sim em campos de acção diferentes. O reconhecimento da sua própria identidade profissional é imprescindível para que o profissional de saúde consiga situar-se face aos outros profissionais, não assumindo uma atitude competitiva, revolucionária, nem de agressividade, mas sim de respeito e complementaridade. Cada pessoa é diferente e detém um conjunto de capacidades, qualidades e competências diversas, mas trabalhando em conjunto, unindo os seus conhecimentos e experiências às de outros, podem complementar-se e enriquecer a intervenção da equipa junto do utente.

Relativamente à *opinião dos médicos*, estes focam igualmente os aspectos do diagnóstico e prescrição (Quadro 2 – ABBA) como fundamentais no papel do médico.

64 *QM3.14 (...) diagnosticar doenças, (...).*

65 *QM3.15 (...) definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), (...).*

66 *QM3.16 (...) desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (...).*

67 *QM3.17 (...) alguém que está atento, (...) que pensa, observa, define, escuta, (...) age de acordo com aquilo que captou.*

68 *QM3.18 Pessoal de saúde em quem o doente põe a esperança da detecção e cura dos seus males (...).*

- 69 *QM3.20 Desenvolver e aplicar os seus conhecimentos nas vertentes assistencial, ensino e investigação, (...).*
- 70 *QM3.21 Técnico de saúde que tenta diagnosticar, (...) tratar as diferentes doenças (...).*
- 71 *EMB4 (...) tratar dos doentes , (...).*
- 72 *EMA4 (...) a especificidade do trabalho (...) tem a ver com a descodificação de técnicas, de sintomas, de sinais, que levam a um diagnóstico e pressupõem determinadas terapêuticas.*

Um dos médicos inquiridos menciona a empatia como um aspecto relacional importante para o desempenho dos médicos para com o utente e para com a restante equipa multidisciplinar, e os restantes dão ênfase à complementaridade (Quadro 2 – ABBB) e ao trabalho de equipa (Quadro 2 – ABBC).

No que respeita à empatia, segundo Margot Phanaeuf (2005, p. 346), “*a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções*”. Parece-nos importante este sentimento por parte da classe médica, no entanto pouco usual.

Quanto ao trabalho de equipa e à complementaridade são conceitos evocados por quase todos os inquiridos, pelo que pensamos poder concluir que o trabalho desenvolvido pela equipa de profissionais de saúde, deverá assentar no empenho de cada um dos profissionais em atingir os objectivos dos cuidados de saúde, propostos colectivamente, exercendo para tal a sua autonomia, responsabilidade e também reconhecendo a sua interdependência (Figueiredo, 1977).

- 73 *QM3.18 (...) deverá ter grande empatia no doente e restante pessoal de saúde (...).*

74 *EMA3 Ser médico (...) é (...) trabalhar em equipa.*

75 *EMB3 (...) os papéis tanto do médico como do enfermeiro são complementares, (...) não são dissociáveis.*

Existe portanto unanimidade de opinião entre enfermeiros e médicos no que respeita às funções destes, relativamente ao seu papel no diagnóstico e tratamento bem como nos aspectos relacionados com a complementaridade e o trabalho de equipa com a enfermagem.

Também relativamente à categoria B, colocou-se a questão aos inquiridos de *como é que os enfermeiros vêem o médico*, podendo concluir-se que a maioria dos enfermeiros inquiridos é da opinião que a classe de enfermagem encara o trabalho do médico tendo em conta os aspectos técnicos relacionados com diagnóstico e tratamento, realçando o importante papel como membro de uma equipa multidisciplinar.

76 *QE5.1 (...) prescreve o tratamento (...).*

77 *QE5.2 (...) elemento da equipa multidisciplinar (...).*

78 *QE5.3 (...) colabora com os outros elementos (...).*

79 *QE5.4 (...) promover o cuidar e o tratar do utente (...).*

80 *QE5.5 (...) diagnostica a doença ou falta de saúde, (...).*

81 *QE5.6 (...) melhorar as disfunções do organismo humano e se possível eliminá-las (...).*

82 *QE5.8 (...) papel fundamental no diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente.*

83 *QE5.9 (...) centraliza-se essencialmente na patologia, (...).*

84 *EEB7 (...) a geração de enfermeiros mais recente, (...), considera que o médico é um elemento da equipa que pode estar presente mais lado a lado com o enfermeiro num trabalho de parceria.*

Neste caso, as opiniões dos enfermeiros inquiridos acerca do que é ser médico, coincidem com a opinião dos mesmos acerca do que os outros enfermeiros pensam, do que é ser médico, valorizando os aspectos do diagnóstico e tratamento bem como o trabalho de equipa.

Igualmente entre os *médicos* inquiridos, é mencionado o facto de que os enfermeiros valorizam mais nos médicos os aspectos relacionados com o diagnóstico e tratamento, não descurando o importante trabalho do médico como membro de uma equipa multidisciplinar.

85 *QM5.11 Promover a saúde, diagnosticar doenças, definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), (...).*

86 *QM5.12 (...) desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (...).*

87 *QM5.15 (...) profissional de saúde dotado de capacidade de diagnóstico, decisão e tratamento (...).*

88 *QM5.16 São duas classes profissionais que se complementam, (...).*

89 *EMB9 (...) é um colega de trabalho (...).*

No entanto, achamos interessante referir que, nas respostas de alguns *médicos* a esta questão de *como é que os enfermeiros vêem os médicos*, não estão presentes factores relacionados com as funções dos médicos (nomeadamente o diagnóstico e tratamento), mas sim com a relação com os médicos. Parece de alguma forma que, para a classe médica, é importante a forma como esta relação enfermeiro – médico se desenvolve.

- 90 QM5.13 (...). *Alguns enfermeiros (...) têm respeito e consideração por aquilo que fazemos, outros (...) acho que são indiferentes. Apenas cumprem ordens porque “no fundo a responsabilidade é nossa”.*
- 91 QM5.14 (...) *os enfermeiros farão uma análise crítica e individualizada de cada médico e por estarem dentro dos assuntos, detectam os menos competentes e banalizam a sua função.*
- 92 EMA11 (...) *os enfermeiros ainda não pensam muito bem dos médicos, mesmo aqueles que (...) querem que nós olhemos para eles de outra maneira. A maior parte dos enfermeiros, (...) ainda nos olham com muita desconfiança.*
- 93 EMA12 (...) *uns acham que realmente está ali o poder a que eles têm que se opor e que eles têm de estar sempre alerta; (...).*
- 94 EMA13 (...) *outros até gostam de nós, acham que somos muito úteis e que somos muito importantes para o trabalho deles e que inclusivamente os confortamos e lhes damos segurança, mas também olham às vezes para nós de uma forma que eu não gostava que olhassem: de baixo para cima. (...) esperam de nós muito mais coisas e acham que a nossa responsabilidade é (...) onde assenta todo o serviço e todas as coisas que acontecerem, quer para o bem quer para o mal. Esperam de nós tudo, que organizemos tudo, que digamos como é que se faz tudo. (...) que tomemos sempre as decisões e também arquem sempre com todas as responsabilidades em qualquer momento. Têm pouca noção de parceria.*
- 95 EMA14 (...) *alguns enfermeiros não, (...) já percebem que isso é de igual para igual, que há realmente uma diferenciação de funções mas não uma diferenciação de estatutos. Mas acho que ainda são mínimos.*

I.2 RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO (DIMENSÃO B)

A segunda dimensão corresponde à Relação Enfermeiro/Médico, onde após a análise dos resultados se encontraram as categorias Comunicação

Interprofissional e Relação Interprofissional, cada uma delas com as subcategorias correspondentes e que consistem na opinião dos participantes.

1.2.1 Comunicação Interprofissional (Categoria A)

QUADRO 3
SINTESE DA DIMENSÃO B – RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO
(CATEGORIA A – COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL)

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO (B)	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de valorização dos conhecimentos por parte dos enfermeiros (A) • Desvalorização do enfermeiro por parte dos médicos (B) • Personalidade dos intervenientes na relação (C) • Poder (D) • Visões diferentes acerca do utente (E) • Formação profissional dos enfermeiros c/o facilitador da comunicação (F)

Relativamente aos *enfermeiros*, estes são da opinião que existem de facto problemas de comunicação entre enfermeiros e médicos, referindo que esses problemas têm por base a desvalorização dos conhecimentos e capacidades dos enfermeiros por parte dos médicos (Quadro 3 – BAB), bem como a incapacidade dos enfermeiros em valorizar esses mesmos conhecimentos perante os médicos (Quadro 3 – BAA).

À partida parece-nos que esta opinião possa estar relacionada com o tratamento hierárquico já referido anteriormente, bem como com a desvalorização e o desconhecimento do trabalho dos enfermeiros por parte dos médicos que é considerado outro factor negativo na relação enfermeiro/médico no estudo efectuado na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Também Graça Carapineiro (1995, p. 192) refere que “o conflito instala-se entre médicos e enfermeiros quando os médicos desvalorizam os registos de enfermagem, desvalorizando ao mesmo tempo a atitude profissional que lhes está subjacente”.

- 96 QE6.1.1 (...) os problemas de comunicação entre enfermeiros e médicos prendem-se (...) com a falta ou incapacidade de valorizar e afirmar os nossos conhecimentos, mostrando actualização e conhecimentos teóricos e práticos na resolução de problemas.
- 97 QE6.1.6 (...) falta de conhecimentos acerca de algum assunto em causa; (...).
- 98 QE6.1.8 (...) falta de valorização por parte dos médicos das capacidades do enfermeiro (...).
- 99 EEA12 (...) o médico vê (...) o enfermeiro como uma (...) bengala e não como um colaborador.
- 100 EEA13 (...) o enfermeiro era visto pelo médico como um seu criado. (...) isso (...) felizmente já está ultrapassado.

Alguns enfermeiros referem que não existem problemas de comunicação desde que ambos os profissionais saibam o lugar que ocupam na relação entre si. Na nossa opinião e tal como já foi referido anteriormente, se cada um destes profissionais souber aplicar os seus conhecimentos científicos e o seu desempenho de uma forma construtiva, sem patamares de superioridade e com proveito para o utente e para eles próprios, alguns dos conflitos são realmente evitados.

Pensamos que o ideal será que enfermeiros e médicos saibam as suas funções e o lugar que ocupam na relação entre si, tendo sempre presente o objectivo principal da existência dessa relação que reside no utente.

Julgamos igualmente ser essencial que os dois profissionais em questão percebam o que é que o outro precisa para que a relação funcione.

- 101 *QE6.1.2 Actualmente raramente ocorrem problemas de comunicação (partindo do pressuposto que o enfermeiro sabe que é enfermeiro e o médico que é médico...).*
- 102 *EEB9 (...) uma opinião diferente por parte do enfermeiro, (...) que contrarie isso, já é um problema na comunicação. Qualquer emissão de uma opinião diferente que contradiga o que o médico está a dizer pode gerar conflito. (...).*
- 103 *EEB10 (...) também o enfermeiro em busca da autonomia total, (...) se excede às vezes e não estabelece bem o limite do que é de um e o que é do outro, e (...) causa o choque na comunicação.*

Um outro enfermeiro afirma que os problemas na comunicação entre médicos e enfermeiros se centram no facto de ambos terem uma visão diferente relativamente ao utente, isto é, enquanto que os médicos encaram o utente e a sua patologia de uma forma tecnicista, os enfermeiros preocupam-se mais com a segurança e o bem-estar do utente (Quadro 3 – BAE).

- 104 *QE6.1.3 Os problemas (...) têm a sua génese na forma como cada um vê o utente: enquanto o médico se preocupa essencialmente com problemas de carácter tecnicista e económico (...) o enfermeiro preocupa-se com a segurança e bem-estar dos utentes. Quando estes dois tipos de abordagem colidem, surgem (...) conflitos.*

Na nossa opinião, estes dois tipos de abordagem diferentes deveriam levar a uma comunicação mais harmoniosa, uma vez que se complementam e a complementaridade é uma característica importante na relação enfermeiro/médico como já foi referido neste estudo. O que nos parece é que por vezes, os enfermeiros invadem aquele que à partida é o universo médico, o aspecto técnico, e os médicos não valorizam um dos principais domínios da profissão de enfermagem que consiste no aspecto relacional e em manter a segurança do utente.

Observou-se uma situação, que de certa forma é representativa dessa complementaridade e que tem para nós alguma importância, no sentido em que valida esta nossa opinião de que o facto de termos visões diferentes na abordagem ao utente poderá constituir um aspecto positivo. Num dos blocos operatórios da instituição em que foi realizado este estudo, uma utente foi colocada na sala de operações e foi recusada a realização da anestesia pela 2.^a vez, por factores que poderiam ter sido analisados anteriormente uma vez que se tratava de uma utente em cirurgia programada. Ao constatar tal facto, a enfermeira responsável, referiu que estas situações se deveriam evitar uma vez que não se estava a pensar na doente e no seu bem-estar. Esta observação foi bem aceite pelos médicos que estavam presentes que tiveram expressões que nos levaram a pensar que eles não tinham pensado nisso dessa forma.

No que respeita à opinião dos *médicos*, estes referem que os problemas na comunicação entre enfermeiros e médicos estão relacionados com a questão do poder (Quadro 3 – BAD). Tal como referido no tema 4, no processo de comunicação interprofissional entre o enfermeiro e o médico, existem muitas situações causadoras de conflito que estão habitualmente ligadas a uma luta pelo poder, e a grande dificuldade reside na utilização que se faz dele. Este poder, segundo Margot Phanaeuf (2005), *“pode ter um efeito negativo se ele diminui o poder do outro ou se procura permitir a um tirar vantagem do outro. Esta situação provoca evidentemente inconvenientes relacionais importantes que prejudicam a resolução do conflito”*. No entanto o poder pode ser positivo se fizer com que emirjam as capacidades construtivas de cada um dos intervenientes, conseguindo-se então uma resolução de conflito que tem por base o poder partilhado.

105 *EMA20 (...) aquilo que é gerador de todos estes conflitos é o poder, é quem manda. E não é só quem quer mandar mas quem não quer exercer algum poder que tem. E os enfermeiros também têm poder que têm que reflectir*

como é que podem exercê-lo, tanto nas equipas entre os pares, os pares de todos os técnicos de saúde, quer com os utentes.

- 106 *QM6.1.11 (...) um problema de autoridade, quem manda e até onde.*
- 107 *QM6.1.12 A maioria dos médicos julga-se superior aos enfermeiros e não apenas com diferentes funções, (...).*
- 108 *QM6.1.13 (...) mas também muitos enfermeiros se puderem desconsideram o médico.*

Assim, ambos os grupos profissionais inquiridos são da opinião que os problemas existem mas com diferentes origens.

Alguns referem que não existem problemas se houver abertura e honestidade na relação interprofissional, e que os que existem são normais como entre quaisquer outras classes profissionais, não tendo portanto especificidade pelo facto de serem entre médicos e enfermeiros, mas com a personalidade de cada um dos intervenientes (Quadro 3 – BAC), e com o que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros.

- 109 *QM6.1.9 (...) quando se fala abertamente nunca há falta de comunicação.*
- 110 *QM6.1.10 Toda a gente se entende quando se fala de forma honesta.*
- 111 *QM6.1.15 Existem dificuldades de comunicação como entre outras classes profissionais.*
- 112 *QM6.2.6 Havendo respeito entre os profissionais as situações, mesmo que existam, nunca são graves.*
- 113 *QM6.2.7 (...) por vezes é mais um problema de “personalidades”, (...).*
- 114 *QM6.2.9 (...) falta de respeito pelos direitos de cada um; (...) não se restringe apenas a médico/enfermeiro mas entre colegas também.*

I15 *EMA15 (...) existem problemas na comunicação entre o médico e o enfermeiro. (...) os problemas (...) advêm todos do que é que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros. (...) há uma dificuldade de as pessoas (...) entenderem do que é que o outro precisa para as coisas funcionarem.*

Há ainda opiniões de médicos que referem que a comunicação é cada vez mais eficaz entre estes dois grupos profissionais, estando possivelmente relacionado com o facto da formação profissional dos enfermeiros ter evoluído nos últimos tempos (Quadro 3 – BAF).

I16 *EMB10 (...) cada vez há menos problemas, cada vez mais se consegue dialogar com os enfermeiros e eles também dialogam mais com os médicos.*

I17 *EMB11 (...) Cada vez mais os enfermeiros entendem e percebem o que se está a fazer ao doente. (...) há uma melhor formação, (...).*

I18 *QM6.2.8 (...) tem melhorado a comunicação entre estas duas classes nos últimos anos.*

1.2.2 Situações Vividas Pelos Participantes Que Retratam Problemas Na Comunicação Interprofissional

1.2.2.1 Relatos dos Enfermeiros

I19 *QE6.2.1 Os problemas de comunicação ocorrem em momentos de maior stress. Os confrontos nessas alturas só pioram a situação. (...).*

I20 *QE6.2.3 Uma pergunta ser interpretada como uma afirmação. Ao perguntar se uma utente estava medicada com antibiótico, o médico interpretou como se estivesse a dizer que aquela utente tinha de ser medicada.*

I21 *QE6.2.4 A organização dos tempos cirúrgicos: senti-me muitas vezes pressionada para transferir o mais rapidamente uma senhora do bloco para o recobro, para que se inicie rapidamente a cirurgia posterior. Esta atitude interfere a vários níveis na assistência ao utente, que não são considerados*

pelos médicos: na assepsia (manter ambiente seguro), na comunicação estabelecida com o utente (a vertente relacional não é contemplada), no stress que se verifica no ambiente de trabalho.

122 *EEB11 (...) aqui fazem-se rastreios auditivos ao bebé e a folha do rastreio auditivo é uma folha que deve ser preenchida pelo pediatra, que é quem faz o rastreio. (...) tem (...) um parâmetro que é o peso do bebé, a hora a que nasceu e a data de nascimento; (...) os enfermeiros quando têm (...) tempo disponível, e em parceria com os médicos, porque o médico que vem fazer este exame tem muitas outras coisas para fazer e vem a correr (...) o enfermeiro quando tem um tempo faz esse registo quando recebe o bebé. (...). O médico quando chega tem esse registo já feito. E aqui há tempos o médico veio fazer um rastreio auditivo e pegou em alguns papéis que não tinham esse registo feito e (...) dirigiu-se com modos agressivos para a enfermeira a questionar o que é que ela estava ali a fazer e porque não tinha feito o registo (...). A enfermeira respondeu-lhe da mesma maneira que não é secretária dele nem foi para isso que se formou. Eu acho que houve falha na comunicação. Situações como esta há muitas.*

123 *EEA10 (...) estou a lembrar-me de uma situação que vivenciei, de um médico ter dito ao enfermeiro que tinha pedido para administrar uma determinada terapêutica aquele utente, e entretanto o enfermeiro administra, diz ao médico que já foi administrada a terapêutica, e o médico entretanto disse “mas eu não disse que era essa quantidade, não foi isso que mencionei”. (...) havia testemunhas, havia outra colega presente que (...) confirmou que o médico se tinha enganado. (...) ele não assumiu. (...).*

1.2.2.2 Relatos dos Médicos

124 *QM6.2.5 Pedir para administrar uma medicação (...), não foi dada e ser dito à utente que só lhe administrava quando achasse que era altura, não queria que lhe acontecesse algo de mal com a sua gravidez.*

- 125 QM6.2.9 (...) falta de respeito pelos direitos de cada um; (...) não se restringe apenas a médico/enfermeiro mas entre colegas também.
- 126 EMA16 Vou contar um problema que aconteceu e que para mim foi extremamente difícil, (...) de ultrapassar, (...) ainda hoje me magoa imenso quando penso nisso. Eu era chefe de equipe, houve uma morte fetal intra uterina, de um bebê cuja mãe estava internada no Serviço de Grávidas. (...) os médicos foram chamados já numa altura em que já havia sinais de sofrimento no CTG; quem viu o CTG achou que era mau mas que era uma coisa que ia ocorrer rapidamente e portanto não havia interesse em fazer uma cesariana, e umas 2h30, 3h depois fez-se o parto e o bebê nasceu morto. (...). Uma morte intra uterina (...) em trabalho de parto, (...) é sempre extremamente angustiante e (...) põe em causa (...) o trabalho das pessoas que estiveram envolvidas e (...) eu era nessa altura chefe de equipe e quis analisar tudo e (...) percebi que, muito embora eu achasse que havia responsabilidade médica e que tinha havido um mau diagnóstico e uma má conduta nos médicos que tinham estado com ela, eu não percebi porque é que durante 2h30, porque eram 2h30 que estavam marcadas no CTG (isto tinha decorrido no Serviço de Grávidas), as Sr.^{as} enfermeiras não tinham chamado antes (...). E achei, até porque prezava as enfermeiras que lá estavam, que devia falar delas porque eu acho que igualdade é mesmo isto. Eu teria feito exactamente a mesma coisa a uma colega minha ou um colega meu. E fui lá, e para meu grande espanto, as enfermeiras não me entenderam, (...) disseram primeiro que “então agora está a querer pôr as coisas para a responsabilidade das enfermeiras?”. Eu disse “não, eu acho que nós temos que ter nas costas a nossa responsabilidade mas vocês também têm a vossa quota-parte de responsabilidade”. Disseram coisas do género “não me faltava mais nada era eu ter que ir chamar os médicos; eu chamei uma vez pelo telefone, não me faltava mais nada era eu ter que chamar”. (...) eu acho que não, elas por acaso até eram enfermeiras especialistas e é evidente que se os médicos não entendessem que aquilo era

uma emergência, elas só tinham uma coisa que fazer, era pegar na mulher levarem-na para a urgência e pregarem com o CTG à frente dos olhos dos médicos. Porque isto é que é trabalhar em parceria; todos nós cometemos imensos erros, não é (...). (...) eu até acho que sei o que é que aconteceu; a senhora teve queixas, teve contracções, elas puseram o CTG. Era de noite, e elas dormiram, em vez de dormirem ½ hora dormiram 2 h. Eh pá, isto acontece, isto pode parecer horrível mas quem trabalha num hospital sabe que as pessoas são humanas e que estas coisas acontecem. Portanto, a única coisa que elas tinham de me dizer era “foi incrível, nós encostamo-nos um bocadinho enquanto se fazia um bocadinho de CTG e quando lá chegámos encontrámos aquilo, e eu tinha entendido perfeitamente, porque nós cometemos este género de erros e é exactamente por cometermos este género de erros que é importante sabermos como é que podemos evitar e (...) só se pode evitar com vários crivos; pode haver crivos na zona da enfermagem, crivos na zona dos médicos, nós temos de nos apoiar uns aos outros porque (...) quando uma coisa corre mal, não foi uma coisa que correu mal, foram várias coisas que correram mal. (...) E nessa altura, eu disse, (...) se isto for para processo eu vou falar em vocês e não dizer que vocês tiveram a responsabilidade, mas vou dizer que no Serviço de Grávidas também se passou isto. Nós vamos acarretar a nossa responsabilidade mas vocês vão ter que acarretar com a vossa responsabilidade, (...) isto é alguma coisa que as pessoas (...) não entendem (...).

I.2.3 Relação Interprofissional (Categoria B)

QUADRO 4
SINTESE DA DIMENSÃO B – RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO
(CATEGORIA B – RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL)

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO (B)	RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito (A) • Poder (B) • Sobrevalorização de um em relação ao outro (C) • Incompatibilidade de personalidades (D) • Discordância na abordagem terapêutica (E) • Confiança de parte a parte (F) • Subserviência por parte dos enfermeiros (G) • Formação profissional dos enfermeiros c/o facilitador da relação (H) • Motivação c/o facilitador da relação (I)

Na opinião dos *enfermeiros* inquiridos existem conflitos (Quadro 4 – BBA) na relação entre enfermeiros e médicos, e estes são desencadeados pela busca do poder (Quadro 4 – BBB),

127 *QE7.1.3 O médico quer, manda e pode (...).*

128 *QE7.1.4 (...) [médico] Não aceita sugestões.*

129 *QE7.1.7 Os conflitos são (...) desencadeados pela busca de poder e de afirmação, que não é conseguida por aquisição de saber, mas do status.*

130 *EEB13 (...) a história já vem de trás, (...) o médico é o detentor do poder, (...); os enfermeiros também o querem adquirir (...) não querem sentir-se subjugados a esse poder e (...) a guerra parte por aí.*

131 *EEA17 (...) O médico pode pensar “não, isso é uma coisa que me compete a mim, não lhe compete a si”. O enfermeiro diz “não, mas eu também sei*

porque (...) através do meu curso adquiri conhecimentos científicos (...) que me permitem dizer que você está errado, que não é assim”. (...).

pela sobrevalorização (Quadro 4 – BBC) de cada um dos profissionais em relação ao outro e pelas incompatibilidades pessoais (Quadro 4 – BBD).

- 132 *QE7.1.2 (...) existe sobrevalorização pessoal e profissional de parte a parte o que é um fio condutor para o aparecimento de conflitos*
- 133 *QE7.1.6 (...) os conflitos surgem muitas vezes das incompatibilidades pessoais e da sobrevalorização que cada um permite que se exerça sobre si.*
- 134 *QE7.1.5 Tudo depende de cada um e o saber contornar a situação.*

Alguns enfermeiros inquiridos mencionam o facto dos conflitos estarem também relacionados com diferentes opiniões no que respeita à abordagem terapêutica e execução de tarefas (Quadro 4 – BBF).

- 135 *QE7.1.1 Existem conflitos pessoais e profissionais: pessoais quando existe uma incompatibilidade entre a personalidade de ambos, e profissionais quando existem discordâncias relativamente à abordagem terapêutica dos utentes (ou falta dela).*
- 136 *QE7.1.9 (...) O conflito pode surgir quando uma destas partes acha ou constata que as tarefas a desempenhar não foram devidamente realizadas (...).*
- 137 *QE7.1.8 As relações profissionais dependem sempre da boa execução das tarefas a desempenhar por esses mesmos profissionais.*

Na opinião dos médicos inquiridos, o poder (Quadro 4 – BBB) será a principal fonte geradora de conflitos,

- 138 *QM7.1.10 Alguns médicos confundem responsabilidade clínica com autoridade (...).*
- 139 *QM7.1.11 (...) não reconhecem a necessidade de cooperação com os enfermeiros.*

140 QM7.1.12 (...) alguns enfermeiros levam o conceito de autonomia para lá dos limites e esquecem a responsabilidade do médico na tomada de decisões terapêuticas. Outros não querem qualquer autonomia.

141 QM7.1.20 (...) o maior conflito é a luta pelo “poder”.

142 EMA20 (...) aquilo que é gerador de todos estes conflitos é o poder, é quem manda. E não é só quem quer mandar mas quem não quer exercer algum poder que tem. E os enfermeiros também têm poder que têm que reflectir como é que podem exercê-lo, tanto nas equipas entre os pares, os pares de todos os técnicos de saúde, quer com os utentes.

bem como a incompatibilidade de personalidades (Quadro 4 – BBD).

143 QM7.1.13 (...) depende mais do feitio de um e outro (...)

144 QM7.1.15 Não há conflitos entre enfermeiros e médicos, pode é haver entre pessoas dessas áreas.

No que respeita a esta questão dos conflitos e de onde provém, médicos e enfermeiros são unânimes em referir que os conflitos advém da busca do poder e da incompatibilidade de personalidades, independentemente de serem médicos ou enfermeiros.

1.2.4 Situações Vividas Pelos Participantes Que Retratam Conflitos Na Relação Interprofissional

1.2.4.1 Relatos dos Enfermeiros

145 QE7.2.1 Doente com hemoperitoneu. Apresenta palidez acentuada, hipotensão marcada, sudorese, abdómen duro e doloroso à palpação, hemograma muito baixo. Os enfermeiros de serviço chamaram o médico e não punccionaram uma veia nem monitorizaram o doente. O médico quando chegou “atirou-se ao ar” em forma de impropérios...

- 146 *QE7.2.2 Quando as opiniões divergem para campos opostos. O médico acha que o enfermeiro não deve dar opiniões e o enfermeiro acha que a sua opinião é fundamental para os cuidados a serem prestados ao utente.*
- 147 *QE7.2.3 (...) devido a uma colega ter administrado incorrectamente um fármaco a uma utente, o anestesista presente nunca mais revelou confiança na enfermeira em questão. Manifesta sempre algum desconforto quando tem de trabalhar com ela, pedindo a colaboração e/ou supervisão de outros enfermeiros da equipa.*
- 148 *QE7.2.4 (...) aconteceu comigo uma situação, que acabou por não ser conflituosa. Da minha parte não quis que isso criasse conflito, (...), da parte do médico foi um bocado desagradável. (...) durante uma cirurgia, a qual eu estava a instrumentar, e em determinado passo cirúrgico, o médico deu a entender que iria fazer aquele passo e eu dei-lhe o material para esse dito passo e ele disse “mas eu não quero isto”. E aí eu disse-lhe “bem, mas eu pensei que ia fazer isto”, e a resposta que tive foi “mas você não está aí para pensar”. Bem, dá-se sempre um certo desconto, porque numa cirurgia há sempre muito stress, é sempre um bocado complicado, mas também é desagradável. Eu acho que aí, se houver, (...), colaboração, se o médico acreditar na pessoa que tem ali e que se estiver seguro do que está a fazer e a dizer, cria-se um bom ambiente. E vice-versa, se o enfermeiro também estiver numa posição de ajudar, de colaborar em prol do utente, acho que se pode criar mesmo uma boa relação.*

1.2.4.2 Relatos dos Médicos

- 149 *QM7.2.5 Recentemente tem-se assistido a conflitos na urgência relacionados com o facto de alguns enfermeiros não quererem desempenhar as funções que lhes foram atribuídas na triagem dos utentes.*
- 150 *QM7.2.6 Serviço de admissões da MAC – utentes esperando. Enfermeiro – se quiserem, queixem-se que eles [médicos] foram jantar. Eu dou-lhes papel e caneta. E deu. E elas [utentes] queixaram-se.*

2 INTERPRETAÇÃO FINAL DE ACORDO COM A ANÁLISE HERMENÊUTICA EFECTUADA

Com base na análise dos resultados anteriormente efectuada, podemos considerar que tanto médicos como enfermeiros têm a mesma visão acerca do que é ser enfermeiro: é um elemento de uma equipa multidisciplinar cuja função é cuidar dos utentes. No entanto, parece que o termo cuidar tem diferentes significados para uns e para outros. Para a classe médica, o enfermeiro *cuida* ao administrar terapêutica e ao vigiar sinais vitais, funções estas complementares do trabalho do médico e que segundo a Ordem dos Enfermeiros correspondem a intervenções interdisciplinares. *Cuidar*, para os enfermeiros, tem um significado mais vasto, abrangendo uma visão holística do utente e os aspectos relacionais com ele e com a restante equipa de saúde.

O trabalho de equipa nas funções dos enfermeiros é mais realçado nas respostas dos médicos. Embora os enfermeiros considerem que ambos os profissionais devem trabalhar em equipa, parece haver por parte destes profissionais uma necessidade de se individualizarem, como que procurando o seu espaço na equipa, bem como definindo as funções autónomas da enfermagem.

Ao tentarmos cruzar as respostas, obtivemos resultados interessantes na medida em que os enfermeiros são da opinião que os médicos os vêem como parceiros de trabalho na equipa multidisciplinar, e que existe complementaridade no trabalho de ambos, com os enfermeiros com um papel importante na vertente

relacional. Esta opinião assemelha-se de facto à dos médicos, inclusive no aspecto relacional, sendo que um dos médicos inquiridos refere que este papel do enfermeiro na relação é importante e frequentemente esquecido por eles.

No entanto, os enfermeiros ainda referem que alguns médicos têm um sentimento de superioridade sobre eles, e é esta também a opinião de um dos médicos entrevistados ao referir que alguns colegas seus têm uma imagem subalternizada dos enfermeiros.

Quanto ao ser médico, os enfermeiros inquiridos valorizam as funções inerentes ao diagnóstico, prescrição e tratamento, dando alguma ênfase também à complementaridade e trabalho de equipa. A opinião da classe médica é semelhante, focando exactamente os mesmos aspectos relacionados com o diagnóstico e prescrição, bem como o trabalho de equipa e a complementaridade do trabalho médico e de enfermagem.

No que respeita aos aspectos relacionais no trabalho do médico, já se identificam nas respostas tanto de enfermeiros como de médicos, a ideia de que o médico também tem um importante papel na vertente relacional tanto com o utente como com os restantes profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, conceito este que não existia há uns anos atrás.

Quanto à comunicação entre enfermeiro e médico, conclui-se que ambos os profissionais são da opinião que existem problemas na comunicação e que estes estão relacionados com vários factores tais como:

- desvalorização dos conhecimentos e capacidades dos enfermeiros por parte dos médicos;
- incapacidade dos enfermeiros em valorizar os seus conhecimentos perante os médicos;

- visão diferente relativamente ao utente (os médicos com uma visão mais tecnicista e os enfermeiros mais preocupados com a segurança e bem-estar do utente);
- poder.

Alguns enfermeiros e médicos são ainda da opinião que os problemas de comunicação não existem se ambos os profissionais souberem o lugar que ocupam na relação entre si, não existindo também problemas numa relação interprofissional que tenha por base a abertura e a honestidade. Os mesmos profissionais referem que os problemas que existem são normais como entre quaisquer outras classes profissionais, não tendo portanto especificidade pelo facto de serem entre médicos e enfermeiros, mas com a personalidade de cada um dos intervenientes e com o que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros.

Uma opinião que consideramos importante, e mais importante ainda porque é uma opinião da classe médica, é que alguns destes profissionais referem que a comunicação é cada vez mais eficaz entre os dois grupos profissionais, estando possivelmente relacionado com o facto da formação profissional dos enfermeiros ter evoluído nos últimos tempos.

No que respeita à questão dos conflitos na relação entre enfermeiro e médico, e de onde provém, médicos e enfermeiros são unânimes em referir que os conflitos advém da busca pelo poder e da incompatibilidade de personalidades, independentemente de serem médicos ou enfermeiros. Médicos e enfermeiros inquiridos referem que ambos os profissionais tentam sobrevalorizar-se uns em relação aos outros.

Alguns enfermeiros inquiridos mencionam o facto dos conflitos estarem também relacionados com diferentes opiniões no que respeita à abordagem terapêutica e execução de tarefas. Acerca deste aspecto, somos da opinião que há que

valorizar ambas as formas de abordagem ao utente, a mais tecnicista, que normalmente corresponde aos médicos, e a dos enfermeiros que por norma é uma visão holística valorizando o aspecto relacional.

Entre estas duas formas de abordar o utente há que encontrar o equilíbrio que traga benefícios à prestação de cuidados ao utente com qualidade, e que favoreça uma relação harmoniosa e verdadeiramente profissional entre enfermeiros e médicos. É este o desafio que deixamos aos dois profissionais envolvidos no nosso estudo: enfermeiros e médicos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

No que respeita aos objectivos deste trabalho, cuja finalidade era ter a percepção de como os enfermeiros e os médicos se vêem entre si e compreender o tipo de comunicação na relação existente entre ambos, tendo em vista uma actuação/comunicação adequada por parte dos dois profissionais de saúde no seu dia-a-dia, podemos considerar que foram atingidos. O mesmo se aplica às questões de investigação, cujas respostas se podem encontrar ao longo do trabalho.

Considerou-se que a pertinência deste estudo reside no facto da relação enfermeiro/médico ter sofrido grandes alterações nos últimos anos, pelo que tem todo o interesse saber de que forma é que estes dois profissionais se vêem a si próprios e entre si.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados permitiram reunir informação suficiente para a obtenção dos resultados, e estes são reveladores de uma melhoria na relação enfermeiro/médico relativamente há uns anos atrás em que não existia propriamente uma relação profissional, nem os enfermeiros tinham funções e competências definidas como têm hoje.

Luís Graça (2005), ao citar a “Postilla Religiosa, e Arte de Enfermeiros”, primeiro manual de formação em cuidados de enfermagem de que há notícia em Portugal, refere que *“sem nunca pôr em causa a subordinação da enfermagem ao poder*

médico, o autor defende ainda que o enfermeiro deve pautar o seu comportamento pela “experiência”, o “crédito da ocupação” e o “voto solene da Hospitalidade”, já que dos seus actos “pende a vida e a saúde dos enfermos” (Anexo II).

A medicina era já uma profissão sólida, com poder de decisão e competências definidas, e os enfermeiros apenas cumpriam prescrições médicas, embora com a responsabilidade que isso acarreta.

Portanto, tal como referido por um dos médicos entrevistados neste estudo, eram os enfermeiros que tinham um percurso a decorrer, e actualmente assiste-se a um crescimento acentuado da profissão de enfermagem em termos de formação e de autonomia de funções, que parece agradar também à classe médica que começa a ver no enfermeiro um parceiro de trabalho e um elo importante de ligação ao utente e família. No entanto, ainda há um caminho longo para percorrer no que respeita à forma como estes dois profissionais de saúde trabalham entre si, e isto é notório nas respostas dos questionários e entrevistas relativamente à comunicação entre enfermeiros e médicos bem como à relação entre ambos.

Com base nas questões de investigação inicialmente formuladas, pode concluir-se que as opiniões de médicos e enfermeiros relativamente à profissão de enfermagem difere um pouco ainda no que respeita às funções do enfermeiro, em que a maioria dos médicos vê a enfermagem como profissão complementar da medicina mas sem funções autónomas. Quanto às funções dos médicos, a opinião dos dois profissionais é unânime realçando os aspectos de diagnóstico e tratamento.

No que diz respeito à atitude na relação enfermeiro/médico e às formas de comunicação entre ambos, os dois grupos profissionais são da opinião de que existem alguns problemas de relação e de comunicação e que estes estão sobretudo relacionados com a luta pelo poder e com a forma como ambos

querem sobrevalorizar-se. Existe também a opinião por parte de ambos os profissionais de que os conflitos existem por incompatibilidades pessoais e de personalidades independentemente da profissão.

Tal como referiu um dos médicos entrevistados, existe ainda uma dificuldade de as pessoas, neste caso médicos e enfermeiros, entenderem do que é que o outro precisa para as coisas funcionarem.

Na nossa opinião, estes problemas podem ser minimizados se médicos e enfermeiros souberem o lugar que ocupam na relação profissional que existe entre ambos com diferenciação de funções e competências mas não com diferenciação de estatutos, e se perceberem que essa relação existe com o objectivo comum de assistir o utente com o máximo de qualidade.

Algumas sugestões foram lançadas pelos entrevistados para que a relação enfermeiro/médico seja frutífera e resulte numa relação profissional eficaz. Entre elas destacamos uma, que foi referida tanto por médicos como por enfermeiros, e que tem a ver com o facto de haver necessidade de estes dois grupos profissionais se relacionarem fora do contexto hospitalar, ou pelo menos fora do ambiente que ambos vivem diariamente no serviço onde trabalham. Isto deve acontecer para que ambos se conheçam de uma outra forma que não a do seu desempenho profissional, ou ainda para debaterem assuntos do dia-a-dia hospitalar mas sem estarem ambos pressionados pelo *stress* ou com a presença de outras pessoas ou factores a influenciarem o ambiente em que se estão a desenrolar os acontecimentos. Uma das médicas entrevistadas refere mesmo a necessidade de se *“(...) fazerem reuniões onde fazem simulações de situações, onde revêm situações, onde brincam às vezes, onde fazem exercícios, onde conversam sobre aquilo que é angustiante, por exemplo o erro, o erro é angustiante; temos que fazer sessões onde se fala do erro. Nos casos mais complicados, como é que se vivencia a morte de alguém (...)”*.

Uma outra sugestão retirada das entrevistas efectuadas é que o diálogo entre enfermeiros e médicos é fundamental e a formação, bem como a avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao utente, deve ser feita em conjunto por ambos os profissionais, para que haja uma melhoria da qualidade de trabalho, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados.

Criar um clima de confiança, fomentar o diálogo com abertura e honestidade, reconhecer as funções e competências uns dos outros respeitando os limites de cada uma das profissões, parecem-nos ser os ingredientes necessários para a resolução de alguns conflitos ou mesmo para evitar algumas situações conflituosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, Jean-Claude – **A abordagem estrutural das representações sociais.** In MOREIRA, Antónia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Orgs.) – Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia : Editora Cultura e Qualidade, 2000. ISBN 85-7498-001-3. p. 27-37.

APOLINÁRIO, J. M. Marques – **Trabalho em equipa: Paradigmas do desporto.** Dirigir. 72 (Março-Abril 2001) p. 51-57.

BARDIN, L. – **Análise de conteúdo.** Lisboa : Edições 70, 1977.

BOELEN, C. – **La Problématique de la Constitution des Equipes de Santé.** Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales. 22:1, (1982) p. 49-66.

CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares.** 3.^a ed. Porto : Afrontamento, 1995. ISBN 9789723603064. 300 p.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. – **Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem.** Lisboa : Universidade Aberta, 1998. ISBN 972-674-321-5. 353 p.

CARVALHO, Juliana Wallig Alves de – **Representações sociais da psicologia hospitalar entre médicos e psicólogos.** Rio de Janeiro : Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. 143 p. Tese de Mestrado.

COLLIÉRE, M. F. – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 2.^a ed. Lisboa : Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3. 385 p

COUTINHO, M. P. L. [et al.] – **Representações sociais: Abordagem interdisciplinar.** João Pessoa : Universitária UFPB, 2003.

FERREIRA, J. M.; NEVES, J.; CAETANO, A. – **Manual de psicossociologia das organizações.** Lisboa : McGraw Hill, 2001.

FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri – **Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros.** Sinais Vitais. 10 (1997) p. 19-22.

FLICK, Uwe – **Métodos qualitativos na investigação científica.** Lisboa : Monitor, 2005. ISBN 972-9413-67-3. 305 p.

FORTIN, M. F. – **O Processo de investigação: Da concepção à realização.** Lisboa : Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X. 388 p.

FRIAS, Suzete – **Equipas multidisciplinares.** Hospitalidade. 252 (Abril/Junho 2001) p. 9-14.

GALPIN, J. T. – **O lado humano da mudança.** Lisboa : Edições Sílabo, 2000.

GONÇALVES, Sandra Cristina Silva Gamboa – **A importância da assertividade na equipe de saúde.** Servir. 51:3 (Maio/junho 2003) p. 146-149.

GRAÇA, Luís – **Apresentação: a arte da enfermagem no século XVIII.** In Santiago, Padre Frei Diogo de – Postilla Religiosa, e Arte dos Enfermeiros.

Lisboa : Alcalá, 2005. [consultado em 20/12/2007]. Disponível na internet: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos173.html>.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. 1.^a ed. Loures : Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8. p. 143-151.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. 1.^a ed. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7. 220 p.

Homepage | Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 20/11/2007]. Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

HUBER, Diane – **Leadership and nursing care management**. 2.^a ed. Philadelphia : Saunders, 2001. ISBN 0-7216-76995. p. 49-75.

LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda: Uma abordagem teórica e prática de um critério de competência da Enfermagem**. Lisboa : Lusodidacta, 1994. 214 p.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli – **O trabalho em equipa: Um instrumento básico e um desafio para a enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 29:1 (Abril 1995) p. 13-25.

MOSCOVICI, Serge – **L'ère des représentations sociales**. In DOISE, W.; PALMONARI, A. – L'étude des représentations sociales. Paris : Delachaux & Niestlé, 1986. p. 34-80.

NEVES, J. G.; JESUÍNO, J. C. – **Cultura organizacional: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes**. Psicologia. IX:3 (1994) p. 327-346.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – **Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos.** Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. 454 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais.** Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, 2003.

Portal original da Ordem dos Médicos. [Acedido a 20/11/2007]. Disponível na internet: <http://www.ordemdosmedicos.pt/>

PARSE, R. R.; COINÉ, A. B.; & SMITH, M. J. – **Nursing research: Qualitative methods.** Bowie, Md. : Brady Communications Company, 1985.

PATITA, Maria da Luz Almeida; FARINHA, Fernanda Carvalheiro – **Trabalho em equipa: desafio para trabalhar melhor.** Sinais Vitais. 23 (Março 1999) p. 33-34.

PATTON, M. Q. – **Qualitative evaluation and research methods.** 2.^a ed. Newbury Park : Sage Publications, 1990.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lisboa : Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3. 633 p

PORTO, Sílvia Maria – **Interdisciplinaridade e saúde.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. 12:3 (Julho/Setembro 1994) p. 49-55.

PORTOCARRERO, Maria Luísa – **Horizontes da hermenêutica em Paul Ricoeur.** Coimbra : Ariadne, 2005. ISBN 972-8838-17-4.

QUINN, R. E.; CAMERON, K. – **Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: Some Preliminary Evidence.** Management Science. 29:1 (1983) p. 33-51.

QUINN, R. E.; MCGRATH, M. R. – **The Transformation of organizational culture: A competing values perspective.** In P. J. Frost [et al.] (eds.) – Organizational Culture. Beverly Hill, CA : Sage Publications Inc., 1985.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de investigação em ciências sociais.** 4.^a ed. Lisboa : Gradiva, 2005. ISBN 972-662-275-1.

RILEY, J. B. – **Comunicação em enfermagem.** Lisboa : Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9. 454 p.

RODRIGUES, Ana Paula; FERNANDES, Luis Filipe – **A importância da comunicação numa equipa multidisciplinar.** Nursing. 101 (Junho 1996) p. 8-11.

ROGERS, Carl R. – **Tornar-se pessoa.** Lisboa : Moraes Editora, 1984. 342 p.

SANDÍN ESTEBAN, Maria Paz – **Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones.** Madrid : McGraw-Hill, 2003.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine – **A entrevista semi-dirigida.** In GAUTHIER, Benôit – Investigação social: da problemática à colheita de dados. 3.^a ed. Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X. p. 279-302.

SEIXAS, Paulo Castro; PEREIRA Pedro – **Relações e situações críticas na enfermagem.** Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2005. ISBN 972-8830-42-4. 295 p.

STREUBERT, Helen J. – **A Produção da investigação qualitativa: Elementos comuns essenciais.** In STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. – Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. 2.^a ed. Loures : Lusociência, 2002. SBN 972-8383-29-0. p. 17-35.

STREUBERT, Helen J. – **Filosofia e teoria: Fundamentos da investigação qualitativa.** In STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. – Investigação

qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. ^a ed. Loures : Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0. p. 1-15.

VALA, J. – **Análise de conteúdo.** In SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Eds) – Metodologia das ciências sociais. Porto : Edições Afrontamento, 1986. p. 101-128.

ANEXOS

ANEXO I
FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS

FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS

O conteúdo profissional dos enfermeiros encontra-se descrito com a clareza necessária pela Ordem dos Enfermeiros num documento do Conselho de Enfermagem que data de Outubro de 2003. Assim, no que respeita à definição dos cuidados de enfermagem aquele documento refere que “*o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)*” (...) e que “*no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem*”. Refere ainda a Ordem dos Enfermeiros que “*o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), i. e. prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas)*”. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

No que respeita às funções dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros salienta a importância de uma conduta responsável e ética, respeitando os interesses e direitos dos cidadãos. No n.º 2 do Artigo 8.º, a Ordem refere que “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”. Relevante importância no âmbito deste estudo, tem o conteúdo do n.º 3 do Artigo 8.º quando diz que “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. No Artigo 9.º, a Ordem faz referência às intervenções de enfermagem separando-as em intervenções autónomas e interdependentes, considerando as primeiras como “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. As acções interdependentes são classificadas pela Ordem dos Enfermeiros como “acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

Seguidamente enumeram-se as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros:

A – PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A. 1 – Responsabilidade

- 1 Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.
- 2 Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.

- 3 Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.
- 4 Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

A. 2 – Prática segundo a ética

- 5 Exerce de acordo com o Código Deontológico.
- 6 Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.
- 7 Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.
- 8 Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.
- 9 Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.
- 10 Respeita o direito do cliente à privacidade.
- 11 Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.
- 12 Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
- 13 Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.
- 14 Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.
- 15 Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.
- 16 Presta cuidados culturalmente sensíveis.

A. 3 – Prática legal

- 17 Prática de acordo com a legislação aplicável.
- 18 Prática de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.
- 19 Reconhece e actua nas situações de infracção violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.

B – PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS

B. 1 – Princípios chave da prestação e gestão de cuidados

- 20 Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.
- 21 Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.
- 22 Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.
- 23 Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.
- 24 Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.
- 25 Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.
- 26 Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.
- 27 Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

- 28 Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.
- 29 Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
- 30 Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.
- 31 Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.

B. 1. 1 – Prestação de cuidados

B. 1. 1. 1 – A promoção da saúde

- 32 Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.
- 33 Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.
- 34 Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.
- 35 Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.
- 36 Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.
- 37 Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.
- 38 Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.

- 39 Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.
- 40 Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.
- 41 Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
- 42 Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- 43 Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

B. 1. 1. 1. 2 – Colheita de dados

- 44 Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.
- 45 Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

B. 1. 1. 1. 3 – Planeamento

- 46 Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.
- 47 Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.
- 48 Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.
- 49 Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

- 50 Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.
- 51 Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.
- 52 Documenta o plano de cuidados.

B. I. I. I. 4 – Execução

- 53 Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.
- 54 Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.
- 55 Documenta a implementação das intervenções.
- 56 Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.
- 57 Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

B. I. I. I. 5 – Avaliação

- 58 Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.
- 59 Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.
- 60 Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.

B.I.I.I.6 – Comunicação e relações interpessoais

- 61 Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

- 62 Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.
- 63 Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.
- 64 Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
- 65 Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.
- 66 Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.
- 67 Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

B.1.2 – Gestão de cuidados

B.1.2.1 – Ambiente seguro

- 68 Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.
- 69 Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.
- 70 Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.
- 71 Implementa procedimentos de controlo de infecção.
- 72 Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.

B.1.2.2 – Cuidados de saúde interprofissionais

- 73 Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.
- 74 Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
- 75 Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.
- 76 Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
- 77 Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.
- 78 Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.
- 79 Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

B.1.2.3 – Delegação e supervisão

- 80 Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.
- 81 Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.
- 82 Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.

C – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

C.1 – Valorização profissional

- 83 Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.
- 84 Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.
- 85 Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.
- 86 Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.
- 87 Actua como um modelo efectivo.
- 88 Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.

C.2 – Melhoria da qualidade

- 89 Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.
- 90 Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

C.3 – Formação contínua

- 91 Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.
- 92 Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.
- 93 Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.
- 94 Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

- 95 Actua como um mentor/tutor eficaz.
- 96 Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

ANEXO 2
FUNÇÕES DOS MÉDICOS

FUNÇÕES DOS MÉDICOS

Ao pesquisarmos acerca das funções dos médicos, a única informação que conseguimos recolher tem a ver com o Código Deontológico da classe médica, não se obtendo de uma forma clara e objectiva as funções/competências inerentes a um profissional da classe médica.

Assim, no respeito ao código deontológico, passa-se a descrever alguns dos artigos que julgamos mais pertinentes no âmbito deste trabalho:

TITULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 1.º (Deontologia Médica)

A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o Médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional.

ARTIGO 2.º (Normas Complementares)

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, depois de ouvido o Conselho Nacional de Deontologia Médica e tendo em conta os usos e costumes da profissão, pode complementar, sempre que necessário, as normas deste Código.

ARTIGO 3.º (Âmbito)

As disposições reguladoras da Deontologia Médica são aplicáveis a todos os Médicos, no exercício da sua profissão, qualquer que seja o regime em que esta seja exercida.

Os princípios afirmados no número anterior não são prejudicados pelo facto de, em face de leis em vigor, não ser possível a sua aplicação ou sancionada a sua violação.

ARTIGO 4.º (Independência dos Médicos)

O Médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, não podendo ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das suas funções clínicas.

O disposto no número anterior não contraria a existência de hierarquias técnicas institucionais legal ou contratualmente estabelecidas, não podendo em nenhum caso um Médico ser constrangido a praticar actos Médicos contra sua vontade.

ARTIGO 5.º (Competência exclusiva da Ordem dos Médicos)

O reconhecimento da responsabilidade disciplinar dos Médicos emergente de infracções à Deontologia e Técnica Médicas é da competência exclusiva da Ordem dos Médicos.

Quando as violações à Deontologia e Técnica Médicas se verificam em relação a Médicos que exerçam a sua profissão vinculados a entidades públicas, cooperativas ou privadas, devem estas entidades limitar-se a comunicar as presumíveis infracções à Ordem dos Médicos.

Se a actualidade das infracções Deontológicas e Técnicas preencher também os pressupostos de uma infracção disciplinar incluída na competência legal destas entidades, as respectivas competências devem ser exercidas separadamente.

TITULO V – RELAÇÕES DOS MÉDICOS COM TERCEIROS

ARTIGO 130.º (Principio Geral)

O Médico deve, nas suas relações com farmacêuticos, enfermeiros, parteiros, odontologistas, membros das profissões paramédicas, e profissionais de saúde em geral, respeitar a sua independência e dignidade profissional.

ARTIGO 131.º (Dever de cooperação)

O Médico deve, nas relações com os seus auxiliares ou colaboradores, respeitar a dignidade de cada um e observar conduta de perfeita cooperação, mútuos respeito e confiança, incluindo idêntica atitude nos seus doentes.

ARTIGO 132.º (Relações com farmacêuticos)

Nas relações com Farmacêuticos, o Médico deve respeitar as disposições legais relativas às modalidades de prescrição.

É proibido ao Médico exercer influência sobre os seus clientes para fornecer determinadas farmácias.

Deve o médico, sempre que tome conhecimento de factos que denunciem improbidade ou incompetência de Farmacêutico, comunicá-lo à Ordem respectiva.

ARTIGO 133.º (Actos proibidos)

São proibidos a venda ou fornecimento de medicamentos pelo Médico aos seus doentes.

Exceptuam-se os casos de fornecimento gratuito de amostras com fins científicos ou de solidariedade, bem como os casos de socorros urgentes e ainda os produtos de contraste ou medicamentos necessários à execução de exames radiológicos, laboratoriais ou outros, que deverão ser cedidos a preço de custo e mencionados nas facturas referentes aos exames.

ARTIGO 134.º (Incompatibilidade)

É proibido o exercício cumulativo das profissões de Médico e Farmacêutico, ainda que por interposta pessoa ou entidade.

É proibido o exercício cumulativo das profissões de Médico e Enfermeiro.

ARTIGO 135.º (Próteses)

Quando estritamente necessário, o Médico pode fornecer aos seus doentes próteses ou aparelhos diversos de uso médico, sem fim lucrativo.

ARTIGO 136.º (Respeito pela competência)

O Médico não deve incumbir o Enfermeiro ou qualquer membro das profissões paramédicas, de serviços que excedam os limites da sua competência.

ARTIGO 137.º (Auxiliares de Medicina)

Os auxiliares de Medicina apenas podem prestar aos doentes os serviços indicados pelo Médico sob cuja direcção trabalhem.

ARTIGO 138.º (Encobrimento do exercício legal da medicina)

Incorre em falta deontológica grave o Médico que encubra, ainda que indirectamente, qualquer forma de exercício ilegal da Medicina.

No quadro das relações profissionais com os seus colaboradores, deve o Médico abster-se de iniciativa que possa levar estes a exercerem ilegalmente a Medicina.

Comete falta deontológica grave o Médico que se apresente publicamente, com título diferente daquele que é reconhecido na sua licenciatura, ao abrigo da legislação em vigor, como Homeopata, Naturopata ou outra qualquer forma de Medicina paralela, sem prejuízo do Artigo 46.º.

ANEXO 3
GRELHA DE ANÁLISE

AREA TEMATICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUB SUBCATEGORIAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (A)	SER ENFERMEIRO (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Na óptica do enfermeiro (A) • Na óptica do médico (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar (A) • Relação de ajuda (B) • Proximidade com o utente (C) • Complementaridade (D) • Trabalho de equipa (E) • Comunicar (F)
	SER MÉDICO (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Na óptica do enfermeiro (A) • Na óptica do médico (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento (A) • Complementaridade (B) • Trabalho de equipa (C)
RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO (B)	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de valorização dos conhecimentos por parte dos enfermeiros (A) • Desvalorização do enfermeiro por parte dos médicos (B) • Personalidade dos intervenientes na relação (C) • Poder (D) • Visões diferentes acerca do utente (E) • Formação profissional dos enfermeiros c/o facilitador da comunicação (F) 	
	RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito (A) • Poder (B) • Sobrevalorização de um em relação ao outro (C) • Incompatibilidade de personalidades (D) • Discordância na abordagem terapêutica (E) • Confiança de parte a parte (F) • Subserviência por parte dos enfermeiros (G) • Formação profissional dos enfermeiros c/o facilitador da relação (H) • Motivação c/o facilitador da relação (I) 	

ANEXO 4
QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Como Enfermeira e aluna do Mestrado em Comunicação em Saúde, encontro-me a fazer um estudo no sentido de constituir a minha tese de mestrado, cujo tema é "A Comunicação na Relação Enfermeiro/Médico - Contributos para a gestão de conflitos". Nesse âmbito, e agradecendo desde já a sua colaboração, gostaria que respondesse ao questionário que se segue, com a certeza de que a sua contribuição irá ser um valor acrescentado para a finalidade deste estudo que consiste em analisar a Relação Enfermeiro/Médico no que respeita à comunicação entre estes dois profissionais, sugerindo algumas estratégias para que esta relação seja frutífera para o objectivo pela qual existe: o utente.

1. IDENTIFICAÇÃO Enfermeiro Médico

Serviço: _____

Antiguidade na instituição:

 Mais de 6 anos Mais de 10 anos Mais de 15 anos**2. Descreva, de uma forma sucinta, o que é ser enfermeiro.**

3. Descreva, de uma forma sucinta, o que é ser **médico**.

4. Descreva, de uma forma sucinta, o que pensa que os médicos acham acerca do que é ser enfermeiro.

5. Descreva, de uma forma sucinta, o que pensa que os enfermeiros acham do que é ser médico.

6.

6.1 Na sua opinião, que tipo de problemas existem na **comunicação** entre o Enfermeiro e o Médico?

6.2 Descreva de uma forma sucinta uma situação que se tenha passado consigo ou que tenha presenciado e que retracte um problema de **comunicação** entre estes dois grupos profissionais.

7.

7.1 Na sua opinião, que tipo de **conflitos** existem na **Relação Enfermeiro - Médico?**

7.2 Descreva de uma forma sucinta, uma situação que se tenha passado consigo ou que tenha presenciado, que retracte um **conflito na relação entre Enfermeiros e Médicos.**

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 5
RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

PERGUNTA N.º2

QE2 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

Ser enfermeiro é (...) cuidar o “outro” como ser holístico, (...) no contexto de relação terapêutica (...) e na relação pedagógica

Ser amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), um prestador de cuidados, ser humano, sonhador. (...) está atento à evolução de novas técnicas no âmbito da saúde. (...) partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades

O enfermeiro diagnostica necessidades físicas e psicológicas do utente e delinea mentalmente ou por escrito um modo de minimizar ou responder com êxito a essas mesmas necessidades

(...) promove, mantém e incentiva o cuidar dentro e fora do contexto hospitalar, por forma a maximizar o estado de bem-estar, conforto e saúde do utente

(...) forma de viver com e para o próximo, sem nunca deixarmos de ser nós próprios; é saber defender os nossos direitos como profissão independente; é ter consciência da responsabilidade de ser enfermeiro; é motivar-se no que faz; é manter o auto-controlo em situações de stress e de pressão; é manter o humor apesar de tudo; manter-se

atualizado para aumentar as competências necessárias para cuidar daquele que precisa da nossa ajuda; é saber comunicar

QM2 – Corpus de Análise (Médicos)

Administrar terapêuticas, vigiar parâmetros dos doentes internados, colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde.

(...) o enfermeiro a mão direita do médico, não apenas na execução de qualquer técnica como é também um par de olhos imprescindível para a vigilância do doente.

Técnico de saúde que presta cuidados de saúde aos doentes, complementando (...) o trabalho médico

(...) elo importante entre médico e doente, (...) importante papel na recepção e acompanhamento do doente.

QE2 e QM2 – Unidades de Registo

QE2.1 *Ser enfermeiro é (...) cuidar o “outro” como ser holístico, (...).*

QE2.2 *(...) [cuidar] no contexto de relação terapêutica (...) e na relação pedagógica.*

QE2.3 *Ser amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), (...).*

QE2.4 *(...) um prestador de cuidados, (...).*

QE2.5 *(...) ser humano, (...).*

QE2.6 *(...) está atento à evolução de novas técnicas no âmbito da saúde.*

QE2.7 *(...) partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades.*

- QE2.8 *O enfermeiro diagnostica necessidades físicas e psicológicas do utente (...).*
- QE2.9 *(...) delinea mentalmente ou por escrito um modo de minimizar ou responder com êxito a essas mesmas necessidades (...).*
- QE2.10 *(...) promove, mantém e incentiva o cuidar dentro e fora do contexto hospitalar, (...).*
- QE2.11 *(...) maximizar o estado de bem-estar, conforto e saúde do utente (...).*
- QE2.12 *(...) forma de viver com e para o próximo, (...).*
- QE2.13 *(...) saber defender os nossos direitos como profissão independente; (...).*
- QE2.14 *(...) consciência da responsabilidade de ser enfermeiro; (...).*
- QE2.15 *(...) motivar-se no que faz; (...).*
- QE2.16 *(...) manter o auto-controlo em situações de stress e de pressão; (...).*
- QE2.17 *(...) é manter o humor (...);(...).*
- QE2.18 *(...) manter-se actualizado para aumentar as competências necessárias para cuidar daquele que precisa da nossa ajuda; (...).*
- QE2.19 *(...) saber comunicar (...).*
- QM2.20 *Administrar terapêuticas, (...).*
- QM2.21 *(...) vigiar parâmetros dos doentes internados, (...).*
- QM2.22 *(...) colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde.*
- QM2.23 *(...) o enfermeiro [é] a mão direita do médico, não apenas na execução de qualquer técnica como é também um par de olhos imprescindível para a vigilância do doente.*

QM2.24 (...) *presta cuidados de saúde aos doentes, (...).*

QM2.25 (...) *complementando (...) o trabalho médico, (...).*

QM2.26 (...) *elo importante entre médico e doente, (...).*

QM2.27 (...) *importante papel na recepção e acompanhamento do doente.*

PERGUNTA N.º 3

QE3 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

(...) diagnostica a doença, trata ou alivia as consequências (...) de modo a melhorar a qualidade de vida do utente (...).

(...) amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), (...) prestador de cuidados, ser humano, (...). (...) está atento à evolução de novas técnicas no âmbito da saúde. (...) partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades. Médico e enfermeiro complementam-se no cuidar do utente, (...) com tarefas distintas (...).

(...) um complemento do enfermeiro, com tarefas definidas no âmbito do tratar visando o bem-estar e saúde do utente (...).

(...) profissional que, tal como o enfermeiro, tem a finalidade de olhar pelo outro; o médico diagnostica, prescreve, cura. Tem maior liberdade de actuação e decisão. (...) a sua actuação é mais técnica (...).

QM3 – Corpus de Análise (Médicos)

Promover a saúde, diagnosticar doenças, definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

(...) alguém que está atento, (...) que pensa, observa, define, escuta, (...) age de acordo com aquilo que captou.

Pessoal de saúde em quem o doente põe a esperança da detecção e cura dos seus males e que deverá ter grande empatia no doente e restante pessoal de saúde.

Desenvolver e aplicar os seus conhecimentos nas vertentes assistencial, ensino e investigação, (...).

Técnico de saúde que tenta diagnosticar e tratar as diferentes doenças (...).

QE3 e QM3 – Unidades de Registo

QE3.1 *(...) diagnostica a doença, trata ou alivia as consequências (...) de modo a melhorar a qualidade de vida do utente.*

QE3.2 *(...) amigo do próximo (equipa multidisciplinar e utente), (...).*

QE3.3 *(...) prestador de cuidados, (...).*

QE3.4 *(...) ser humano, (...).*

QE3.5 *(...) está atento à evolução de novas técnicas no âmbito da saúde.*

QE3.6 *(...) partilha saberes e sentimentos com profissionais de outras instituições, cultura, religião e diferentes idades.*

QE3.7 *Médico e enfermeiro complementam-se no cuidar do utente, (...) com tarefas distintas (...).*

QE3.8 *(...) um complemento do enfermeiro, (...).*

QE3.9 *(...) tarefas definidas no âmbito do tratar visando o bem-estar e saúde do utente (...).*

QE3.10 *(...) profissional que, tal como o enfermeiro, tem a finalidade de olhar pelo outro; (...).*

QE3.11 *(...) o médico diagnostica, prescreve, cura.*

- QE3.12 (...) maior liberdade de actuação e decisão. (...) a sua actuação é mais técnica.
- QM3.13 Promover a saúde, (...).
- QM3.14 (...) diagnosticar doenças, (...).
- QM3.15 (...) definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), (...).
- QM3.16 (...) desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (...).
- QM3.17 (...) alguém que está atento, (...) que pensa, observa, define, escuta, (...) age de acordo com aquilo que captou.
- QM3.18 Pessoal de saúde em quem o doente põe a esperança da detecção e cura dos seus males (...).
- QM3.19 (...) deverá ter grande empatia no doente e restante pessoal de saúde (...).
- QM3.20 Desenvolver e aplicar os seus conhecimentos nas vertentes assistencial, ensino e investigação, (...).
- QM3.21 Técnico de saúde que tenta diagnosticar, (...) tratar as diferentes doenças (...).

PERGUNTA N.º 4

QE4– Corpus de Análise (Enfermeiros)

Elemento com quem trabalham em parceria na equipa multidisciplinar, (...) papel (...) importante na vertente relacional com os utentes. (...) representa um complemento ao modelo bio-médico exercido pelos médicos: o médico trata, o enfermeiro cuida. (...) em oposição a esta parceria no trabalho, existe (...) a concepção de que não se trabalha com o enfermeiro, mas sim, este é um subordinado ao poder médico.

(...) os médicos têm consciência da importância do papel do enfermeiro. Nos dias de hoje o enfermeiro tem um leque de conhecimentos teóricos e práticos muito mais alargado do que teriam os enfermeiros há uns anos atrás. (...) neste momento a nossa atitude, as nossas opiniões, sugestões e conhecimentos complementam-se com os saberes e atitudes dos médicos. (...) caminho aberto para um bom entendimento entre médico e enfermeiro.

(...) elemento da equipa multidisciplinar, que age e interage dentro da equipa como elemento de ligação médico-utente (...) trabalha em cooperação directa, com o fim comum de promover a saúde do utente.

Indivíduos com poucos conhecimentos científicos, (...) ao agirem com zelo e com o melhor da sua capacidade profissional, obtêm junto do utente dados imprescindíveis para o diagnóstico clínico.

(...) visto como auxiliar do médico; (...) ambos trabalham para o mesmo fim (saúde do utente).

QM4 – Corpus de Análise (Médicos)

Administrar terapêutica, vigiar parâmetros dos doentes internados, colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde.

(...) ser enfermeiro é ser carinhoso, (...) ter o dom da comunicação, (...) ser/ter um olhar diferente, uma perspectiva diferente do doente, que o (...) médico por vezes não tem.

Profissional que cuida dos doentes em complemento com os médicos.

(...), hoje são diferenciados mas afastam-se frequentemente das suas funções de relação com o doente e com o médico.

São duas classes profissionais que se complementam, (...).

QE4 e QM4 – Unidades de Registo

QE4.1 *Elemento com quem trabalham em parceria na equipa multidisciplinar, (...).*

QE4.2 *(...) papel (...) importante na vertente relacional com os utentes.*

QE4.3 *(...) representa um complemento ao modelo bio-médico exercido pelos médicos.*

QE4.5 *(...) o médico trata, (...).*

QE4.5 *(...) o enfermeiro cuida.*

QE4.6 *(...)em oposição a esta parceria no trabalho, existe (...) a concepção de que não se trabalha com o enfermeiro, mas sim, este é um subordinado ao poder médico.*

QE4.7 *(...) os médicos têm consciência da importância do papel do enfermeiro.*

- QE4.8 (...) Nos dias de hoje o enfermeiro tem um leque de conhecimentos teóricos e práticos muito mais alargado do que teriam os enfermeiros há uns anos atrás. (...).
- QE4.9 (...) neste momento a nossa atitude, as nossas opiniões, sugestões e conhecimentos complementam-se com os saberes e atitudes dos médicos (...).
- QE4.10 (...) caminho aberto para um bom entendimento entre médico e enfermeiro.
- QE4.11 (...) elemento da equipa multidisciplinar, que age e interage dentro da equipa como elemento de ligação médico-utente (...).
- QE4.12 (...) trabalha em cooperação directa, com o fim comum de promover a saúde do utente.
- QE4.13 Indivíduos com poucos conhecimentos científicos, (...) ao agirem com zelo e com o melhor da sua capacidade profissional, obtém junto do utente dados imprescindíveis para o diagnóstico clínico.
- QE4.1 (...) visto como auxiliar do médico; (...).
- QE4.15 (...) ambos trabalham para o mesmo fim (saúde do utente).
- QM4.16 Administrar terapêutica, vigiar parâmetros dos doentes internados, (...).
- QM4.17 (...) colaborar com os médicos na organização de consultas, actividades de ensino e promoção de saúde.
- QM4.18 (...) ser enfermeiro é ser carinhoso, (...).
- QM4.19 (...) ter o dom da comunicação, (...).
- QM4.20 (...) ser/ter um olhar diferente, uma perspectiva diferente do doente, que o (...) médico por vezes não tem.
- QM4.21 Profissional que cuida dos doentes em complemento com os médicos (...).

QM4.22 (...), hoje são diferenciados mas afastam-se frequentemente das suas funções de relação com o doente e com o médico.

QM4.23 São duas classes profissionais que se complementam, (...).

PERGUNTA N.º 5

QE5 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

(...) prescreve o tratamento (...).

(...) elemento da equipa multidisciplinar que (...) colabora com os outros elementos de forma a promover o cuidar e o tratar do utente (...).

(...) diagnostica a doença ou falta de saúde, segundo as normas e procedimentos específicos, organizados e cientificamente fundamentados, visando melhorar as disfunções do organismo humano e se possível eliminá-las.

(...) elemento importante da equipa multidisciplinar (...) papel fundamental no diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente. (...) centraliza-se essencialmente na patologia, podendo haver maior ou menor envolvimento com as pessoas que trata.

QM5 – Corpus de Análise (Médicos)

Promover a saúde, diagnosticar doenças, definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

(...). Alguns enfermeiros (...) têm respeito e consideração por aquilo que fazemos, outros (...) acho que são indiferentes. Apenas cumprem ordens porque “no fundo a responsabilidade é nossa”.

(...) os enfermeiros farão uma análise crítica e individualizada de cada médico e por estarem dentro dos assuntos, detectam os menos competentes e banalizam a sua função.

(...) profissional de saúde dotado de capacidade de diagnóstico, decisão e tratamento.

São duas classes profissionais que se complementam, (...).

QE5 e QM5 – Unidades de Registo

QE5.1 (...) *prescreve o tratamento (...).*

QE5.2 (...) *elemento da equipa multidisciplinar (...).*

QE5.3 (...) *colabora com os outros elementos (...).*

QE5.4 (...) *promover o cuidar e o tratar do utente (...).*

QE5.5 (...) *diagnostica a doença ou falta de saúde, (...).*

QE5.6 (...) *melhorar as disfunções do organismo humano e se possível eliminá-las (...).*

QE5.7 (...) *elemento (...) da equipa multidisciplinar (...).*

QE5.8 (...) *papel fundamental no diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente.*

QE5.9 (...) *centraliza-se essencialmente na patologia, (...).*

QE5.10 (...) *maior ou menor envolvimento com as pessoas que trata (...).*

QM5.11 *Promover a saúde, diagnosticar doenças, definir terapêuticas e aplicá-las (médicas ou cirúrgicas), (...).*

QM5.12 (...) *desenvolver protocolos de actuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.*

QM5.13 (...) *Alguns enfermeiros (...) têm respeito e consideração por aquilo que fazemos, outros (...) acho que são indiferentes. Apenas cumprem ordens porque “no fundo a responsabilidade é nossa”.*

QM5.14 (...) os enfermeiros fazem uma análise crítica e individualizada de cada médico e por estarem dentro dos assuntos, detectam os menos competentes e banalizam a sua função.

QM5.15 (...) profissional de saúde dotado de capacidade de diagnóstico, decisão e tratamento (...).

QM5.16 São duas classes profissionais que se complementam, (...).

PERGUNTA N.º 6.1

QE6.1 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

(...) os problemas de comunicação entre enfermeiros e médicos prendem-se (...) com a falta ou incapacidade de valorizar e afirmar os nossos conhecimentos, mostrando actualização e conhecimentos teóricos e práticos na resolução de problemas.

Actualmente raramente ocorrem problemas de comunicação (partindo do pressuposto que o enfermeiro sabe que é enfermeiro e o médico que é médico...).

Os problemas (...) têm a sua génese na forma como cada um vê o utente: enquanto o médico se preocupa essencialmente com problemas de carácter tecnicista e económico (...) o enfermeiro preocupa-se com a segurança e bem-estar dos utentes. Quando estes dois tipos de abordagem colidem, surgem (...) conflitos.

Deturpar das citações. Não se sabem ouvir.

(...) falta de conhecimentos acerca de algum assunto em causa; falta de espírito de sacrifício para que sejam feitos alguns esclarecimentos e ensino; falta de valorização por parte dos médicos das capacidades do enfermeiro.

QM6.1 – Corpus de Análise (Médicos)

(...) quando se fala abertamente nunca há falta de comunicação. Toda a gente se entende quando se fala de forma honesta.

(...) um problema de autoridade, quem manda e até onde.

A maioria dos médicos julga-se superior aos enfermeiros e não apenas com diferentes funções, mas também muitos enfermeiros se puderem desconsideram o médico. Existe má comunicação em geral.

Existem dificuldades de comunicação como entre outras classes profissionais. As direcções devem desenvolver a aplicação de programas que facilitem essa comunicação.

QE6.1 e QM6.1 – Unidades de Registo

- QE6.1.1 *(...) os problemas de comunicação entre enfermeiros e médicos prendem-se (...) com a falta ou incapacidade de valorizar e afirmar os nossos conhecimentos, mostrando actualização e conhecimentos teóricos e práticos na resolução de problemas.*
- QE6.1.2 *Actualmente raramente ocorrem problemas de comunicação (partindo do pressuposto que o enfermeiro sabe que é enfermeiro e o médico que é médico...).*
- QE6.1.3 *Os problemas (...) têm a sua génese na forma como cada um vê o utente: enquanto o médico se preocupa essencialmente com problemas de carácter tecnicista e económico (...) o enfermeiro preocupa-se com a segurança e bem-estar dos utentes. Quando estes dois tipos de abordagem colidem, surgem (...) conflitos.*
- QE6.1.4 *Deturpar das citações (...).*
- QE6.1.5 *(...) Não se sabem ouvir.*
- QE6.1.6 *(...) falta de conhecimentos acerca de algum assunto em causa; (...).*
- QE6.1.7 *(...) falta de espírito de sacrifício para que sejam feitos alguns esclarecimentos e ensino; (...).*
- QE6.1.8 *(...) falta de valorização por parte dos médicos das capacidades do enfermeiro (...).*
- QM6.1.9 *(...) quando se fala abertamente nunca há falta de comunicação.*

QM6.1.10 *Toda a gente se entende quando se fala de forma honesta.*

QM6.1.11 *(...) um problema de autoridade, quem manda e até onde.*

QM6.1.12 *A maioria dos médicos julga-se superior aos enfermeiros e não apenas com diferentes funções, (...).*

QM6.1.13 *(...) mas também muitos enfermeiros se puderem desconsideram o médico.*

QM6.1.14 *Existe má comunicação em geral.*

QM6.1.15 *Existem dificuldades de comunicação como entre outras classes profissionais.*

QM6.1.16 *(...) As direcções devem desenvolver a aplicação de programas que facilitem essa comunicação.*

PERGUNTA N.º 6.2

QE6.2 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

“Os problemas de comunicação” ocorrem em momentos de maior stress. Os confrontos nessas alturas só pioram a situação. (...) não há problema de comunicação que resista a uma conversa franca, honesta e descomplexada.

Uma pergunta ser interpretada como uma afirmação. Ao perguntar se uma utente estava medicada com antibiótico, o médico interpretou como se estivesse a dizer que aquela utente tinha de ser medicada.

A organização dos tempos cirúrgicos: senti-me muitas vezes pressionada para transferir o mais rapidamente uma senhora do bloco para o recobro, para que se inicie rapidamente a cirurgia posterior. Esta atitude interfere a vários níveis na assistência ao utente, que não são considerados pelos médicos: na assepsia (manter ambiente seguro), na comunicação estabelecida com o utente (a vertente relacional não é contemplada), no stress que se verifica no ambiente de trabalho.

QM6.2 – Corpus de Análise (Médicos)

Pedir para administrar uma medicação (...), não foi dada e ser dito à utente que só lhe administrava quando achasse que era altura, não queria que lhe acontecesse algo de mal com a sua gravidez.

Havendo respeito entre os profissionais as situações, mesmo que existam, nunca são graves.

(...) por vezes é mais um problema de “personalidades”, (...) tem melhorado a comunicação entre estas duas classes nos últimos anos.

(...) falta de respeito pelos direitos de cada um; (...) não se restringe apenas a médico/enfermeiro mas entre colegas também.

QE6.2 e QM6.2 – Unidades de Registo

QE6.2.1 *“Os problemas de comunicação” ocorrem em momentos de maior stress. Os confrontos nessas alturas só pioram a situação.*

QE6.2.2 *(...) não há problema de comunicação que resista a uma conversa franca, honesta e descomplexada.*

QE6.2.3 *Uma pergunta ser interpretada como uma afirmação. Ao perguntar se uma utente estava medicada com antibiótico, o médico interpretou como se estivesse a dizer que aquela utente tinha de ser medicada*

QE6.2.4 *A organização dos tempos cirúrgicos: senti-me muitas vezes pressionada para transferir o mais rapidamente uma senhora do bloco para o recobro, para que se inicie rapidamente a cirurgia posterior. Esta atitude interfere a vários níveis na assistência ao utente, que não são considerados pelos médicos: na assepsia (manter ambiente seguro), na comunicação estabelecida com o utente (a vertente relacional não é contemplada), no stress que se verifica no ambiente de trabalho.*

QM6.2.5 *Pedir para administrar uma medicação (...), não foi dada e ser dito à utente que só lhe administrava quando achasse que era altura, não queria que lhe acontecesse algo de mal com a sua gravidez.*

QM6.2.6 *Havendo respeito entre os profissionais as situações, mesmo que existam, nunca são graves.*

QM6.2.7 *(...) por vezes é mais um problema de “personalidades”, (...).*

QM6.2.8 (...) *tem melhorado a comunicação entre estas duas classes nos últimos anos.*

QM6.2.9 (...) *falta de respeito pelos direitos de cada um; (...) não se restringe apenas a médico/enfermeiro mas entre colegas também.*

PERGUNTA N.º 7.1

QE7.1 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

Existem conflitos pessoais e profissionais: pessoais quando existe uma incompatibilidade entre a personalidade de ambos, e profissionais quando existem discordâncias relativamente à abordagem terapêutica dos utentes (ou falta dela).

(...) existe sobrevalorização pessoal e profissional de parte a parte o que é um fio condutor para o aparecimento de conflitos.

O médico quer, manda e pode. Não aceita sugestões. Tudo depende de cada um e o saber contornar a situação.

(...) os conflitos surgem muitas vezes das incompatibilidades pessoais e da sobrevalorização que cada um permite que se exerça sobre si. Os conflitos são quase sempre desencadeados pela busca de poder e de afirmação, que não é conseguida por aquisição de saber, mas do status.

As relações profissionais dependem sempre da boa execução das tarefas a desempenhar por esses mesmos profissionais. O conflito pode surgir quando uma destas partes acha ou constata que as tarefas a desempenhar não foram devidamente realizadas.

QM7.1 – Corpus de Análise (Médicos)

Alguns médicos confundem responsabilidade clínica com autoridade e não reconhecem a necessidade de cooperação com os enfermeiros. (...) alguns enfermeiros levam o conceito de autonomia para lá dos limites e esquecem a responsabilidade do médico na tomada de decisões terapêuticas. Outros não querem qualquer autonomia.

(...) depende mais do feitio de um e outro (...) as tarefas de cada um não se chocam.

Não há conflitos entre enfermeiros e médicos, pode é haver entre pessoas dessas áreas.

Conflitos sociais, conflitos de carreiras, conflitos de comunicação, conflitos de estima.

(...) o maior conflito é a luta pelo “poder”. (...) médico e enfermeiro complementam-se e devem ambos aceitar as opiniões de cada um.

QE7.1 e QM7.1 – Unidades de Registo

QE7.1.1 *Existem conflitos pessoais e profissionais: pessoais quando existe uma incompatibilidade entre a personalidade de ambos, e profissionais quando existem discordâncias relativamente à abordagem terapêutica dos utentes (ou falta dela).*

QE7.1.2 *(...) existe sobrevalorização pessoal e profissional de parte a parte o que é um fio condutor para o aparecimento de conflitos.*

QE7.1.3 *O médico quer, manda e pode. (...).*

QE7.1.4 *(...) [médico] Não aceita sugestões. (...).*

QE7.1.5 *Tudo depende de cada um e o saber contornar a situação. (...).*

QE7.1.6 *(...) os conflitos surgem muitas vezes das incompatibilidades pessoais e da sobrevalorização que cada um permite que se exerça sobre si. (...).*

QE7.1.7 *Os conflitos são (...) desencadeados pela busca de poder e de afirmação, que não é conseguida por aquisição de saber, mas do status.*

QE7.1.8 *As relações profissionais dependem sempre da boa execução das tarefas a desempenhar por esses mesmos profissionais. (...).*

- QE7.1.9 (...) O conflito pode surgir quando uma destas partes acha ou constata que as tarefas a desempenhar não foram devidamente realizadas (...).
- QM7.1.10 Alguns médicos confundem responsabilidade clínica com autoridade (...).
- QM7.1.11 (...) não reconhecem a necessidade de cooperação com os enfermeiros. (...).
- QM7.1.12 (...) alguns enfermeiros levam o conceito de autonomia para lá dos limites e esquecem a responsabilidade do médico na tomada de decisões terapêuticas. Outros não querem qualquer autonomia.
- QM7.1.13 (...) depende mais do feitio de um e outro (...).
- QM7.1.14 (...) as tarefas de cada um não se chocam.
- QM7.1.15 Não há conflitos entre enfermeiros e médicos, pode é haver entre pessoas dessas áreas.
- QM7.1.16 Conflitos sociais, (...).
- QM7.1.17 (...) conflitos de carreiras, (...).
- QM7.1.18 (...) conflitos de comunicação, (...).
- QM7.1.19 (...) conflitos de estima (...).
- QM7.1.20 (...) o maior conflito é a luta pelo “poder”.
- QM7.1.21 (...) médico e enfermeiro complementam-se e devem ambos aceitar as opiniões de cada um.

PERGUNTA N.º 7.2

QE7.2 – Corpus de Análise (Enfermeiros)

Doente com hemoperitoneu. Palidez acentuada, hipotensão marcada, sudorese, abdomen duro e doloroso à palpação, hemograma muito baixo. Os enfermeiros de serviço chamaram o médico e não punccionaram uma veia nem monitorizaram o doente. O médico quando chegou “atirou-se ao ar” (...).

Quando as opiniões divergem para campos opostos. O médico acha que o enfermeiro não deve dar opiniões e o enfermeiro acha que a sua opinião é fundamental para os cuidados a serem prestados ao utente.

(...) devido a uma colega ter administrado incorrectamente um fármaco a uma utente, o anestesista presente nunca mais revelou confiança na enfermeira em questão. Manifesta sempre algum desconforto quando tem de trabalhar com ela, pedindo a colaboração e/ou supervisão de outros enfermeiros da equipa.

QM7.2 – Corpus de Análise (Médicos)

Recentemente tem-se assistido a conflitos na urgência relacionados com o facto de alguns enfermeiros não quererem desempenhar as funções que lhes foram atribuídas na triagem dos utentes.

Serviço de admissões da MAC – utentes esperando. Enfermeiro – “se quiserem, queixem-se que eles foram jantar. Eu dou-lhes papel e caneta”. E deu. E elas queixaram-se.

(...) há tendência para tentar ver quem sabe mais, (...) existem pessoas e feitos.

QE7.2 e QM7.2 – Unidades de Registo

- QE7.2.1 *Doente com hemoperitoneu. Palidez acentuada, hipotensão marcada, sudorese, abdomen duro e doloroso à palpação, hemograma muito baixo. Os enfermeiros de serviço chamaram o médico e não punccionaram uma veia nem monitorizaram o doente. O médico quando chegou “atirou-se ao ar” (...).*
- QE7.2.2 *Quando as opiniões divergem para campos opostos. O médico acha que o enfermeiro não deve dar opiniões e o enfermeiro acha que a sua opinião é fundamental para os cuidados a serem prestados ao utente.*
- QE7.2.3 *(...) devido a uma colega ter administrado incorrectamente um fármaco a uma utente, o anestesista presente nunca mais revelou confiança na enfermeira em questão. Manifesta sempre algum desconforto quando tem de trabalhar com ela, pedindo a colaboração e/ou supervisão de outros enfermeiros da equipa.*
- QM7.2.4 *Recentemente tem-se assistido a conflitos na urgência relacionados com o facto de alguns enfermeiros não quererem desempenhar as funções que lhes foram atribuídas na triagem dos utentes.*
- QM7.2.5 *Serviço de admissões da MAC – utentes esperando. Enfermeiro – “se quiserem, queixem-se que eles foram jantar. Eu dou-lhes papel e caneta”. E deu. E elas queixaram-se.*
- QM7.2.6 *(...) há tendência para tentar ver quem sabe mais, (...).*
- QM7.2.7 *(...) existem pessoas e feitos (...).*

ANEXO 6
GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

PERGUNTA N.º 1

- O que é ser enfermeiro?

PERGUNTA N.º 2

- O que é ser médico?

PERGUNTA N.º 3

- O que pensa que os médicos acham acerca do que é ser enfermeiro?

PERGUNTA N.º 4

- O que pensa do que os enfermeiros acham acerca do que é ser médico?

PERGUNTA N.º 5

- Que tipo de problemas existem na comunicação entre o Enfermeiro e o Médico?

PERGUNTA N.º 6

- Descreva uma situação que tenha vivenciado ou presenciado e que retracte um problema de comunicação entre enfermeiros e médicos.

PERGUNTA N.º 7

- Que tipo de conflitos existem na Relação Enfermeiro/Médico?

PERGUNTA N.º 8

- Descreva uma situação que tenha vivenciado ou presenciado e que retracte um conflito na relação entre enfermeiros e médicos.

ANEXO 7
ENTREVISTA MÉDICO A

ENTREVISTA MA (Médico)

1 – O QUE É PARA TI SER ENFERMEIRO?

- *Eu acho que ser enfermeiro é pertencer a uma equipa. Acho que, em saúde, e hoje em dia cada vez mais, é impossível pensarmos em ser técnico de saúde e não pertencer a uma equipa. Depois acho que a especificidade do trabalho de enfermagem tem a ver com uma dispensa de cuidados continuados e muito próximos não só dos doentes como do contexto de cada doente.*

2 – E O QUE É SER MÉDICO?

- *Ser médico penso que hoje cada vez mais é absolutamente impossível trabalhar-se em saúde sem trabalhar em equipa. Se calhar acho que as pessoas quando vão trabalhar para estas áreas, uma das coisas que devia ser testada é a capacidade de trabalhar em equipa; e depois a especificidade do trabalho eu penso que tem a ver com a descodificação de técnicas, de sintomas, de sinais, que levam a um diagnóstico e pressupõem determinadas terapêuticas.*
- *Portanto são ambos profissionais de saúde com funções distintas.*
- *... com funções distintas.*
- *... trabalhando em prol do mesmo objectivo: o utente.*
- *Sim, e em equipa, quer dizer tem que ser em interacção.*

3 – O QUE PENSAS QUE OS MÉDICOS ACHAM DO QUE É SER ENFERMEIRO?

- *Eu tenho sempre um bocado de receio de generalizar as coisas. Penso que já há médicos diferentes que pensam coisas diferentes dos enfermeiros. Mas acho que ainda há muitas vezes uma imagem um bocadinho subalternizada do enfermeiro. Não de parceria, não de técnicos com funções diferentes, mas de alguém que está lá para servir, entre aspas, para fazer quilo que o médico manda fazer, para auxiliar o médico. Penso que é evidente que isto já não é assim, e acho que muitas vezes é no quotidiano que as pessoas modificam a sua maneira, porque às vezes acontece-lhes que estão a fazer um trabalho ou empenham-se em, por exemplo, no início de uma consulta ou no início de um serviço qualquer e percebem que realmente sem a ajuda de todos, e a ajuda de todos é em parceria, cada um põdo o seu empenho e o seu esforço, não se consegue fazer. De qualquer forma, creio que há ainda muitas vezes isso, a noção de que não pode haver confiança, há desconfiança porque realmente o outro, e é natural, porque é muito engraçado que eu acho que isto tem a ver provavelmente com a confiança ser maior conforme o trabalho e a parceria for maior. Porque é evidente que se eu estiver a trabalhar com alguém que não está em igualdade de circunstâncias comigo, o facto de poder sentir que em qualquer momento vão trair-me, digamos que me vão tirar o tapete, etc., isso vai ser uma coisa muito mais reforçada.*
- *E achas que isso pode ter a ver, o facto de às vezes os médicos terem essa opinião dos enfermeiros, pode ter a ver com um sentido de... ter a ver com esta evolução que a profissão de enfermagem tem tido nos últimos tempos? Ultimamente a profissão de enfermagem terá evoluído mais do que a profissão de medicina, e achas que os médicos se podem sentir de certa forma ameaçados por isso?*
- *Talvez. Embora eu ache que essa evolução maior que a enfermagem teve em relação à medicina é uma coisa muito normal. Isto é como os homens e as*

mulheres, quer dizer, a questão dos direitos das mulheres veio porque houve grande desigualdade e eram as mulheres realmente que tinham que crescer e eu acho que nesta questão dos médicos e dos enfermeiros, é verdade, quer dizer a desigualdade e as pessoas que tinham uma maior caminhada a fazer eram os enfermeiros, e portanto foram os enfermeiros que fizeram uma caminhada maior. Mas obviamente, e eu acho que tu estás a pôr o ponto numa coisa que é fundamental e que eu acho que a classe médica tem que mexer, que é a questão do poder médico; isso tem a ver também com os utentes na relação médico/doente, mas também tem muito a ver com as relações de parceria em qualquer equipa e nomeadamente com a enfermeira porque é evidente que os enfermeiros são um par muito perto dos médicos o tempo todo.

4 – E O QUE PENSAS QUE OS ENFERMEIROS ACHAM DO QUE É SER MÉDICO?

- *Eu acho que os enfermeiros ainda não pensam muito bem dos médicos, mesmo aqueles que já acham que querem que nós olhemos para eles de outra maneira. A maior parte dos enfermeiros, e é evidente que eu conheço alguns em que não é assim, mas a maior parte dos enfermeiros ainda nos olham com muita desconfiança. Eu penso que uns acham que realmente está ali o poder a que eles têm que se opor e que eles têm de estar sempre alerta; outros até gostam de nós, acham que somos muito úteis e que somos muito importantes para o trabalho deles e que inclusivamente os confortamos e lhes damos segurança, mas também olham às vezes para nós de uma forma que eu não gostava que olhassem: de baixo para cima. Quer dizer, esperam de nós muito mais coisas e acham que a nossa responsabilidade é que é onde assenta todo o serviço e todas as coisas que acontecerem, quer para o bem quer para o mal. Esperam de nós tudo, que organizemos tudo, que digamos como é que se faz tudo.*
- ... e que tomem as decisões.

- ... que tomemos sempre as decisões e eu também arquem sempre com todas as responsabilidades em qualquer momento. Têm pouca noção de parceria. Eu penso que alguns enfermeiros não, que já percebem que isso é de igual para igual, que há realmente uma diferenciação de funções mas não uma diferenciação de estatutos. Mas acho que ainda são mínimos.
- E sobretudo nas camadas mais jovens de enfermeiros, achas que há alguns que tentam superiorizar-se aos médicos?
- Não, eu acho que é nas camadas médias, por acaso. Ou então nas mais altas, quando estão em cargos de chefia.

5 – NA TUA OPINIÃO, ACHA QUE EXISTEM PROBLEMAS NA COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO E O ENFERMEIRO? QUE TIPO DE PROBLEMAS?

- Eu acho que existem problemas na comunicação entre o médico e o enfermeiro. Eu acho que os problemas advém todos disto, não é? Advém todos do que é que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros. E portanto, às vezes há uma dificuldade de as pessoas inclusivamente entenderem do que é que o outro precisa para as coisas funcionarem. Por exemplo, eu vou falar do meu caso concreto que se calhar é mais fácil.
- Sim, se tiveres um exemplo que tenhas vivenciado, isso seria muito útil. Um exemplo que retracte este tipo de problema.
- Vou contar um problema que aconteceu e que para mim foi extremamente difícil, inclusivamente de ultrapassar, e que ainda hoje me magoa imenso quando penso nisso. Eu era chefe de equipa, houve uma morte fetal intra uterina, de um bebé cuja mãe estava internada no Serviço de Grávidas. Portanto, os médicos foram chamados já numa altura em que já havia sinais de sofrimento no CTG; quem viu o CTG achou que era mau mas que era uma coisa que ia ocorrer rapidamente e portanto não havia interesse em fazer uma cesariana, e umas 2h30, 3h depois

fez-se o parto e o bebê nasceu morto. Pronto. Uma morte intra uterina ainda por cima em trabalho de parto é alguma coisa que é sempre extremamente angustiante e que põe em causa muito o trabalho das pessoas que estiveram envolvidas e portanto, eu era nessa altura chefe de equipa e quis analisar tudo e de repente percebi que, muito embora eu achasse que havia responsabilidade médica e que tinha havido um mau diagnóstico e uma má conduta nos médicos que tinham estado com ela, eu não percebi porque é que durante 2h30, porque eram 2h30 que estavam marcadas no CTG (isto tinha decorrido no Serviço de Grávidas), as Sr.^{as} enfermeiras não tinham chamado antes, pronto. E achei, até porque prezava as enfermeiras que lá estavam, que devia falar delas porque eu acho que igualdade é mesmo isto. Eu teria feito exactamente a mesma coisa a uma colega minha ou um colega meu. E fui lá e para meu grande espanto, as enfermeiras não me entenderam, as enfermeiras disseram primeiro que “então agora está a querer pôr as coisas para a responsabilidade das enfermeiras?”. Eu disse “não, eu acho que nós temos que ter nas costas a nossa responsabilidade mas vocês também têm a vossa quota parte de responsabilidade”. Disseram coisas do género “não me faltava mais nada era eu ter que ir chamar os médicos; eu chamei uma vez pelo telefone, não me faltava mais nada era eu ter que chamar”. O que eu acho que não, elas por acaso até eram enfermeiras especialistas e é evidente que se os médicos não entendessem que aquilo era uma emergência, elas só tinham uma coisa que fazer, era pegar na mulher levarem-na para a urgência e pregarem com o CTG à frente dos olhos dos médicos. Porque isto é que é trabalhar em parceria; todos nós cometemos imensos erros, não é. Por exemplo, há uma coisa que é muito difícil de aceitar...

- ... quer dizer elas delegaram toda a responsabilidade nos médicos. A partir do momento em que os médicos não vêm...
- ... exactamente. Quer dizer, eu até acho que sei o que é que aconteceu; a senhora teve queixas, teve contracções, elas puseram o CTG. Era de noite, e elas dormiram, em vez de dormirem ½ h dormiram 2 h. Eh pá, isto acontece, isto

pode parecer horrível mas quem trabalha num hospital sabe que as pessoas são humanas e que estas coisas acontecem. Portanto, a única coisa que elas tinham de me dizer era “foi incrível, nós encostamo-nos um bocadinho enquanto se fazia um bocadinho de CTG e quando lá chegámos encontrámos aquilo, e eu tinha entendido perfeitamente, porque nós cometemos este género de erros e é exactamente por cometermos este género de erros que é importante sabermos como é que podemos evitar e normalmente só se pode evitar com vários crivos; pode haver crivos na zona da enfermagem, crivos na zona dos médicos, nós temos de nos apoiar uns aos outros porque muitas vezes quando uma coisa corre mal, não foi uma coisa que correu mal, foram várias coisas que correram mal.

- ... mas a tendência é passar a batata quente para o outro.
- *Exacto. E nessa altura, eu disse, eu acho que se isto for para processo eu vou falar em vocês e não dizer que vocês tiveram a responsabilidade, mas vou dizer que no Serviço de Grávidas também se passou isto. Nós vamos acarretar a nossa responsabilidade mas vocês vão ter que acarretar com a vossa responsabilidade, e eu acho que isto é alguma coisa que as pessoas às vezes não entendem; é semelhante aos médicos – utentes; às vezes nós dizemos ao utente que se pode fazer de duas maneiras e dizemos aos utentes, agora escolha. As pessoas respondem “não, não, o doutor escolhe”. Eu acho que isto ainda é uma comunicação difícil, e às vezes também claro que as senhoras enfermeiras também podem achar difícil nós fazermos isto, porque podem achar que isto é estarmos a pô-las em xeque, e não, isto é muito engraçado, porque isso é mesmo uma remodelação da forma como nós articulamos e trabalhamos uns com os outros. Eu comecei a trabalhar interdisciplinarmente por causa da consulta de adolescentes e não foi fácil porque nós podemos pensar que isto é muito fácil mas não é; não é fácil porque nós temos que pensar que ninguém tem galões por cima dos ombros, e se queres que te diga eu às vezes também tive de engolir sapos até nem tanto com a enfermagem mas, por exemplo com as assistentes sociais, com as psicólogas, portanto havia alturas...*

- ... eu acho que nós temos funções definidas e essas funções são em prol do utente.
- ... exacto, trabalhar interdisciplinarmente é isso mesmo, quer dizer é haver vários técnicos, com várias formações e quem dita naquele momento quem é o técnico mais importante é o doente, portanto se o doente achar que o técnico mais importante naquela altura é o médico porque é o médico que tem funções para isso, é o médico; mas se for o psicossocial, se for a enfermagem, se for o nutricionista..., naquela altura para aquele doente, ele não tem problemas de mais nada, precisa de ser educado a comer, então é o nutricionista o técnico mais importante. Agora eu acho que isto é difícil e também muito difícil para os médicos.

6 – DESCREVE UMA SITUAÇÃO QUE SE TENHA PASSADO CONTIGO OU QUE TENHAS PRESENCIADO E QUE RETRACTE UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO ENTRE ESTES DOIS GRUPOS PROFISSIONAIS.

Está respondida na pergunta anterior.

7 – QUE TIPO DE CONFLITOS É QUE ACHAS QUE PODEM SURGIR?

- *Eu penso que aquilo que é gerador de todos estes conflitos é o poder, é quem manda. E não é só quem quer mandar mas quem não quer exercer algum poder que tem. E os enfermeiros também têm poder que têm que reflectir como é que podem exercê-lo, tanto nas equipas entre os pares, os pares de todos os técnicos de saúde, quer com os utentes. Eu acredito mesmo que isto se pode... porque há um hábito, que eu penso que não há na grande maioria dos hospitais portugueses, de as pessoas entre si fazerem reuniões onde fazem simulações de situações, onde revêm situações, onde brincam às vezes, onde fazem exercícios,*

onde conversam sobre aquilo que é angustiante, por exemplo o erro, o erro é angustiante; temos que fazer sessões onde se fala do erro. Nos casos mais complicados, como é que se vivencia a morte de alguém, na parte da obstetrícia uma coisa que correu mal; se nós conversarmos muito acerca destas coisas...

- ... envolvendo todos os técnicos?
- *Sim, envolvendo todos os técnicos, portanto, nós já fizemos isto na MAC, em relação à interrupção da gravidez, na questão do diagnóstico pré-natal, fizemos duas sessões. Eu estive na organização, e realmente fiquei muito contente quando no fim da primeira sessão, uma enfermeira disse “pela primeira vez na MAC, eu vi os técnicos de saúde falarem uns com os outros em igualdade”. Portanto nós temos que simular situações, vermo-nos às vezes espelhados ali sem nomes, sem acusações... rirmo-nos das coisas erradas que fazemos uns com os outros, e modificarmos isto. Eu acredito que realmente só as pessoas, tendo momentos em que não têm que... isto às vezes ser técnico de saúde em relação aos utentes é quase teatral, não é... todos estamos ali a desempenhar determinado... e podemos estar cheios de medo ou cheios de angustia, ou cheios disto ou cheios daquilo, mas em relação aos utentes nós estamos sempre a mostrar outra coisa, que temos muita confiança, que as coisas vão sempre correr bem, etc., portanto estamos sempre a representar e é evidente que também estamos a representar mesmo para os nossos pares, não só pares da mesma classe, mas mesmo entre as classes. E portanto, nós temos de arranjar sítios onde não tenhamos ninguém a observar-nos, não temos lá os utentes, somos só nós, e nós sabemos, porque médicos e enfermeiros no fundo, por funções diferentes que tenham, por oposição que tenham uns aos outros, nós vivemos juntos situações em que percebemos o que é o stress, o que é a responsabilidade, o que é o medo, o que é o medo de errar, o que é o peso do insucesso. E temos de arranjar momentos onde nós conversemos abertamente sobre estas coisas.*

ENTREVISTA MA – Corpus de Análise

(...) ser enfermeiro é pertencer a uma equipa. (...) em saúde, (...) é impossível pensarmos em ser técnico de saúde e não pertencer a uma equipa. (...) a especificidade do trabalho de enfermagem tem a ver com uma dispensa de cuidados continuados e muito próximos não só dos doentes como do contexto de cada doente.

Ser médico (...) é (...) trabalhar em equipa. (...) a especificidade do trabalho (...) tem a ver com a descodificação de técnicas, de sintomas, de sinais, que levam a um diagnóstico e pressupõem determinadas terapêuticas.

(...) tem que ser em interacção.

(...) já há médicos diferentes que pensam coisas diferentes dos enfermeiros. Mas (...) ainda há (...) uma imagem (...) subalternizada do enfermeiro. Não de parceria, não de técnicos com funções diferentes, mas de alguém que está lá para servir, (...) para fazer aquilo que o médico manda fazer, para auxiliar o médico. (...) é evidente que isto já não é assim, (...) é no quotidiano que as pessoas modificam a sua maneira, porque às vezes acontece-lhes que estão a fazer um trabalho ou empenham-se em, por exemplo, no início de uma consulta ou no início de um serviço qualquer e percebem que realmente sem a ajuda de todos, e a ajuda de todos é em parceria, cada um pondo o seu empenho e o seu esforço, não se consegue fazer. (...) tem a ver provavelmente com a confiança ser maior conforme o trabalho e a parceria for maior. (...) se eu estiver a trabalhar com alguém que não está em igualdade de circunstâncias comigo, o facto de poder sentir que em qualquer momento vão trair-me, digamos que me vão tirar o tapete (...) vai ser uma coisa muito mais reforçada.

(...) essa evolução maior que a enfermagem teve em relação à medicina é uma coisa muito normal. Isto é como os homens e as mulheres, (...), a questão dos direitos das mulheres veio porque houve grande desigualdade e eram as mulheres realmente que tinham que crescer e eu acho que nesta questão dos médicos e dos enfermeiros, (...) a

desigualdade e as pessoas que tinham uma maior caminhada a fazer eram os enfermeiros, e (...) foram os enfermeiros que fizeram uma caminhada maior. (...) uma coisa que é fundamental e que eu acho que a classe médica tem que mexer (...) é a questão do poder médico; (...) tem a ver também com os utentes na relação médico – doente, mas também tem muito a ver com as relações de parceria em qualquer equipa e nomeadamente com a enfermeira porque é evidente que os enfermeiros são um par muito perto dos médicos o tempo todo.

(...) os enfermeiros ainda não pensam muito bem dos médicos, mesmo aqueles que já acham que querem que nós olhemos para eles de outra maneira. A maior parte dos enfermeiros, (...) ainda nos olham com muita desconfiança. (...) uns acham que realmente está ali o poder a que eles têm que se opor e que eles têm de estar sempre alerta; outros até gostam de nós, acham que somos muito úteis e que somos muito importantes para o trabalho deles e que inclusivamente os confortamos e lhes damos segurança, mas também olham às vezes para nós de uma forma que eu não gostava que olhassem: de baixo para cima. (...) esperam de nós muito mais coisas e acham que a nossa responsabilidade é (...) onde assenta todo o serviço e todas as coisas que acontecerem, quer para o bem quer para o mal. Esperam de nós tudo, que organizemos tudo, que digamos como é que se faz tudo.

(...) que tomemos sempre as decisões e também arquemos sempre com todas as responsabilidades em qualquer momento. Têm pouca noção de parceria. (...) alguns enfermeiros não, (...) já percebem que isso é de igual para igual, que há realmente uma diferenciação de funções mas não uma diferenciação de estatutos. Mas acho que ainda são mínimos.

(...) existem problemas na comunicação entre o médico e o enfermeiro. (...) os problemas (...) advêm todos do que é que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros. (...) há uma dificuldade de as pessoas (...) entenderem do que é que o outro precisa para as coisas funcionarem. (...).

Vou contar um problema que aconteceu e que para mim foi extremamente difícil, (...) de ultrapassar, (...) ainda hoje me magoa imenso quando penso nisso. Eu era chefe de equipa, houve uma morte fetal intra uterina, de um bebé cuja mãe estava internada no Serviço de Grávidas. (...) os médicos foram chamados já numa altura em que já havia sinais de sofrimento no CTG; quem viu o CTG achou que era mau mas que era uma coisa que ia ocorrer rapidamente e portanto não havia interesse em fazer uma cesariana, e umas 2h30, 3h depois fez-se o parto e o bebé nasceu morto. (...). Uma morte intra uterina (...) em trabalho de parto, (...) é sempre extremamente angustiante e (...) põe em causa (...) o trabalho das pessoas que estiveram envolvidas e (...) eu era nessa altura chefe de equipa e quis analisar tudo e (...) percebi que, muito embora eu achasse que havia responsabilidade médica e que tinha havido um mau diagnóstico e uma má conduta nos médicos que tinham estado com ela, eu não percebi porque é que durante 2h30, porque eram 2h30 que estavam marcadas no CTG (isto tinha decorrido no Serviço de Grávidas), as Sr.^{as} enfermeiras não tinham chamado antes (...). E achei, até porque prezava as enfermeiras que lá estavam, que devia falar delas porque eu acho que igualdade é mesmo isto. Eu teria feito exactamente a mesma coisa a uma colega minha ou um colega meu. E fui lá, e para meu grande espanto, as enfermeiras não me entenderam, (...) disseram primeiro que “então agora está a querer pôr as coisas para a responsabilidade das enfermeiras?”. Eu disse “não, eu acho que nós temos que ter nas costas a nossa responsabilidade mas vocês também têm a vossa quota-parte de responsabilidade”. Disseram coisas do género “não me faltava mais nada era eu ter que ir chamar os médicos; eu chamei uma vez pelo telefone, não me faltava mais nada era eu ter que chamar”. (...) eu acho que não, elas por acaso até eram enfermeiras especialistas e é evidente que se os médicos não entendessem que aquilo era uma emergência, elas só tinham uma coisa que fazer, era pegar na mulher levarem-na para a urgência e pregarem com o CTG à frente dos olhos dos médicos. Porque isto é que é trabalhar em parceria; todos nós cometemos imensos erros, não é (...).

(...) eu até acho que sei o que é que aconteceu; a senhora teve queixas, teve contracções, elas puseram o CTG. Era de noite, e elas dormiram, em vez de dormirem ½ h dormiram 2 h. Eh pá, isto acontece, isto pode parecer horrível mas quem trabalha num hospital sabe que as pessoas são humanas e que estas coisas acontecem. Portanto, a única coisa que elas tinham de me dizer era “foi incrível, nós encostamo-nos um bocadinho enquanto se fazia um bocadinho de CTG e quando lá chegámos encontrámos aquilo, e eu tinha entendido perfeitamente, porque nós cometemos este género de erros e é exactamente por cometermos este género de erros que é importante sabermos como é que podemos evitar e (...) só se pode evitar com vários crivos; pode haver crivos na zona da enfermagem, crivos na zona dos médicos, nós temos de nos apoiar uns aos outros porque (...) quando uma coisa corre mal, não foi uma coisa que correu mal, foram várias coisas que correram mal.

(...) E nessa altura, eu disse, (...) se isto for para processo eu vou falar em vocês e não dizer que vocês tiveram a responsabilidade, mas vou dizer que no Serviço de Grávidas também se passou isto. Nós vamos acarretar a nossa responsabilidade mas vocês vão ter que acarretar com a vossa responsabilidade, (...) isto é alguma coisa que as pessoas (...) não entendem; é semelhante aos médicos – utentes; (...) nós dizemos ao utente que se pode fazer de duas maneiras e dizemos aos utentes, (...) escolha. As pessoas respondem “não, não, o doutor escolhe”. (...) isto ainda é uma comunicação difícil, e (...) as senhoras enfermeiras também podem achar difícil nós fazermos isto, porque podem achar que isto é estarmos a pô-las em xeque, e não, (...) isso é mesmo uma remodelação da forma como nós articulamos e trabalhamos uns com os outros. Eu comecei a trabalhar interdisciplinarmente por causa da consulta de adolescentes e não foi fácil (...) porque nós temos que pensar que ninguém tem galões por cima dos ombros, e (...) eu (...) também tive de engolir sapos (...) nem tanto com a enfermagem mas, por exemplo com as assistentes sociais, com as psicólogas (...).

(...) trabalhar interdisciplinarmente (...) é haver vários técnicos, com várias formações e quem dita naquele momento quem é o técnico mais importante é o doente, (...) se o

doente achar que o técnico mais importante naquela altura é o médico porque é o médico que tem funções para isso, é o médico; mas se for o psicossocial, se for a enfermagem, se for o nutricionista..., naquela altura para aquele doente, ele (...) precisa de ser educado a comer, então é o nutricionista o técnico mais importante. (...) isto é difícil e também muito difícil para os médicos.

(...) aquilo que é gerador de todos estes conflitos é o poder, é quem manda. E não é só quem quer mandar mas quem não quer exercer algum poder que tem. E os enfermeiros também têm poder que têm que reflectir como é que podem exercê-lo, tanto nas equipas entre os pares, os pares de todos os técnicos de saúde, quer com os utentes. (...) há um hábito, que eu penso que não há na grande maioria dos hospitais portugueses, de as pessoas entre si fazerem reuniões onde fazem simulações de situações, onde revêm situações, onde brincam às vezes, onde fazem exercícios, onde conversam sobre aquilo que é angustiante, por exemplo o erro, o erro é angustiante; temos que fazer sessões onde se fala do erro. (...) como é que se vivencia a morte de alguém, (...) se nós conversarmos muito acerca destas coisas...

(...) envolvendo todos os técnicos, (...) nós já fizemos isto na MAC, em relação à interrupção da gravidez, na questão do diagnóstico pré-natal, fizemos duas sessões. Eu estive na organização, e (...) fiquei muito contente quando no fim da primeira sessão, uma enfermeira disse “pela primeira vez na MAC, eu vi os técnicos de saúde falarem uns com os outros em igualdade”. (...) nós temos que simular situações, vermo-nos às vezes espelhados ali sem nomes, sem acusações... rimo-nos das coisas erradas que fazemos uns com os outros, e modificarmos isto. (...) isto às vezes ser técnico de saúde em relação aos utentes é quase teatral, (...) todos estamos ali a desempenhar determinado... e podemos estar cheios de medo ou cheios de angustia, ou cheios disto ou cheios daquilo, mas em relação aos utentes nós estamos sempre a mostrar outra coisa, que temos muita confiança, que as coisas vão sempre correr bem, (...) estamos sempre a representar e (...) também estamos a representar mesmo para os nossos pares, não só pares da mesma classe, mas mesmo entre as classes. (...) nós temos de

arranjar sítios onde não tenhamos ninguém a observar-nos, não temos lá os utentes, somos só nós, e nós sabemos, porque médicos e enfermeiros no fundo, por funções diferentes que tenham, por oposição que tenham uns aos outros, nós vivemos juntos situações em que percebemos o que é o stress, o que é a responsabilidade, o que é o medo, o que é o medo de errar, o que é o peso do insucesso. E temos de arranjar momentos onde nós conversemos abertamente sobre estas coisas.

ENTREVISTA MA – Unidades de Registo

- EMA1 *(...) ser enfermeiro é pertencer a uma equipa. (...) em saúde, (...) é impossível pensarmos em ser técnico de saúde e não pertencer a uma equipa. (...).*
- EMA2 *(...) a especificidade do trabalho de enfermagem tem a ver com uma dispensa de cuidados continuados e muito próximos não só dos doentes como do contexto de cada doente.*
- EMA3 *Ser médico (...) é (...) trabalhar em equipa. (...).*
- EMA4 *(...) a especificidade do trabalho (...) tem a ver com a descodificação de técnicas, de sintomas, de sinais, que levam a um diagnóstico e pressupõem determinadas terapêuticas.*
- EMA5 *(...) tem que ser em interacção.*
- EMA6 *(...) já há médicos diferentes que pensam coisas diferentes dos enfermeiros. (...) ainda há (...) uma imagem (...) subalternizada do enfermeiro. Não de parceria, não de técnicos com funções diferentes, mas de alguém que está lá para servir, (...) para fazer quilo que o médico manda fazer, para auxiliar o médico.*

- EMA7 (...) é evidente que isto já não é assim, (...) é no quotidiano que as pessoas modificam a sua maneira, porque às vezes (...) empenham-se em, por exemplo, no início de uma consulta ou no início de um serviço qualquer e percebem que realmente sem a ajuda de todos, (...) em parceria, cada um pondo o seu empenho e o seu esforço, não se consegue fazer. (...).
- EMA8 (...) tem a ver provavelmente com a confiança ser maior conforme o trabalho e a parceria for maior. (...) se eu estiver a trabalhar com alguém que não está em igualdade de circunstâncias comigo, o facto de poder sentir que em qualquer momento vão trair-me, digamos que me vão tirar o tapete (...) vai ser uma coisa muito mais reforçada.
- EMA9 (...) essa evolução maior que a enfermagem teve em relação à medicina é uma coisa muito normal. Isto é como os homens e as mulheres, (...), a questão dos direitos das mulheres veio porque houve grande desigualdade e eram as mulheres realmente que tinham que crescer e eu acho que nesta questão dos médicos e dos enfermeiros, (...) a desigualdade e as pessoas que tinham uma maior caminhada a fazer eram os enfermeiros, e (...) foram os enfermeiros que fizeram uma caminhada maior.
- EMA10 (...) uma coisa que é fundamental e que eu acho que a classe médica tem que mexer (...) é a questão do poder médico; (...) tem a ver também com os utentes na relação médico – doente, mas também tem muito a ver com as relações de parceria em qualquer equipa e nomeadamente com a enfermeira porque é evidente que os enfermeiros são um par muito perto dos médicos o tempo todo.
- EMA11 (...) os enfermeiros ainda não pensam muito bem dos médicos, mesmo aqueles que (...) querem que nós olhemos para eles de outra maneira. A maior parte dos enfermeiros, (...) ainda nos olham com muita desconfiança.

- EMA12 (...) *uns acham que realmente está ali o poder a que eles têm que se opor e que eles têm de estar sempre alerta; (...).*
- EMA13 (...) *outros até gostam de nós, acham que somos muito úteis e que somos muito importantes para o trabalho deles e que inclusivamente os confortamos e lhes damos segurança, mas também olham às vezes para nós de uma forma que eu não gostava que olhassem: de baixo para cima. (...) esperam de nós muito mais coisas e acham que a nossa responsabilidade é (...) onde assenta todo o serviço e todas as coisas que acontecerem, quer para o bem quer para o mal. Esperam de nós tudo, que organizemos tudo, que digamos como é que se faz tudo. (...) que tomemos sempre as decisões e também arquem sempre com todas as responsabilidades em qualquer momento. Têm pouca noção de parceria.*
- EMA14 (...) *alguns enfermeiros não, (...) já percebem que isso é de igual para igual, que há realmente uma diferenciação de funções mas não uma diferenciação de estatutos. Mas acho que ainda são mínimos.*
- EMA15 (...) *existem problemas na comunicação entre o médico e o enfermeiro. (...) os problemas (...) advêm todos do que é que médicos e enfermeiros pensam uns dos outros. (...) há uma dificuldade de as pessoas (...) entenderem do que é que o outro precisa para as coisas funcionarem.*
- EMA16 *Vou contar um problema que aconteceu e que para mim foi extremamente difícil, (...) de ultrapassar, (...) ainda hoje me magoa imenso quando penso nisso. Eu era chefe de equipa, houve uma morte fetal intra uterina, de um bebé cuja mãe estava internada no Serviço de Grávidas. (...) os médicos foram chamados já numa altura em que já havia sinais de sofrimento no CTG; quem viu o CTG achou que era mau (...) que era uma coisa que ia ocorrer rapidamente e portanto não havia interesse em fazer uma cesariana, e umas 2h30, 3h depois fez-se o parto e o bebé nasceu morto.*

(...) Uma morte intra uterina (...) em trabalho de parto, (...) é sempre extremamente angustiante e (...) põe em causa (...) o trabalho das pessoas que estiveram envolvidas e (...) eu era nessa altura chefe de equipa e quis analisar tudo e (...) percebi que, muito embora eu achasse que havia responsabilidade médica e que tinha havido um mau diagnóstico e uma má conduta nos médicos que tinham estado com ela, eu não percebi porque é que durante 2h30, porque eram 2h30 que estavam marcadas no CTG (isto tinha decorrido no Serviço de Grávidas), as Sr.^{as} enfermeiras não tinham chamado antes (...). E achei, até porque prezava as enfermeiras que lá estavam, que devia falar delas porque eu acho que igualdade é mesmo isto. Eu teria feito exactamente a mesma coisa a uma colega minha ou um colega meu. E fui lá, e para meu grande espanto, as enfermeiras não me entenderam, (...) disseram primeiro que “então agora está a querer pôr as coisas para a responsabilidade das enfermeiras?”. Eu disse “não, eu acho que nós temos que ter nas costas a nossa responsabilidade mas vocês também têm a vossa quota-parte de responsabilidade”. Disseram coisas do género “não me faltava mais nada era eu ter que ir chamar os médicos; eu chamei uma vez pelo telefone, não me faltava mais nada era eu ter que chamar”. (...) eu acho que não, elas por acaso até eram enfermeiras especialistas e é evidente que se os médicos não entendessem que aquilo era uma emergência, elas só tinham uma coisa que fazer, era pegar na mulher levarem-na para a urgência e pregarem com o CTG à frente dos olhos dos médicos. Porque isto é que é trabalhar em parceria; todos nós cometemos imensos erros, não é (...). (...) eu até acho que sei o que é que aconteceu; a senhora teve queixas, teve contracções, elas puseram o CTG. Era de noite, e elas dormiram, em vez de dormirem ½ h dormiram 2 h. (...) isto acontece, (...) pode parecer horrível mas quem trabalha num hospital sabe que as pessoas são humanas e que estas coisas acontecem. (...) a única coisa que elas tinham de me dizer era “foi incrível, nós

encostamo-nos um bocadinho enquanto se fazia um bocadinho de CTG e quando lá chegámos encontrámos aquilo, e eu tinha entendido perfeitamente, porque nós cometemos este género de erros e é exactamente por cometermos este género de erros que é importante sabermos como é que podemos evitar e (...) só se pode evitar com vários crivos; pode haver crivos na zona da enfermagem, crivos na zona dos médicos, nós temos de nos apoiar uns aos outros porque (...) quando uma coisa corre mal, não foi uma coisa que correu mal, foram várias coisas que correram mal. (...) E nessa altura, eu disse, (...) se isto for para processo eu vou falar em vocês e não dizer que vocês tiveram a responsabilidade, mas vou dizer que no Serviço de Grávidas também se passou isto. Nós vamos acarretar a nossa responsabilidade mas vocês vão ter que acarretar com a vossa responsabilidade, (...) isto é alguma coisa que as pessoas (...) não entendem; (...).

- EMA17 (...) é semelhante aos médicos – utentes; (...) nós dizemos ao utente que se pode fazer de duas maneiras e dizemos aos utentes, (...) escolha. As pessoas respondem “não, não, o doutor escolhe”. (...) isto ainda é uma comunicação difícil (...)
- EMA18 (...) as senhoras enfermeiras também podem achar difícil nós fazermos isto, porque podem achar que isto é estarmos a pô-las em xeque, e não, (...) isso é mesmo uma remodelação da forma como nós articulamos e trabalhamos uns com os outros.
- EMA19 (...) Eu comecei a trabalhar interdisciplinarmente por causa da consulta de adolescentes e não foi fácil (...) porque nós temos que pensar que ninguém tem galões por cima dos ombros, e (...) eu (...) também tive de engolir sapos (...) nem tanto com a enfermagem mas, por exemplo com as assistentes sociais, com as psicólogas (...). (...) trabalhar interdisciplinarmente (...) é haver vários técnicos, com várias formações e quem dita naquele momento

quem é o técnico mais importante é o doente, (...) se o doente achar que o técnico mais importante naquela altura é o médico porque é o médico que tem funções para isso, é o médico; mas se for o psicossocial, se for a enfermagem, se for o nutricionista..., naquela altura para aquele doente, ele (...) precisa de ser educado a comer, então é o nutricionista o técnico mais importante. (...) isto é difícil e também muito difícil para os médicos.

EMA20 (...) aquilo que é gerador de todos estes conflitos é o poder, é quem manda. E não é só quem quer mandar mas quem não quer exercer algum poder que tem. E os enfermeiros também têm poder que têm que reflectir como é que podem exercê-lo, tanto nas equipas entre os pares, os pares de todos os técnicos de saúde, quer com os utentes.

EMA21 (...) há um hábito, que eu penso que não há na grande maioria dos hospitais portugueses, de as pessoas entre si fazerem reuniões onde fazem simulações de situações, onde revêm situações, onde brincam (...), onde fazem exercícios, onde conversam sobre aquilo que é angustiante, por exemplo o erro, o erro é angustiante; temos que fazer sessões onde se fala do erro. (...) envolvendo todos os técnicos, (...) nós já fizemos isto na MAC, em relação à interrupção da gravidez, na questão do diagnóstico pré-natal, fizemos duas sessões. Eu estive na organização, e (...) fiquei muito contente quando no fim da primeira sessão, uma enfermeira disse “pela primeira vez na MAC, eu vi os técnicos de saúde falarem uns com os outros em igualdade”. (...) nós temos que simular situações, vermo-nos às vezes espelhados ali sem nomes, sem acusações... rirmo-nos das coisas erradas que fazemos uns com os outros, e modificarmos isto.

EMA22 (...) isto às vezes ser técnico de saúde em relação aos utentes é quase teatral, (...) todos estamos ali a desempenhar determinado...e podemos estar cheios de medo ou cheios de angustia, (...), mas em relação aos utentes nós estamos sempre a mostrar outra coisa, que temos muita

confiança, que as coisas vão sempre correr bem, (...) estamos sempre a representar. (...).

EMA23 *(...) também estamos a representar mesmo para os nossos pares, não só pares da mesma classe, mas mesmo entre as classes. (...) nós temos de arranjar sítios onde não tenhamos ninguém a observar-nos, não temos lá os utentes, somos só nós, e nós sabemos, porque médicos e enfermeiros no fundo, por funções diferentes que tenham, por oposição que tenham uns aos outros, nós vivemos juntos situações em que percebemos o que é o stress, o que é a responsabilidade, o que é o medo, o que é o medo de errar, o que é o peso do insucesso. E temos de arranjar momentos onde nós conversemos abertamente sobre estas coisas.*

ANEXO 8
ENTREVISTA MÉDICO B

ENTREVISTA MB (Médico)

1 – O QUE É PARA SI SER ENFERMEIRO?

- *Um enfermeiro é um profissional de saúde que trabalha numa equipa integrada, juntamente com médicos, auxiliares, portanto não trabalha sozinho, isolado, faz parte de uma equipa.*

2 – O QUE É PARA SI SER MÉDICO?

- *O médico também faz parte de uma determinada equipa, e essencialmente o que é importante é o tratar dos doentes, eu acho que o mais importante é a clínica. Isso é que é importante. Eu acho que os papéis tanto do médico como do enfermeiro são complementares, portanto não são dissociáveis.*
- *E trabalhamos em parceria, ou devemos trabalhar em parceria?*
- *Sim, em parceria, não podem trabalhar isolados, de maneira nenhuma trabalhar isolados. É um trabalho de conjunto.*

3 – O QUE PENSA QUE OS MÉDICOS ACHAM ACERCA DO QUE É SER ENFERMEIRO?

- *Eu acho que a formação da enfermagem melhorou muito, quer dizer durante os últimos anos, e isso deu uma mais valia para a formação dessa equipa. O*

enfermeiro também tem responsabilidade, muita responsabilidade, e tem que ter formação para essa responsabilidade, quer quando se trata do doente, desde que se recebe o doente até que ele sai e durante a sua estadia é fundamental o papel tanto do médico como do enfermeiro. São papéis fundamentais.

- *E acha que os médicos em geral vêm o enfermeiro assim ou ainda há muitos que...*
- *Não, penso que não, penso que já vêm completamente diferente de há uns anos atrás, mudou muito, penso que houve uma mudança radical nesse aspecto.*

4 – E O QUE ACHA QUE OS ENFERMEIROS PENSAM DO MÉDICO?

- *Eu penso que na década passada, os médicos trabalhavam muito isoladamente e o enfermeiro tinha dificuldade em acompanhar o trabalho do médico. Portanto não havia uma cooperação. Hoje, para o médico até é muito mais fácil trabalhar se o enfermeiro colaborar e cooperar com ele em todos os actos médicos que são praticados. Isso tanto faz quer seja na consulta externa, como no internamento, como no bloco operatório. Concretamente no Bloco Operatório é mesmo uma equipa, em que a instrumentista e a circulante têm que estar em consonância e perceberem o que se vai fazer.*
- *E acha que a maioria dos enfermeiros vêm o médico dessa forma, como parceiros de trabalho.*
- *Sim, sim, é um colega de trabalho.*

5 – QUE TIPO DE PROBLEMAS EXISTEM NA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O MÉDICO?

- *Eu acho que cada vez há menos problemas, cada vez mais se consegue dialogar com os enfermeiros e eles também dialogam mais com os médicos. Cada vez mais os enfermeiros entendem e percebem o que se está a fazer ao doente.*
- *Isso tem a ver com o facto de a formação dos enfermeiros ter vindo a ser cada vez maior?*
- *Sim, sim, melhor eu penso que há uma melhor formação, e eles deviam ter actos clínicos mais activos e mais independentes, eu penso que os enfermeiros deviam ser mais activos na sua actuação e têm sido progressivamente mais activos nos actos médicos que praticam.*
- *E acha que isso não pode ser mal visto por parte de alguns médicos no sentido de sentirem o seu espaço...*
- *De maneira nenhuma, não, não de maneira nenhuma, eu acho que facilita o trabalho do médico, o médico não pode estar a ver todos os problemas, nem pode estar a ver tudo o que se passa com o doente. Eu acho que antes de o doente ser observado ou ser visto pelo médico, devia ser visto pelo enfermeiro, devia haver uma consulta de enfermagem, não uma triagem, eu digo consulta mesmo. A primeira abordagem deveria ser da enfermagem, porque a enfermagem tem este contacto muito próximo com o doente, e depois informar o médico. O médico deveria ler as notas que a enfermeira faz sobre um determinado doente.*

6 – EXISTE ALGUMA SITUAÇÃO QUE SE TENHA PASSADO CONSIGO QUE RETRACTE UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O MÉDICO?

- *Não, eu até estou muito satisfeito com o serviço que dirijo (quer no que respeita ao internamento, bloco operatório e consulta). Eu acho que neste momento conseguimos estar em consonância. Pode haver pequenas coisas, mas isso acontece em todos os sítios, uma dificuldade às vezes de diálogo, de interpretação...*
- *Mas acha que tem mais a ver com a personalidade de cada um, do que com o facto de ser enfermeiro ou ser médico...*
- *Sim, não tem nada a ver com isso. Acontece também entre médicos e penso que também entre enfermeiros. Não é por ser médico ou ser enfermeiro. O papel da enfermagem está muito bem definido, e o do médico também, e são complementares, e isso é que é fundamental. O papel da enfermeira numa primeira fase não é de diagnóstico, mas ajuda muito ao diagnóstico. O papel do médico é no tratamento, mas o enfermeiro é fundamental para seguir este tratamento do doente, quer em ambulatório quer em internamento. Penso que é importante haver uma cooperação entre os dois, cada vez mais tem que haver, e tem que haver mais reuniões de formação e reuniões conjuntas entre médicos e enfermeiros, no serviço e fora do serviço. Isto é mesmo muito importante. As carreiras são independentes, cada um tem a sua carreira, mas uma coisa é a carreira outra coisa é depois o trabalho, esse trabalho tem que ser um trabalho de conjunto. Esse trabalho para ser de conjunto tem que ter uma preparação prévia. E muitas vezes o que nos falta é tempo para termos essa preparação prévia, para que este trabalho resulte em pleno. Tem que haver também uma motivação muito grande tanto da enfermagem como dos médicos para que resultasse um bom trabalho. Uma motivação de nós próprios. É claro que*

depende também da instituição, a instituição é que tinha dar determinadas condições para que nós pudéssemos ter essa motivação.

7 – ACHA QUE EXISTEM CONFLITOS ENTRE O ENFERMEIRO E O MÉDICO?

- *Só por serem médicos ou enfermeiros, penso que não.*
- Não existe a questão do poder por exemplo?
- *Não, os poderes são diferentes, estão muito bem definidos. O poder do médico, o poder do enfermeiro... Aqui não é uma questão de poder, é uma questão de trabalho, quer dizer, de resultar, o êxito de uma determinada técnica... quando há bons resultados, eficácia nas terapêuticas, tanto fica satisfeito o médico como o enfermeiro, é um trabalho muito importante dos dois.*
- Reparei que a sua posição é muito positiva relativamente à relação e à comunicação entre o enfermeiro e o médico. No entanto gostava de lhe perguntar se quer deixar alguma sugestão para que não haja problemas de comunicação e conflitos que possam surgir entre estes dois grupos profissionais.
- *O que acontece é que antigamente o médico guardava-se muito em segredo, e achava que só ele é que sabia. Hoje isto não é verdade, sabemos que o conhecimento tem que ser de todos os profissionais de saúde, e portanto a minha sugestão é que haja uma maior abertura e mais... o problema é a falta de diálogo entre médicos e enfermeiros, acho que há pouco diálogo, mas diálogo em reuniões de formação, e penso que devíamos discutir os resultados, isso era uma coisa que também era muito importante, vermos mais em conjunto, ver o que se passou, as complicações deviam ser avaliadas. Temos poucas complicações, mas quando elas existem deviam ser avaliadas para que não se repetissem. E os resultados positivos também deviam ser avaliados, não só os negativos mas também os positivos, e eu penso que isto falta muito. Eu acho que nós perdemos muito tempo na actividade assistencial, e temos muito pouco tempo para nos*

virarmos para a formação, o que depois vem... e isso é um erro das instituições, porque não pensam que isso depois vem prejudicar a qualidade prestada ao utente. Haveria uma maior qualidade de trabalho se de facto houvesse uma formação e uma preparação conjunta entre médicos e enfermeiros. O futuro vai ser assim. Penso que no futuro isso vai ser fundamental, é haver muito mais tempo para formação, e haver tempo contabilizado no horário normal de trabalho. Actualmente só é contabilizado o tempo em que estamos na actividade assistencial. Tudo o que fazemos fora disso não é considerado trabalho, quando deveria ser considerado trabalho, reuniões, elaboração de protocolos na actuação com os doentes, e sobretudo na avaliação dos resultados acho que era muito muito importante. Nós avançávamos, dávamos um passo gigante se avaliássemos esses resultados. Lá fora isso faz-se.

- No fundo estamos a falar da avaliação da qualidade dos cuidados que não é feita nas nossas instituições de uma forma geral.
- *Exacto, exige-se qualidade, mas não se previne para que haja boa qualidade.*

ENTREVISTA MB – Corpus de Análise

(...) enfermeiro é um profissional de saúde que trabalha numa equipa integrada, juntamente com médicos, auxiliares, (...) não trabalha sozinho, (...) faz parte de uma equipa.

O médico (...) faz parte de uma determinada equipa, e (...) o que é importante é o tratar dos doentes, (...) os papéis tanto do médico como do enfermeiro são complementares, (...) não são dissociáveis.

(...) em parceria, não podem trabalhar isolados, (...). É um trabalho de conjunto.

(...) a formação da enfermagem melhorou muito (...) durante os últimos anos, e isso deu uma mais valia para a formação dessa equipa. O enfermeiro (...) tem responsabilidade, muita responsabilidade, e tem que ter formação para essa responsabilidade, quer quando se trata do doente, desde que se recebe o doente até que ele sai e durante a sua estadia é fundamental o papel tanto do médico como do enfermeiro. São papéis fundamentais.

(...) penso que já vêm [os enfermeiros] completamente diferente de há uns anos atrás, (...) houve uma mudança radical nesse aspecto.

(...) na década passada, os médicos trabalhavam muito isoladamente e o enfermeiro tinha dificuldade em acompanhar o trabalho do médico. (...) não havia uma cooperação. Hoje, para o médico (...) é muito mais fácil trabalhar se o enfermeiro colaborar e cooperar com ele em todos os actos médicos que são praticados. (...) seja na consulta externa, como no internamento, como no bloco operatório. (...) no Bloco Operatório é mesmo uma equipa, em que a instrumentista e a circulante têm que estar em consonância e perceberem o que se vai fazer.

(...) é um colega de trabalho.

(...) cada vez há menos problemas, cada vez mais se consegue dialogar com os enfermeiros e eles também dialogam mais com os médicos. Cada vez mais os enfermeiros entendem e percebem o que se está a fazer ao doente. (...).

(...) há uma melhor formação, e eles [enfermeiros] deviam ter actos clínicos mais activos e mais independentes, (...) os enfermeiros deviam ser mais activos na sua actuação e têm sido progressivamente mais activos nos actos médicos que praticam.

(...) facilita o trabalho do médico, o médico não pode estar a ver todos os problemas, nem pode estar a ver tudo o que se passa com o doente. (...) antes de o doente ser observado (...) pelo médico, devia ser visto pelo enfermeiro, devia haver uma consulta de enfermagem, não uma triagem, (...) consulta mesmo. A primeira abordagem deveria ser da enfermagem, porque a enfermagem tem este contacto muito próximo com o doente, e depois informar o médico. O médico deveria ler as notas que a enfermeira faz sobre um determinado doente.

(...) estou muito satisfeito com o serviço que dirijo (...). (...) neste momento conseguimos estar em consonância. Pode haver pequenas coisas, mas isso acontece em todos os sítios, uma dificuldade às vezes de diálogo, de interpretação...

(...) Acontece também entre médicos e penso que também entre enfermeiros. Não é por ser médico ou ser enfermeiro. O papel da enfermagem está muito bem definido, e o do médico também, e são complementares, e isso é que é fundamental. O papel da enfermeira numa primeira fase não é de diagnóstico, mas ajuda muito ao diagnóstico. O papel do médico é no tratamento, mas o enfermeiro é fundamental para seguir este tratamento do doente, quer em ambulatório quer em internamento. (...) é importante haver uma cooperação entre os dois, (...) médicos e enfermeiros, no serviço e fora do serviço. Isto é mesmo muito importante. As carreiras são independentes, cada um tem a sua carreira, mas uma coisa é a carreira outra coisa é depois o trabalho, esse trabalho tem que ser um trabalho de conjunto. Esse trabalho para ser de conjunto tem que ter uma preparação prévia. (...) o que nos falta é tempo para termos essa

preparação prévia, para que este trabalho resulte em pleno. Tem que haver também uma motivação muito grande tanto da enfermagem como dos médicos para que resultasse um bom trabalho. Uma motivação de nós próprios. É claro que depende também da instituição, a instituição é que tinha dar determinadas condições para que nós pudéssemos ter essa motivação.

(...) os poderes são diferentes, estão muito bem definidos. O poder do médico, o poder do enfermeiro... Aqui não é uma questão de poder, é uma questão de trabalho, (...) de resultar, (...) quando há bons resultados, eficácia nas terapêuticas, tanto fica satisfeito o médico como o enfermeiro, é um trabalho muito importante dos dois.

(...) antigamente o médico guardava-se muito em segredo, e achava que só ele é que sabia. Hoje isto não é verdade, sabemos que o conhecimento tem que ser de todos os profissionais de saúde, e portanto a minha sugestão é que haja uma maior abertura (...) o problema é a falta de diálogo entre médicos e enfermeiros, acho que há pouco diálogo, (...) diálogo em reuniões de formação, e (...) devíamos discutir os resultados, (...) em conjunto, (...) as complicações deviam ser avaliadas. (...). (...) os resultados positivos também deviam ser avaliados, não só os negativos mas também os positivos (...). (...) perdemos muito tempo na actividade assistencial, e temos muito pouco tempo para nos virarmos para a formação, (...) isso é um erro das instituições, porque não pensam que isso depois vem prejudicar a qualidade prestada ao utente. Haveria uma maior qualidade de trabalho se (...) houvesse uma formação e uma preparação conjunta entre médicos e enfermeiros. O futuro vai ser assim. (...) no futuro isso vai ser fundamental, é haver muito mais tempo para formação, e haver tempo contabilizado no horário normal de trabalho. Actualmente só é contabilizado o tempo em que estamos na actividade assistencial. Tudo o que fazemos fora disso não é considerado trabalho, quando deveria ser considerado trabalho, reuniões, elaboração de protocolos na actuação com os doentes, e sobretudo na avaliação dos resultados acho que era muito importante. Nós avançávamos, dávamos um passo gigante se avaliássemos esses resultados. Lá fora isso faz-se.

(...) exige-se qualidade, mas não se previne para que haja boa qualidade.

ENTREVISTA MB – Unidades de Registo

- EMB1 *(...) enfermeiro é um profissional de saúde que trabalha numa equipa integrada, juntamente com médicos, auxiliares, (...) não trabalha sozinho, (...) faz parte de uma equipa.*
- EMB2 *O médico (...) faz parte de uma determinada equipa, (...).*
- EMB3 *(...) os papéis tanto do médico como do enfermeiro são complementares, (...) não são dissociáveis.*
- EMB4 *(...) em parceria, não podem trabalhar isolados, (...). É um trabalho de conjunto.*
- EMB4 *(...) tratar dos doentes, (...).*
- EMB5 *(...) a formação da enfermagem melhorou muito (...) durante os últimos anos, e isso deu uma mais valia para a formação dessa equipa. O enfermeiro (...) tem responsabilidade, muita responsabilidade, e tem que ter formação para essa responsabilidade, quer quando se trata do doente, desde que se recebe o doente até que ele sai e durante a sua estadia é fundamental o papel tanto do médico como do enfermeiro (...).*
- EMB6 *(...) houve uma mudança radical nesse aspecto [forma como os médicos vêem os enfermeiros].*
- EMB7 *(...) na década passada, os médicos trabalhavam (...) isoladamente e o enfermeiro tinha dificuldade em acompanhar o trabalho do médico. (...) não havia uma cooperação. Hoje, para o médico (...) é muito mais fácil trabalhar se o enfermeiro colaborar e cooperar com ele em todos os actos*

médicos que são praticados. (...) seja na consulta externa, como no internamento, como no bloco operatório.

- EMB8 (...) no Bloco Operatório é mesmo uma equipa, em que a instrumentista e a circulante têm que estar em consonância e perceberem o que se vai fazer.
- EMB9 (...) é um colega de trabalho [forma como os enfermeiros vêem os médicos].
- EMB10 (...) cada vez há menos problemas, cada vez mais se consegue dialogar com os enfermeiros e eles também dialogam mais com os médicos.
- EMB11 (...) Cada vez mais os enfermeiros entendem e percebem o que se está a fazer ao doente. (...) há uma melhor formação, (...).
- EMB12 (...) e eles [enfermeiros] deviam ter actos clínicos mais activos e mais independentes, (...) os enfermeiros deviam ser mais activos na sua actuação e têm sido progressivamente mais activos nos actos médicos que praticam. (...).
- EMB13 (...) o médico não pode estar a ver todos os problemas, nem pode estar a ver tudo o que se passa com o doente. (...) antes de o doente ser observado (...) pelo médico, devia ser visto pelo enfermeiro, devia haver uma consulta de enfermagem, não uma triagem, (...) consulta mesmo. A primeira abordagem deveria ser da enfermagem, porque a enfermagem tem este contacto muito próximo com o doente, e depois informar o médico. O médico deveria ler as notas que a enfermeira faz (...).
- EMB14 (...) estou muito satisfeito com o serviço que dirijo (...). (...) neste momento conseguimos estar em consonância. (...) uma dificuldade às vezes de diálogo, de interpretação (...). Acontece também entre médicos e penso que também entre enfermeiros. Não é por ser médico ou ser enfermeiro.

- EMB15 *(...) O papel da enfermagem está muito bem definido, e o do médico também, e são complementares, (...). O papel da enfermeira numa primeira fase não é de diagnóstico, mas ajuda muito ao diagnóstico. O papel do médico é no tratamento, mas o enfermeiro é fundamental para seguir este tratamento do doente, quer em ambulatório quer em internamento. (...) é importante haver uma cooperação entre os dois, (...) médicos e enfermeiros, no serviço e fora do serviço. As carreiras são independentes, (...) mas uma coisa é a carreira outra coisa é (...) o trabalho, (...) tem que ser um trabalho de conjunto.*
- EMB16 *(...) Esse trabalho para ser de conjunto tem que ter uma preparação prévia. (...) o que nos falta é tempo para termos essa preparação prévia, para que este trabalho resulte em pleno. (...).*
- EMB17 *(...) Tem que haver (...) uma motivação muito grande tanto da enfermagem como dos médicos para que resultasse um bom trabalho. Uma motivação de nós próprios. (...) depende também da instituição, a instituição é que tinha dar determinadas condições para que nós pudéssemos ter essa motivação.*
- EMB18 *(...) os poderes são diferentes, estão muito bem definidos. O poder do médico, o poder do enfermeiro... Aqui não é uma questão de poder, é uma questão de trabalho, (...) de resultar, (...) quando há bons resultados, eficácia nas terapêuticas, tanto fica satisfeito o médico como o enfermeiro, é um trabalho muito importante dos dois.*
- EMB19 *(...) antigamente o médico guardava-se muito em segredo, e achava que só ele é que sabia. Hoje isto não é verdade, sabemos que o conhecimento tem que ser de todos os profissionais de saúde, e portanto a minha sugestão é que haja uma maior abertura (...) o problema é a falta de diálogo entre médicos e enfermeiros, acho que há pouco diálogo, (...)*

diálogo em reuniões de formação, e (...) devíamos discutir os resultados, (...) em conjunto, (...) as complicações deviam ser avaliadas. (...) os resultados positivos também deviam ser avaliados, (...).

EMB20 *(...) perdemos muito tempo na actividade assistencial, e temos muito pouco tempo para nos virarmos para a formação, (...) isso é um erro das instituições, porque não pensam que isso depois vem prejudicar a qualidade prestada ao utente. Haveria uma maior qualidade de trabalho se (...) houvesse uma formação e uma preparação conjunta entre médicos e enfermeiros. O futuro vai ser assim. (...), é haver muito mais tempo para formação, e haver tempo contabilizado no horário normal de trabalho. Actualmente só é contabilizado o tempo em que estamos na actividade assistencial. Tudo o que fazemos fora disso não é considerado trabalho, quando deveria ser considerado trabalho, reuniões, elaboração de protocolos na actuação com os doentes, e sobretudo na avaliação dos resultados acho que era muito muito importante. Nós avançávamos, dávamos um passo gigante se avaliássemos esses resultados. Lá fora isso faz-se.*

EMB21 *(...) exige-se qualidade, mas não se previne para que haja boa qualidade.*

ANEXO 9
ENTREVISTA ENFERMEIRO A

ENTREVISTA EA (Enfermeiro)

1 – O QUE É PARA TI SER ENFERMEIRO?

- *Ser enfermeiro é olhar pelo outro, é o cuidar, é a relação que há entre o utente, o cliente, e a pessoa a quem ele recorre, portanto o enfermeiro. Basicamente é isso.*

2 – E O QUE É SER MÉDICO?

- *Ser médico, eu penso que, o médico de uma maneira geral é mais aquele que trata, que trata da patologia não propriamente do cuidar. O cuidar é visto de uma forma mais ampla, mas simplesmente, pronto a pessoa vai ao médico, ele receita-lhe uns medicamentos, trata aquela doença. Não quer dizer que também não haja um relacionamento, de empatia, terapêutico.*
- *Mas achas que o enfermeiro está mais próximo?*
- *Está mais próximo porque ele passa 24 h junto do utente, embora o médico que opera um doente também passe a visita mas depois acaba por ir saltitando. Porque hoje é um que passa a visita, amanhã é outro. Isso também acontece com o enfermeiro, mas o enfermeiro está mais ali, é o que está mais atento aos problemas, aos sentimentos, às queixas do utente, e que depois faz a ponte e liga, comunica ao médico.*

3 – O QUE PENSAS QUE OS MÉDICOS ACHAM ACERCA DO QUE É SER ENFERMEIRO?

- *Eu penso que ele deve ver como aquele que cuida, que está mais em contacto com o doente e também, talvez em certas circunstâncias acho que ele também vê que o enfermeiro é um memorando, ou seja está sempre, ou deve lembrar o médico de alguma coisa que fique por fazer, que fique... portanto, talvez uma bengala.*
- *Tu achas portanto que a maior parte dos médicos acha que os enfermeiros são um apoio? É assim que eles nos vêem?*
- *Sim, sim, penso que sim, na minha perspectiva de enfermeiro, acho que sim.*

4 – E O QUE ACHAS QUE OS ENFERMEIROS PENSAM DO QUE É SER MÉDICO?

- *Na minha perspectiva, e por aquilo que foi dito anteriormente, o médico será aquele que trata, trata daquela patologia. Basicamente é isso.*
- *A maioria dos enfermeiros vê o médico como a pessoa que trata?*
- *Sim, no fundo aquele que corrige. Mais no ponto de vista técnico. Pronto, a pessoa tem uma patologia, recorre ao médico e este trata aquela patologia.*

5 – NA TUA OPINIÃO QUE TIPO DE PROBLEMAS EXISTEM NA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O MÉDICO?

- *Podem eventualmente existir problemas na comunicação. Por acaso estou a lembrar-me de uma situação que vivenciei, de um médico ter dito ao enfermeiro que tinha pedido para administrar uma determinada terapêutica aquele utente, e entretanto o enfermeiro administra, diz ao médico que já foi administrada a terapêutica, e o médico entretanto disse “mas eu não disse que era essa*

quantidade, não foi isso que mencionei”. O que vale é que havia testemunhas, havia outra colega presente que realmente confirmou que o médico se tinha enganado. Só que ele não assumiu. Felizmente que isto não se passa com todos.

- E a administração dessa terapêutica não trouxe problemas para esse doente?
- *Não, não, não trouxe problemas para o doente, mas lá está, é desagradável. Em termos de comunicação, não sei até que ponto é que o médico teria a certeza do que estava a dizer, e depois também não recuou, não assumiu. Mas pronto, ainda bem que foi só um caso pontual. Mas eu penso que às vezes o médico vê um bocado o enfermeiro como uma simples bengala e não como um colaborador.*
- Alguém em quem se apoia mas não é uma pessoa que faz parte de uma equipa?
- *Sim, sim, eu acho que isso há uns anos o enfermeiro era visto pelo médico como um seu criado. Acho que isso também felizmente já está ultrapassado mas acho que ainda há alguns problemas em que o enfermeiro diz “não, eu é que sei”, o médico diz “não, eu é que sei”, e talvez isso traga conflitos.*

6 – DESCREVE UMA SITUAÇÃO QUE SE TENHA PASSADO CONTIGO OU QUE TENHAS PRESENCIADO E QUE RETRACTE UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO ENTRE ESTES DOIS GRUPOS PROFISSIONAIS.

Está respondida na pergunta anterior.

7 – QUE TIPO DE CONFLITOS É QUE ACHAS QUE PODEM SURGIR?

- *Desde que haja humildade e sinceridade, tanto de uma parte como da outra, eu acho que aí, quando não há aquela predisposição para se trabalhar em equipa e serem reconhecidos e entenderem-se como membros de uma equipa, que*

trabalha em prol do utente, que não se passa assim, eu penso que aí, que esses são os maiores conflitos que existem.

- Na tua opinião os dois técnicos têm funções distintas?
- *Sim, sim.*
- Se calhar às vezes há o problema de cada um não saber distinguir as suas funções e até onde é que...
- *... os campos até onde podem ir, não é? O médico pode pensar “não, isso é uma coisa que me compete a mim, não lhe compete a si”. O enfermeiro diz “não, mas eu também sei porque aprendi e tenho conhecimentos para, através do meu curso adquiri conhecimentos científicos e teoria que me permitem dizer que você está errado, que não é assim”. E eu acho que pode haver situações dessas.*
- Mas, por exemplo, se um médico prescreve determinada terapêutica e tu achares que aquilo vai ser prejudicial ao utente, qual achas que deve ser a tua postura?
- *É dizer ao médico “tem a certeza que é isso mesmo que quer administrar?”. E se ele disser que sim, então aí confrontá-lo e dizer-lhe a nossa opinião fundamentando com um índice terapêutico se for necessário. Realmente se ele assume, se é ele que prescreve... lá está, aí entra-se no tal conflito, porque o enfermeiro diz que acha que isso é prejudicial, o médico é que prescreveu...*
- Mas ao administrar, também estamos a colaborar numa situação que a nosso ver estaria errada?
- *Sim, sim. Mas lá está, se houver um bom relacionamento entre o médico e o enfermeiro, se ambos discutirem o assunto no sentido de ir para o benefício do doente, e não entrarem por “não, eu é que sei, tu não sabes”...*
- Achas que há uma luta pelo poder?
- *Sim, sim, poderá haver.*
- Achas que isso pode ter a ver com um facto que é constatável, da evolução da nossa profissão? Começamos por ser pessoas sem formação nenhuma, fomos

obtendo essa formação e neste momento somos licenciados. Isso poderá mexer com...

- *Sim, poderá mexer porque o enfermeiro antigamente, pronto, era visto como um criado do médico, estava ali para servir o médico e não propriamente para servir o utente, porque o médico é que tratava do doente, e o enfermeiro estava só ali “tome, Sr. Doutor”. E eu acredito que ainda hoje isto se verifica.*
- Mas nessa altura não tinha conhecimentos teóricos, não tinha um suporte teórico como tem agora.
- *Sim, agora temos um suporte teórico, lá está, se calhar por isso, às vezes entra-se em conflito, quando não há colaboração de parte a parte.*

8 – VIVENCIASTE ALGUMA SITUAÇÃO DE CONFLITO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO?

- *Sim. Por acaso aconteceu comigo uma situação, que acabou por não ser conflituosa. Da minha parte não quis que isso criasse conflito, mas pronto, da parte do médico foi um bocado desagradável. Foi durante uma cirurgia, a qual eu estava a instrumentar, e em determinado passo cirúrgico, o médico deu a entender que iria fazer aquele passo e eu dei-lhe o material para esse dito passo e ele disse “mas eu não quero isto”. E aí eu disse-lhe “bem, mas eu pensei que ia fazer isto”, e a resposta que tive foi “mas você não está aí para pensar”. Bem, dá-se sempre um certo desconto, porque numa cirurgia há sempre muito stress, é sempre um bocado complicado, mas também é desagradável. Eu acho que aí, se houver, lá está, colaboração, se o médico acreditar na pessoa que tem ali e que se estiver seguro do que está a fazer e a dizer, cria-se um bom ambiente. E vice-versa, se o enfermeiro também estiver numa posição de ajudar, de colaborar em prol do utente, acho que se pode criar mesmo uma boa relação.*
- Ainda bem que isso não acontece com todos os médicos!

- *Não, e eu acho que de uma forma geral a nossa profissão já é vista com outros olhos, felizmente que evoluiu. Não foi só no sentido de servir o médico, mas virar-se mais para o utente. Nós existimos, tanto o médico como o enfermeiro, para servir o doente, e acho que por vezes o médico não vê isso dessa forma porque muitas vezes o médico diz “não, eu vou fazer-lhe isto porque eu quero e é o melhor”, impondo uma situação ao doente, e este também tem direito a escolher. Acho que isso ainda se vê muito. Nomeadamente em relação ao tipo de anestesia, já tenho assistido que há médicos que às vezes dizem “eu vou fazer esta anestesia porque é melhor para si”, e há utentes que não querem e o médico insiste e diz que vai fazer porque ele é que sabe o que é melhor.*
- *Mas nós também temos aí um papel importante?*
- *Sim, sim, é ajudar realmente e explicar as vantagens. Eu acho que às vezes há muitos tabus e, pronto, acho que o doente deve ser esclarecido de tudo, vantagens e desvantagens, para que o doente esteja devidamente informado. Às vezes há doentes que chegam ao bloco operatório e não sabem para o que vêm.*
Como sugestão, eu acho que é importante criar um ambiente de confiança, não só na vivência do dia-a-dia, no stress, na sala de operações, mas sim fora, haver um convívio, de forma a conhecermo-nos melhor uns aos outros. As pessoas quando estão sob tensão têm comportamentos que levam a dizer coisas desagradáveis, e às vezes não é bem assim. Penso que é importante fora do contexto laboral haver também um convívio, acho que isso ajuda.

ENTREVISTA EA – Corpus de Análise

Ser enfermeiro é olhar pelo outro, é o cuidar, é a relação que há entre o utente, (...), e a pessoa a quem ele recorre, (...) o enfermeiro (...).

(...) o médico (...) é (...) aquele que trata, que trata da patologia não propriamente do cuidar. O cuidar é visto de uma forma mais ampla, (...) a pessoa vai ao médico, ele receita-lhe uns medicamentos, trata aquela doença. Não quer dizer que também não haja um relacionamento, de empatia, terapêutico.

Está mais próximo [enfermeiro] porque (...) passa 24 h junto do utente, embora o médico que opera um doente também passe a visita mas depois acaba por ir saltitando. Porque hoje é um que passa a visita, amanhã é outro. Isso também acontece com o enfermeiro, mas o enfermeiro está mais ali, é o que está mais atento aos problemas, aos sentimentos, às queixas do utente, e que depois faz a ponte (...), comunica ao médico.

(...) [visão do médico acerca do enfermeiro] aquele que cuida, que está mais em contacto com o doente (...) o enfermeiro é um memorando, (...) lembrar o médico de alguma coisa que fique por fazer, (...) uma bengala.

(...) o médico será aquele que trata (...)

(...) aquele que corrige (...) no ponto de vista técnico. (...) médico (...trata aquela patologia.

Podem (...) existir problemas na comunicação. (...) estou a lembrar-me de uma situação que vivenciei, de um médico ter dito ao enfermeiro que tinha pedido para administrar uma determinada terapêutica aquele utente, e entretanto o enfermeiro administra, diz ao médico que já foi administrada a terapêutica, e o médico entretanto disse “mas eu não disse que era essa quantidade, não foi isso que mencionei”. (...) havia

testemunhas, havia outra colega presente que (...) confirmou que o médico se tinha enganado. (...) ele não assumiu. (...).

(...) não trouxe problemas para o doente (...). Em termos de comunicação, não sei até que ponto é que o médico teria a certeza do que estava a dizer, (...) não recuou, não assumiu. (...) às vezes o médico vê (...) o enfermeiro como uma (...) bengala e não como um colaborador.

(...) o enfermeiro era visto pelo médico como um seu criado. (...) isso (...) felizmente já está ultrapassado (...) ainda há alguns problemas em que o enfermeiro diz “não, eu é que sei”, o médico diz “não, eu é que sei”, e talvez isso traga conflitos.

(...) humildade e sinceridade, tanto de uma parte como da outra (...), quando não há aquela predisposição para se trabalhar em equipa e serem reconhecidos e entenderem-se como membros de uma equipa, que trabalha em prol do utente, (...), eu penso (...), que esses são os maiores conflitos que existem.

(...) O médico pode pensar “não, isso é uma coisa que me compete a mim, não lhe compete a si”. O enfermeiro diz “não, mas eu também sei porque (...) através do meu curso adquiri conhecimentos científicos (...) que me permitem dizer que você está errado, que não é assim”. (...).

É dizer ao médico “tem a certeza que é isso mesmo que quer administrar?”. E se ele disser que sim, então aí confrontá-lo e dizer-lhe a nossa opinião fundamentando com um índice terapêutico se for necessário. Realmente se ele assume, se é ele que prescreve... lá está, aí entra-se no tal conflito, porque o enfermeiro diz que acha que isso é prejudicial, o médico é que prescreveu...

(...) se houver um bom relacionamento entre o médico e o enfermeiro, se ambos discutirem o assunto no sentido de ir para o benefício do doente, e não entrarem por “não, eu é que sei, tu não sabes”...

(...) o enfermeiro (...) era visto como um criado do médico, estava ali para servir o médico e não propriamente para servir o utente, porque o médico é que tratava do doente, (...). E eu acredito que ainda hoje isto se verifica.

(...) agora temos um suporte teórico (...) por isso, (...) entra-se em conflito, quando não há colaboração de parte a parte.

(...) aconteceu comigo uma situação, que acabou por não ser conflituosa. Da minha parte não quis que isso criasse conflito, (...), da parte do médico foi um bocado desagradável. (...) durante uma cirurgia, a qual eu estava a instrumentar, e em determinado passo cirúrgico, o médico deu a entender que iria fazer aquele passo e eu dei-lhe o material para esse dito passo e ele disse “mas eu não quero isto”. E aí eu disse-lhe “bem, mas eu pensei que ia fazer isto”, e a resposta que tive foi “mas você não está aí para pensar”. (...), dá-se sempre um certo desconto, porque numa cirurgia há sempre muito stress, é sempre um bocado complicado, mas também é desagradável. Eu acho que aí, se houver, (...), colaboração, se o médico acreditar na pessoa que tem ali e que se estiver seguro do que está a fazer e a dizer, cria-se um bom ambiente. (...) se o enfermeiro também estiver numa posição de ajudar, de colaborar em prol do utente, acho que se pode criar mesmo uma boa relação.

(...) a nossa profissão já é vista com outros olhos, felizmente (...) evoluiu. Não foi só no sentido de servir o médico, mas virar-se mais para o utente. Nós existimos, tanto o médico como o enfermeiro, para servir o doente, (...) que por vezes o médico não vê isso dessa forma porque (...) o médico diz “não, eu vou fazer-lhe isto porque eu quero e é o melhor”, impondo uma situação ao doente, e este também tem direito a escolher. (...) em relação ao tipo de anestesia, já tenho assistido que há médicos que às vezes dizem “eu vou fazer esta anestesia porque é melhor para si”, e há utentes que não querem e o médico insiste e diz que vai fazer porque ele é que sabe o que é melhor.

(...) [função do enfermeiro], é ajudar (...) e explicar as vantagens. (...) às vezes há muitos tabus e (...) o doente deve ser esclarecido de tudo, vantagens e desvantagens,

para que (...) esteja devidamente informado. (...) há doentes que chegam ao bloco operatório e não sabem para o que vêm.

(...) é importante criar um ambiente de confiança, não só na vivência do dia-a-dia, no stress, na sala de operações, (...) haver um convívio, de forma a conhecermo-nos melhor uns aos outros. As pessoas quando estão sob tensão têm comportamentos que levam a dizer coisas desagradáveis, (...). (...) é importante fora do contexto laboral haver também um convívio (...).

ENTREVISTA EA – Unidades de Registo

EEA1 *Ser enfermeiro é olhar pelo outro, (...).*

EEA2 *(...) é o cuidar, (...)*

EEA3 *(...) é a relação que há entre o utente, (...), e a pessoa a quem ele recorre, (...) o enfermeiro (...)*

EEA4 *(...) o médico (...) é (...) aquele que trata, que trata da patologia não propriamente do cuidar. (...).*

EEA5 *(...) O cuidar é visto de uma forma mais ampla, (...) a pessoa vai ao médico, ele receita-lhe uns medicamentos, trata aquela doença. Não quer dizer que também não haja um relacionamento, de empatia, terapêutico.*

EEA6 *Está mais próximo [enfermeiro] porque (...) passa 24 h junto do utente, embora o médico que opera um doente também passe a visita mas depois acaba por ir saltitando. Porque hoje é um que passa a visita, amanhã é outro. Isso também acontece com o enfermeiro, mas o enfermeiro está mais ali, (...).*

EEA7 *(...) [enfermeiro] é o que está mais atento aos problemas, aos sentimentos, às queixas do utente, e que depois faz a ponte (...), comunica ao médico.*

- EEA8 (...) [visão do médico acerca do enfermeiro] aquele que cuida, (...).
- EEA9 (...) que está mais em contacto com o doente (...).
- EEA10 (...) o enfermeiro é um memorando, (...) lembrar o médico de alguma coisa que fique por fazer, (...) uma bengala.
- EEA9 (...) [visão do enfermeiro acerca do médico] o médico será aquele que trata (...) aquele que corrige (...) no ponto de vista técnico. (...) médico (...) trata aquela patologia.
- EEA10 (...) estou a lembrar-me de uma situação que vivenciei, de um médico ter dito ao enfermeiro que tinha pedido para administrar uma determinada terapêutica aquele utente, e entretanto o enfermeiro administra, diz ao médico que já foi administrada a terapêutica, e o médico entretanto disse “mas eu não disse que era essa quantidade, não foi isso que mencionei”. (...) havia testemunhas, havia outra colega presente que (...) confirmou que o médico se tinha enganado. (...) ele não assumiu. (...).
- EEA11 (...) Em termos de comunicação, não sei até que ponto é que o médico teria a certeza do que estava a dizer, (...) não recuou, não assumiu. (...).
- EEA12 (...) o médico vê (...) o enfermeiro como uma (...) bengala e não como um colaborador.
- EEA13 (...) o enfermeiro era visto pelo médico como um seu criado. (...) isso (...) felizmente já está ultrapassado (...).
- EEA14 (...) há alguns problemas em que o enfermeiro diz “não, eu é que sei”, o médico diz “não, eu é que sei”, e talvez isso traga conflitos.
- EEA15 (...) humildade e sinceridade, tanto de uma parte como da outra (...). (...)
- EEA16 (...) quando não há aquela predisposição para se trabalhar em equipa e serem reconhecidos e entenderem-se como membros de uma equipa, que

trabalha em prol do utente, (...), eu penso (...), que esses são os maiores conflitos que existem.

EEA17 *(...) O médico pode pensar “não, isso é uma coisa que me compete a mim, não lhe compete a si”. O enfermeiro diz “não, mas eu também sei porque (...) através do meu curso adquiri conhecimentos científicos (...) que me permitem dizer que você está errado, que não é assim”.*

EEA18 *(...) É dizer ao médico “tem a certeza que é isso mesmo que quer administrar?”. E se ele disser que sim, então aí confrontá-lo e dizer-lhe a nossa opinião fundamentando com um índice terapêutico se for necessário. Realmente se ele assume, se é ele que prescreve (...), aí entra-se no tal conflito, porque o enfermeiro diz que acha que isso é prejudicial, o médico é que prescreveu (...)*

EEA19 *(...) se houver um bom relacionamento entre o médico e o enfermeiro, se ambos discutirem o assunto no sentido de ir para o benefício do doente, e não entrarem por “não, eu é que sei, tu não sabes” (...)*

EEA20 *(...) o enfermeiro (...) era visto como um criado do médico, estava ali para servir o médico e não propriamente para servir o utente, porque o médico é que tratava do doente, (...). E eu acredito que ainda hoje isto se verifica.*

EEA21 *(...) agora temos um suporte teórico (...) por isso, (...) entra-se em conflito, quando não há colaboração de parte a parte.*

EEA22 *(...) aconteceu comigo uma situação, que acabou por não ser conflituosa. Da minha parte não quis que isso criasse conflito, (...), da parte do médico foi um bocado desagradável. (...) durante uma cirurgia, a qual eu estava a instrumentar, e em determinado passo cirúrgico, o médico deu a entender que iria fazer aquele passo e eu dei-lhe o material para esse dito passo e ele disse “mas eu não quero isto”. E aí eu disse-lhe “bem, mas eu pensei*

que ia fazer isto”, e a resposta que tive foi “mas você não está aí para pensar”. (...), dá-se sempre um certo desconto, porque numa cirurgia há sempre muito stress, é sempre um bocado complicado, mas também é desagradável. (...).

- EEA23 (...) se houver (...) colaboração, se o médico acreditar na pessoa que tem ali e (...) se estiver seguro do que está a fazer e a dizer, cria-se um bom ambiente.
- EEA24 (...) se o enfermeiro (...) estiver numa posição de ajudar, de colaborar em prol do utente, acho que se pode criar mesmo uma boa relação.
- EEA25 (...) a nossa profissão já é vista com outros olhos, felizmente (...) evoluiu. Não foi só no sentido de servir o médico, mas virar-se mais para o utente. Nós existimos, tanto o médico como o enfermeiro, para servir o doente, (...) o médico não vê isso dessa forma porque (...) o médico diz “não, eu vou fazer-lhe isto porque eu quero e é o melhor”, impondo uma situação ao doente, e este também tem direito a escolher. (...) em relação ao tipo de anestesia, já tenho assistido que há médicos que às vezes dizem “eu vou fazer esta anestesia porque é melhor para si”, e há utentes que não querem e o médico insiste e diz que vai fazer porque ele é que sabe o que é melhor.
- EEA26 (...) [função do enfermeiro], é ajudar (...).
- EEA27 (...) às vezes há muitos tabus e (...)o doente deve ser esclarecido de tudo, vantagens e desvantagens, para que (...) esteja devidamente informado. (...) há doentes que chegam ao bloco operatório e não sabem para o que vêm.
- EEA28 (...) é importante criar um ambiente de confiança, não só na vivência do dia-a-dia, no stress, na sala de operações, (...)

EEA29 (...) *haver um convívio, de forma a conhecermo-nos melhor uns aos outros. As pessoas quando estão sob tensão têm comportamentos que levam a dizer coisas desagradáveis, (...). (...) é importante fora do contexto laboral haver também um convívio (...).*

ANEXO 10
ENTREVISTA ENFERMEIRO B

ENTREVISTA EB (Enfermeiro)

1 – O QUE É PARA TI SER ENFERMEIRO?

- *Para mim ser enfermeiro é estar com o outro, partilhar o dia-a-dia com o outro, neste caso o outro é o utente, e todos os outros técnicos envolvidos no acto de cuidar (médicos, enfermeiros e todo o pessoal envolvido no cuidar).*

2 – O QUE É PARA TI SER MÉDICO?

- *Ser médico também poderia ser em termos de comunicação e relação, parecido com o que é ser enfermeiro, só que o enfermeiro é aquela pessoa que está 24 h junto do utente. O afastamento do médico relativamente ao utente impõe algumas diferenças na relação com o utente.*
- *Ser médico tem só a ver com o cuidar?*
- *Acho que o médico também cuida. Fundamentalmente o médico também devia cuidar, independentemente das acções que faz para isso.*

3 – DESCREVE DE UMA FORMA SUCINTA O QUE PENSAS QUE OS MÉDICOS ACHAM DO QUE É SER ENFERMEIRO.

- *Eu acho que, não diria todos os médicos, mas muitos médicos acham que o enfermeiro é aquela pessoa que está no serviço para responder às prescrições*

deles, às indicações deles, e haverá alguns que acham que o enfermeiro pouco mais deverá fazer que isso, penso eu.

4 – E O QUE PENSAS QUE OS ENFERMEIROS ACHAM DO QUE É SER MÉDICO?

- *Se calhar também alguns enfermeiros acharão que ser médico é aquele que passa a visita no serviço e que quanto mais depressa se for embora melhor para nos vermos livres deles. Eu acho que há enfermeiros que pensam assim. Embora considere que a geração de enfermeiros mais recente, mais nova, considere que o médico é um elemento da equipa que pode estar presente mais lado a lado com o enfermeiro num trabalho de parceria.*
- *Achas portanto que essa opinião mais negativa está a mudar ao longo dos tempos?*
- *Acho que está a mudar um bocadinho.*

5 – NA TUA OPINIÃO, QUE TIPO DE PROBLEMAS EXISTEM NA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O MÉDICO?

- *Prende-se com o que já falei atrás. Eu acho que o médico, olhando para o enfermeiro como aquela pessoa que recebe ordens e que tem que as cumprir, qualquer coisa que... ou uma opinião diferente por parte do enfermeiro, ou uma atitude diferente do enfermeiro que contrarie isso, já é um problema na comunicação. Qualquer emissão de uma opinião diferente que contradiga o que o médico está a dizer pode gerar conflito. O que também não me parece impossível que o enfermeiro por excesso... eu acho que também se cai um pouco no extremo oposto... eu acho queque também o enfermeiro em busca da autonomia total, também se excede às vezes... e não estabelece bem o limite do que é de um e o que é do outro, e às vezes causa o choque na comunicação.*

6 – DESCREVE UMA SITUAÇÃO QUE SE TENHA PASSADO CONTIGO OU QUE TENHAS PRESENCIADO E QUE RETRACTE UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO ENTRE ESTES DOIS GRUPOS PROFISSIONAIS.

- *Aqui há tempos, aqui no serviço, e sem dizer o nome das pessoas que não interessa, aqui fazem-se rastreios auditivos ao bebé e a folha do rastreio auditivo é uma folha que deve ser preenchida pelo pediatra, que é quem faz o rastreio. E aquilo tem lá um parâmetro que é o peso do bebé, a hora a que nasceu e a data de nascimento; normalmente, os enfermeiros quando têm um bocadinho mais de tempo disponível, e me parceria com os médicos, porque o médico que vem fazer este exame tem muitas outras coisas para fazer e vem a correr... como trabalho de equipa às vezes o enfermeiro quando tem um tempo faz esse registo quando recebe o bebé. É um pouco uma ajuda. O médico quando chega tem esse registo já feito. E aqui há tempos o médico veio fazer um rastreio auditivo e pegou em alguns papéis que não tinham esse registo feito e então dirigiu-se com modos agressivos para a enfermeira a questionar o que é que ela estava ali a fazer e porque não tinha feito o registo (que até nem é função da enfermeira). A enfermeira respondeu-lhe da mesma maneira que não é secretária dele nem foi para isso que se formou. Eu acho que houve falha na comunicação. Situações como esta há muitas.*

7 – QUE TIPO DE CONFLITOS ACHAS QUE EXISTEM NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO?

- *Eu penso que os conflitos normalmente são, talvez sejam ocasionados na maior parte das vezes por deficiente comunicação, porque eu neste momento tenho uma médica que passa aqui visita neste serviço, que é das pessoas que tem mais difícil contacto com toda a gente, e ela neste serviço não tem dificuldade de contacto com ninguém, e acho que foi um trabalho de conjunto que fizemos nós*

e ela. Ela se mudar de serviço é um problema e aqui no serviço tudo corre bem. Eu acho que uma comunicação assertiva faz com que os conflitos possam deixar de surgir. Se a pessoa souber conversar uma com a outra, se souber entender, se souber dialogar, mesmo a simples opinião que o médico pode não querer ouvir do enfermeiro, porque vai um pouco contra o que ele disse ou prescreveu, eu acho que mesmo assim, sabendo conversar com eles sobre isso, consegue-se superar qualquer atrito que haja. Só que eu acho que há um bocadinho “braço de ferro” às vezes das duas partes.

- E a que achas que se deve esse “braço de ferro”?
- *Eu acho que a história já vem de trás, eu acho que o médico é o detentor do poder, eles por um lado pensam que têm o poder; os enfermeiros também o querem adquirir mas não querem sentir-se subjugados a esse poder e eu acho que a guerra parte por aí.*
- Achas que existe mais conflito agora ou há uns anos atrás (estou a falar dos tempos antes de sermos licenciados).
- *Eu acho que talvez agora haja mais conflito porque as pessoas agora são mais abertas ao diálogo. Por, exemplo, os enfermeiros se calhar antigamente era aquela coisa do Sr. Doutor, e o Sr. Doutor falava e ai de quem abrisse a boca. O conflito já existia, mas era naquela base da pessoa ficar calada. Agora as pessoas falam mais.*
- E achas que isso pode ter a ver com o aumento do nosso poder de argumentação? Como temos bases científicas maiores, achas que pode ter a ver com isso?
- *Acho que pode ter a ver com isso. Acho mesmo que tem a ver com isso. Com o nosso poder de argumentação. Sabemos agora marcar melhor a nossa posição.*
- E achas que às vezes exageramos ou não?
- *Acho que sim, que às vezes nós exageramos.*
- Nós os enfermeiros?

- *Sim, nós os enfermeiros também exageramos. Não sei se mais ou menos que os médicos, mas também exageramos.*

8 – DESCREVE UMA SITUAÇÃO QUE SE TENHA PASSADO CONTIGO OU QUE TENHAS PRESENCIADO, QUE RETRACTE UM CONFLITO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/MÉDICO.

- *Não me recordo agora de nenhum.*

ENTREVISTA EB – Corpus de Análise

(...) ser enfermeiro é estar com o outro, partilhar o dia-a-dia com o outro, (...) o outro é o utente, e todos os outros técnicos envolvidos no acto de cuidar (médicos, enfermeiros e todo o pessoal envolvido no cuidar).

Ser médico também poderia ser em termos de comunicação e relação, parecido com o que é ser enfermeiro, só que o enfermeiro é aquela pessoa que está 24 h junto do utente. O afastamento do médico relativamente ao utente impõe algumas diferenças na relação com o utente.

(...) o médico também cuida. (...) independentemente das acções que faz para isso.

(...) muitos médicos acham que o enfermeiro é aquela pessoa que está no serviço para responder às prescrições deles, às indicações deles, e haverá alguns que acham que o enfermeiro pouco mais deverá fazer que isso, (...).

(...) também alguns enfermeiros acharão que ser médico é aquele que passa a visita no serviço e que quanto mais depressa se for embora melhor para nos vermos livres deles. (...) há enfermeiros que pensam assim. Embora considere que a geração de enfermeiros mais recente, mais nova, considere que o médico é um elemento da equipa que pode estar presente mais lado a lado com o enfermeiro num trabalho de parceria.

(...) o médico, olhando para o enfermeiro como aquela pessoa que recebe ordens e que tem que as cumprir, (...) uma opinião diferente por parte do enfermeiro, (...) que contrarie isso, já é um problema na comunicação. Qualquer emissão de uma opinião diferente que contradiga o que o médico está a dizer pode gerar conflito. (...) também o enfermeiro em busca da autonomia total, (...) se excede às vezes e não estabelece bem o limite do que é de um e o que é do outro, e (...) causa o choque na comunicação.

(...) aqui fazem-se rastreios auditivos ao bebé e a folha do rastreio auditivo é uma folha que deve ser preenchida pelo pediatra, que é quem faz o rastreio. (...) tem lá um parâmetro que é o peso do bebé, a hora a que nasceu e a data de nascimento; (...) os enfermeiros quando têm um bocadinho mais de tempo disponível, e em parceria com os médicos, porque o médico que vem fazer este exame tem muitas outras coisas para fazer e vem a correr... como trabalho de equipa (...) o enfermeiro quando tem um tempo faz esse registo quando recebe o bebé. (...). O médico quando chega tem esse registo já feito. E aqui há tempos o médico veio fazer um rastreio auditivo e pegou em alguns papéis que não tinham esse registo feito e (...) dirigiu-se com modos agressivos para a enfermeira a questionar o que é que ela estava ali a fazer e porque não tinha feito o registo (...). A enfermeira respondeu-lhe da mesma maneira que não é secretária dele nem foi para isso que se formou. Eu acho que houve falha na comunicação. Situações como esta há muitas.

(...) os conflitos normalmente são, (...) ocasionados (...) por deficiente comunicação, porque eu neste momento tenho uma médica que passa aqui visita neste serviço, que é das pessoas que tem mais difícil contacto com toda a gente, e ela neste serviço não tem dificuldade de contacto com ninguém, e acho que foi um trabalho de conjunto que fizemos nós e ela. (...). (...) uma comunicação assertiva faz com que os conflitos possam deixar de surgir. Se a pessoa souber conversar uma com a outra, se souber entender, (...) dialogar, mesmo a simples opinião que o médico pode não querer ouvir do enfermeiro, porque vai um pouco contra o que ele disse ou prescreveu, (...) mesmo assim, (...) consegue-se superar qualquer atrito que haja. (...) há um bocadinho “braço de ferro” às vezes das duas partes.

(...) a história já vem de trás, (...) o médico é o detentor do poder, (...); os enfermeiros também o querem adquirir (...) não querem sentir-se subjugados a esse poder e (...) a guerra parte por aí.

(...) talvez agora haja mais conflito porque as pessoas agora são mais abertas ao diálogo.

(...), os enfermeiros (...) antigamente era aquela coisa do Sr. Doutor, e o Sr. Doutor falava e ai de quem abrisse a boca. O conflito já existia, (...). Agora as pessoas falam mais.

(...) tem a ver com (...) o nosso poder de argumentação. Sabemos agora marcar melhor a nossa posição.

ENTREVISTA EB – Unidades de Registo

EEB1 *(...) ser enfermeiro é estar com o outro, (...),*

EEB2 *(...) partilhar o dia-a-dia com o outro, (...) o outro é o utente, e todos os outros técnicos envolvidos no acto de cuidar (médicos, enfermeiros e todo o pessoal envolvido no cuidar).*

EEB3 *Ser médico (...) poderia ser em termos de comunicação e relação, parecido com o que é ser enfermeiro, só que o enfermeiro é aquela pessoa que está 24 h junto do utente. O afastamento do médico relativamente ao utente impõe algumas diferenças na relação com o utente.*

EEB4 *(...) o médico também cuida. (...) independentemente das acções que faz para isso, (...).*

EEB5 *(...) muitos médicos acham que o enfermeiro é aquela pessoa que está no serviço para responder às prescrições deles, às indicações deles, e haverá alguns que acham que o enfermeiro pouco mais deverá fazer que isso, (...).*

EEB6 *(...) também alguns enfermeiros acharão que ser médico é aquele que passa a visita no serviço e que quanto mais depressa se for embora melhor (...). (...) há enfermeiros que pensam assim. (...).*

- EEB7 (...) a geração de enfermeiros mais recente, (...), considera que o médico é um elemento da equipa que pode estar presente mais lado a lado com o enfermeiro num trabalho de parceria.
- EEB8 (...) olhando para o enfermeiro como aquela pessoa que recebe ordens e que tem que as cumprir, (...).
- EEB9 (...) uma opinião diferente por parte do enfermeiro, (...) que contrarie isso, já é um problema na comunicação. Qualquer emissão de uma opinião diferente que contradiga o que o médico está a dizer pode gerar conflito. (...).
- EEB10 (...) também o enfermeiro em busca da autonomia total, (...) se excede às vezes e não estabelece bem o limite do que é de um e o que é do outro, e (...) causa o choque na comunicação.
- EEB11 (...) aqui fazem-se rastreios auditivos ao bebé e a folha do rastreio auditivo é uma folha que deve ser preenchida pelo pediatra, que é quem faz o rastreio. (...) tem (...) um parâmetro que é o peso do bebé, a hora a que nasceu e a data de nascimento; (...) os enfermeiros quando têm (...) tempo disponível, e em parceria com os médicos, porque o médico que vem fazer este exame tem muitas outras coisas para fazer e vem a correr (...) o enfermeiro quando tem um tempo faz esse registo quando recebe o bebé. (...). O médico quando chega tem esse registo já feito. E aqui há tempos o médico veio fazer um rastreio auditivo e pegou em alguns papéis que não tinham esse registo feito e (...) dirigiu-se com modos agressivos para a enfermeira a questionar o que é que ela estava ali a fazer e porque não tinha feito o registo (...). A enfermeira respondeu-lhe da mesma maneira que não é secretária dele nem foi para isso que se formou. Eu acho que houve falha na comunicação. Situações como esta há muitas.

- EEB12 (...) os conflitos (...) são, (...) ocasionados (...) por deficiente comunicação, porque eu neste momento tenho uma médica que passa aqui visita neste serviço, que é das pessoas que tem mais difícil contacto com toda a gente, e ela neste serviço não tem dificuldade de contacto com ninguém, (...) foi um trabalho de conjunto que fizemos nós e ela. (...). (...) uma comunicação assertiva faz com que os conflitos possam deixar de surgir. Se a pessoa souber conversar uma com a outra, se souber entender, (...) dialogar, mesmo a simples opinião que o médico pode não querer ouvir do enfermeiro, porque vai um pouco contra o que ele disse ou prescreveu, (...) mesmo assim, (...) consegue-se superar qualquer atrito que haja. (...) há um bocadinho “braço de ferro” às vezes das duas partes.
- EEB13 (...) a história já vem de trás, (...) o médico é o detentor do poder, (...); os enfermeiros também o querem adquirir (...) não querem sentir-se subjugados a esse poder e (...) a guerra parte por aí.
- EEB14 (...) talvez agora haja mais conflito porque as pessoas agora são mais abertas ao diálogo. (...), (...) antigamente era aquela coisa do Sr. Doutor, e o Sr. Doutor falava e aí de quem abrisse a boca. O conflito já existia, (...). Agora as pessoas falam mais.
- EEB15 (...) tem a ver com (...) o nosso poder de argumentação. Sabemos agora marcar melhor a nossa posição.

ANEXO II
EXCERTO DE TEXTO DE LUÍS GRAÇA

Excerto de texto de Luís Graça em “Apresentação: A arte de enfermagem no séc. XIII”, falando sobre a relação enfermeiro/médico, extraído da *Postilla Religiosa*, e *Arte de Enfermeiros*, primeiro manual de formação em cuidados de enfermagem de que há notícia em Portugal.

Caixa 5 – Relação enfermeiro/médico

331. Neste, e em todos os mais remédios, que contém esta Arte de Enfermeiros, não vai expressada mais que a forma de se aplicarem, que é o que pertence ao Enfermeiro; o qual para acertar, deve além do referido conferir com o Médico, e Cirurgião a forma da execução deles; porque ainda que esta Arte de Enfermeiros está revista por Médicos doutos, e Cirurgiões peritos, como são diversas as opiniões, deve o Enfermeiro seguir a do Médico, com que visita os enfermos; mas isto no caso que a experiência lhe não mostre é menos conveniente o que o Médico determina, e deve com ele conferir o mais acertado; porque há Rábulas, que melhor que um Letrado endireitam uma causa; e como desta pende a vida, e saúde dos enfermos, deve o Enfermeiro procurar seja tudo com acerto por crédito da ocupação; e obrando assim, se livrará dos escrúpulos de consciência, em que esta assistência tanto anda anexa, pelo voto solene da Hospitalidade, que todos os Religiosos de S. João de Deus fazemos.

Fonte: SANTIAGO, Padre Fr. Diogo de – *Postilla Religiosa, e Arte dos Enfermeiros*. Lisboa : Oficina Miguel Manescal da Costa, 1741. p. 172. (Correcção da grafia por Luís Graça)

**ANEXO 12
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO
DO ESTUDO**