

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FERNANDA COSTA NUNES

**O Processo da Comunicação Organizacional das Unidades de
Enfermagem de um Hospital Universitário – Estudo de Caso.**

**Goiânia
2009**

FERNANDA COSTA NUNES

**O Processo da Comunicação Organizacional das Unidades de
Enfermagem de um Hospital Universitário – Estudo de Caso.**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Goiás, como requisito para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Denize Bouttelete Munari

**Goiânia
2009**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): Fernanda Costa Nunes

Orientador(a): Prof. Dra. Denize Bouttelete Munari

Membros:

1. Prof. Dra. Denize Bouttelet Munari

2. Prof. Dra. Sheila Giardini Murta

3. Prof. Dr. Marcelo Medeiros

SUPLENTES

4. Prof. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

5. Prof. Dra. Susel Regina Ribeiro Chavaglia

Data: 04/09/2009

*Dedico este trabalho ao Caetano, minha
maior paixão e à Leila meu maior exemplo...*

AGRADECIMENTOS

Sempre ouvi das pessoas ao meu redor que a trajetória do mestrado seria árdua e solitária. No entanto, ao contrário das expectativas, tive ao longo do meu caminho o privilégio de poder contar muitas pessoas. Algumas me incentivaram, outras colaboraram diretamente com a pesquisa e o trabalho da dissertação, muitas me apoiaram e torceram por mim enquanto algumas me cuidaram durante esse tempo. Por isso quero agradecer...

Ao “Paixão” companheiro paciente de todas as horas. Por ser minha serenidade e meu porto seguro nas horas de cansaço, incertezas e lágrimas. Pela tolerância de sempre me dividir com os livros e com o trabalho. Por me aceitar como sou, com meus defeitos e manias. Por estar sempre do meu lado me apoiando e comemorando comigo cada vitória.

A minha Mãe com quem aprendi a cuidar, a amar, a respeitar. Com que entendi o que é trabalho, o que é sustento, e como é fazer planos para o futuro.

Ao Fred e o meu Pai que mesmo de longe sempre estiveram presentes.

A minha Avó Geralda, Tia Lilia e Nilda (mãe outra) por todas as orações.

À Iva e o Leo que são meus anjos da guarda aqui da Terra disfarçados de madrinha e padrinho.

À Solana maravilhanda, psicóloga que me cuida sempre.

À Denize orientadora de vida, amiga, companheira de estudo, exemplo de mulher, de profissional, de ser humano. Nós encontramos na paixão pelo saber, na garra de vencer e na dor de ver o sofrimento e a doença daqueles que amamos. O que você me ensinou nesses dois anos, não vou encontrar em nenhum outro lugar do universo. Você fez tudo valer ainda mais a pena.

À Kátia amiga de mestrado e de vida que me ajudou em todas as fazes desse caminho.

À SOBRAP pelo apoio e pela chance de conhecer a Denize.

Aos colegas das disciplinas na FEN, Cris, “Princeso”, Walterlânia, Juliana, Agda e Flaviana por tornarem meus dias de aula sempre divertidos.

Aos Enfermeiros participantes desse estudo pela disponibilidade e colaboração com o estudo.

À Instituição hospitalar estudada pela abertura à pesquisa e desejo em se melhorar sempre.

À Pós-graduação em Ciências da Saúde pela acolhida e cuidados. Em especial à Valdecina e à Raquel por organizar tudo a tempo e à hora para que as coisas dessem certo.

À Pós-graduação em Enfermagem pela oportunidade de cursar tantas disciplinas, ao Gabriel pela disposição de ajudar sempre, e a Prof. Dra. Maria Márcia Bachion pelo espaço de aprendizado concedido.

Aos professores da Banca de Qualificação, Prof. Dr. Marcelo Medeiros, Prof. Dra. Sheila Murta e Prof. Dra. Rita Gorete do Amaral que contribuíram carinhosamente com o aperfeiçoamento da dissertação.

À Prof. Dra. Lizete Malagonni Almeida Cavalcante Oliveira mãe da Ju, esposa do Paulo e anjo da guarda protetora dos aflitos e das referências. Que me ensinou o mundo do End Note e cuidou da revisão da minha bibliografia.

À Lívia de Oliveira Almeida Caetano amiga que gentilmente fez a revisão do texto corrigindo cada detalhe e vírgula fora do lugar.

Às alunas do NEPSI e à Bárbara (irmã outra) que auxiliaram nas transcrições das entrevistas.

*De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre
começando....
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar...
Portanto, devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro...*

Fernando Pessoa

RESUMO

As organizações de saúde são sistemas sociais constituídos por atividades padronizadas executadas de forma complementar, interdependentes, com estruturas, pessoas, tecnologias, processos de serviços/produtos, cultura e sistema de comunicação própria. A comunicação é ferramenta responsável por coordenar e permitir o diálogo entre os vários subsistemas que compõem a organização. A instituição hospitalar é um dos tipos mais complexos de organização, devido à extensa rede de atividades/serviços que presta e desenvolve. É espaço de múltiplas finalidades, emprega grande número de profissionais especializados, possui uma divisão de trabalho fortemente acentuada. Administrá-la de modo eficiente é um desafio, que envolve gestão moderna, planejamento de estratégias de comunicação organizacional que permita a implantação eficiente de ações, bem como disseminação da missão, objetivos, filosofia a serem assumidos por todos os funcionários. Considerando a relevância dos processos comunicacionais dentro das instituições públicas hospitalares, esse trabalho teve como objetivo geral descrever e analisar como se estabelece o processo de comunicação entre unidades de enfermagem de um hospital universitário e entre as mesmas e setores administrativos com os quais se relaciona. Optou-se pelo método do estudo de caso, sendo a pesquisa desenvolvida em hospital universitário em Goiânia-GO com 27 enfermeiros gerentes das unidades de atendimento da Diretoria de Enfermagem(DE). A coleta de dados dividiu-se em duas etapas, integrando entrevistas individuais semi-estruturadas e entrevista grupal, gravadas, transcritas e analisadas juntamente com dados de observações realizadas durante as entrevistas registradas no diário de campo. O material foi tratado com base na análise temática de conteúdo. Os resultados revelaram que a comunicação intersetorial na DE acontece prioritariamente por contato telefônico, encontros pessoais, documentos de circulação interna, tratando basicamente das demandas com pacientes. Com a DE diz respeito a situações problemas ou relacionadas à assistência, questões administrativas de conservação, manutenção predial, solicitação e aquisição de material. Com os setores administrativos as mensagens se orientam para solicitação de serviços, manutenção e suprimento de materiais. A maioria dos participantes ressaltou que a comunicação é eficiente em seu objetivo de transmitir informações, porém não é eficaz em proporcionar mudança de comportamento nos receptores. Identificaram-se cinco categorias temáticas para os fatores que dificultam a comunicação: limitações estruturais do hospital, complexidade da organização hospitalar, particularidades das organizações públicas e falta de visão sistêmica de enfermeiros gerentes e demais servidores. Os fatores que a impulsionam: agilidade na circulação das informações, suporte da estrutura hierárquica organizacional, articulação e integração entre unidades e setores, intensificação das situações problemas, postura profissional cooperativa, uso da comunicação informal. Para enfrentamento dos problemas encontrados na pesquisa sugere-se aperfeiçoamento das competências de todos os funcionários e gerentes do hospital, informatização no processo da comunicação, alterações do organograma, no sentido de buscar estrutura organizacional mais horizontalizada, baseada em modelo de gestão compartilhada que atinja princípios da administração moderna. Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados junto às outras diretorias, demais categorias profissionais e funcionários que não estão em função gerencial com a intenção de ampliar o alcance da investigação.

Palavras chaves: Administração hospitalar; sistemas de comunicação no hospital; administração de recursos humanos em hospitais.

ABSTRACT

Health organizations are social systems consist of patterned activities implemented in a complementary, interdependent, with structures, people, technologies, processes, services / products, culture and communication system itself. The communication tool is responsible for coordinating and enabling dialogue between the various subsystems that compose the organization. The hospital is one of the more complex types of organization, due to the extensive network of activities / services it provides and develops. Is multi-purpose space, employs large numbers of skilled professionals, has a division of labor heavily accented. Manage it efficiently is a challenge, involving modern management, strategy planning, organizational communication enabling the effective deployment of actions as well as dissemination of the mission, goals, philosophy to be made by all employees. Considering the relevance of communication processes within the hospitals public institutions, this work aims generally describe and analyze how it establishes the communication process between nursing units of a university hospital and between them and their administrative sectors to which it relates. We chose the method of case study and the study was developed in a university hospital in Goiânia-GO with 27 nurse managers from service units of the Board of Nursing (DE). Data collection was divided into two stages, integrating individual interviews and semi-structured group interview, recorded, transcribed and analyzed together with data from observations made during the interviews recorded in the field diary. The material was treated on the basis of content analysis. The results revealed that the intersetorial communication happens primarily through telephone calls, personal meetings, documents for internal circulation, dealing primarily with the demands of patients. With DE regard to situations or problems related to care, administrative issues of conservation, building maintenance, solicitation and acquisition of material. With the administrative sectors oriented messages to request services, maintenance and supply of materials. Most participants stressed that communication is efficient in its purpose of transmitting information, but is not effective in providing behavior change in the receivers. We identified five themes for factors that hinder communication: structural constraints of hospital, complexity of hospital organization, features of public organizations and lack of systemic vision of nurse managers and other servers. The factors that drive: agile movement of information, support, hierarchical organizational structure, coordination and integration between units and sectors, strengthening of problem situations, cooperative professional attitude, use of informal communication. To cope with the problems encountered in research is suggested improvement of skills of all employees and managers of hospital information technology in the communication process, the organizational changes in order to get more horizontal organizational structure, based on shared management model that achieves the principles of modern management. It is recommended that future studies be conducted among other boards, and other professional staff who are not in a managerial role with the intention to expand the scope of the investigation.

Key words: Hospital administration, hospital communication systems, hospital personnel administration.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1	Caracterização dos enfermeiros gerentes da DE quanto à faixa etária e gênero. Goiânia, 2009.....	70
Tabela 2	Tempo de atuação dos enfermeiros estudados e tempo de atuação na função de gerente. Goiânia, 2009.....	71
Tabela 3	Cursos de pós-graduação realizados pelos enfermeiros gerentes. Goiânia 2009.....	72
Figura 1	Número de vínculos empregatícios dos enfermeiros gerentes do. Goiânia 2009.....	73
Figura 2	Fluxos comunicacionais entre as unidades da enfermagem, e entre estas e os setores administrativos com os quais se relaciona. Goiânia, 2009.....	75
Quadro 1	Principais correntes teórica no estudo da comunicação organizacional no período de 1900 até os dias de hoje. Goiânia, 2009.....	30
Quadro 2	Principais falhas e distorções no sistema de comunicação administrativo (TORQUATO,2002).....	37
Quadro 3	Principais canais utilizados na comunicação organizacional e problemas mais frequentes.....	40
Quadro 4	Fatores restritivos do processo comunicacional nas organizações públicas hospitalares.....	52
Quadro 5	Fatores impulsores do processo comunicacional nas organizações públicas hospitalares.	53
Quadro 6	Fluxo da comunicação intersetorial em sentido vertical ascendente e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.....	76
Quadro 7	Fluxo da comunicação intersetorial em sentido vertical descendente e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.....	78
Quadro 8	Fluxo da comunicação intersetorial em sentido horizontal e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.....	79
Quadro 9	Fluxo da comunicação intersetorial em sentido diagonal e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.....	81
Quadro 10	Canais e instrumentos, utilizados na comunicação intersetorial da Diretoria de Enfermagem. Goiânia, 2009.	83
Quadro 11	Categorias temáticas dos fatores que dificultam o processo de comunicação intersetorial da DE. Goiânia, 2009.....	91
Quadro 12	Categorias temáticas dos fatores que facilitam o processo de comunicação intersetorial da DE. Goiânia, 2009.....	121

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

NEPSI	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Integral
FEN	Faculdade de Enfermagem
UFG	Universidade Federal de Goiás
SOBRAP	Instituto Brasileiro de Psicanálise, na participação de Dinâmica de Grupo e Psicodrama.
DE	Diretoria de Enfermagem
DAF	Diretoria Administrativa Financeira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
PNHA	Programa nacional de humanização da assistência hospitalar

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Parecer do comitê de ética.....	170
Anexo 2	Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	171
Anexo 3	Roteiro da entrevista individual semi-estruturada.....	173
Anexo 4	Roteiro da entrevista grupal semi-estruturada.....	174
Anexo 5	Organograma da Diretoria de Enfermagem	175
Anexo 6	Organograma da Diretoria Administrativa Financeira.....	176

SUMÁRIO

Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Lista de tabelas, figuras e quadros.....	x
Lista de abreviaturas e siglas.....	xi
Lista de anexos.....	xii
Sumário.....	xiii
Apresentação.....	15
Capítulo 1. Fundamentação Teórica.....	19
1.1 As organizações como sistemas sociais.....	20
1.2 Teoria da comunicação humana.....	24
1.3 Comunicação organizacional	29
1.4 Comunicação nas organizações públicas hospitalares.....	42
1.5 Comunicação organizacional e atuação do enfermeiro gerente.....	54
Capítulo 2. Trajetória Metodológica Percorrida.....	60
2.1 Referencial Metodológico.....	60
2.2 Local e período de estudo.....	63
2.3 Aspectos éticos.....	64
2.4 Participantes.....	64
2.5 Coleta dos dados.....	65
2.6 Análise dos dados.....	68
Capítulo 3. Resultado e discussão.....	70
3.1 Caracterizando os participantes.....	70
3.2 Caracterizando o campo de estudo.....	74
3.3 Mapeando o fluxo da comunicação intersetorial da DE.....	75
3.4 Descrevendo os canais e instrumentos utilizados na comunicação intersetorial da DE.....	83
3.5 Analisando os aspectos que dificultam a comunicação intersetorial da DE.....	90
A) Problemas estruturais do Hospital.....	91
B) Complexidade do Hospital.....	96
C) Ineficácia dos processos comunicacionais.....	104
D) Particularidades das Organizações Públicas.....	110
E) Falta de Visão Sistêmica.....	115
3.6 Compreendendo os fatores que facilitam a comunicação intersetorial na DE.....	120
A) Agilidade na circulação das informações.....	121
B) Suporte da estrutura hierárquica organizacional.....	127
C) Articulação e Integração entre unidades e setores.....	134
D) Intensificação das situações problemas.....	141
E) Postura profissional cooperativa.....	143
F) Uso da comunicação informal.....	145
Considerações finais	151

Referências.....	156
Anexos.....	169
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	170
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	171
Anexo 3 – Roteiro da entrevista individual semi-estruturada.....	173
Anexo 4 – Roteiro da entrevista grupal semi-estruturada.....	174
Anexo 5 – Organograma da DE.....	175
Anexo 6 – Organograma da DAF.....	176

APRESENTAÇÃO

A construção desse trabalho teve como motivação a participação da autora em uma Oficina de Desenvolvimento de Habilidades Gerenciais para Potencializar Equipes junto aos gerentes da área de enfermagem em um hospital universitário, realizada em 2006. A atividade foi organizada pela Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari e realizada por meio de parceria entre a Diretoria de Enfermagem (DE), o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem/UFG (NEPSI/FEN/UFG) e um grupo de psicólogas ligadas ao Instituto Brasileiro de Psicanálise, na participação de Dinâmica de Grupo e Psicodrama – SOBRAP Regional Goiás.

Na ocasião, a parceria estabelecida entre profissionais da área da psicologia e da enfermagem viabilizou um trabalho de sensibilização por meio de atividade de educação continuada proposta pela instituição para gerentes enfermeiros, cujo objetivo era repensar a atuação gerencial e buscar caminhos para o aprimoramento dessa tarefa. O convívio com um grupo ávido por encontrar saídas para suas dificuldades e o incentivo da DE possibilitaram às coordenadoras da oficina uma percepção mais apurada sobre o contexto da referida organização bem como a identificação de pontos críticos que poderiam ser investigados, aperfeiçoados e desenvolvidos, entre eles a questão da comunicação organizacional.

Essa experiência viabilizou também uma aproximação com o projeto de Avaliação da Educação Permanente para Trabalhadores de Enfermagem do referido Hospital Universitário, proposto pela professora Dra. Maria Márcia Bachion, docente da Faculdade de Enfermagem – UFG, com objetivo geral de avaliar o conjunto de ações desenvolvidas em uma estratégia de educação permanente implementada junto à trabalhadores de enfermagem de um hospital escola da região centro-oeste. No qual, percebeu-se que os módulos da capacitação oferecidos até então não contemplavam diretamente ações na área da comunicação organizacional.

Em contato direto com a DE, discutiu-se a necessidade de se tornarem mais claros os processos comunicacionais no contexto da organização, em particular, aqueles que relacionavam a comunicação das unidades de enfermagem e das demais áreas administrativas do hospital. Os vários aspectos que dificultavam o fluxo da comunicação interdepartamental, tais como: a credibilidade de quem emite a mensagem, a presença de conflitos interpessoais, a demora no encaminhamento das solicitações, a priorização do atendimento em função das relações afetivas em detrimento das necessidades dos solicitantes evidenciaram a necessidade de um diagnóstico do processo de comunicação interdepartamental.

Naquele momento a comunicação organizacional foi definida tanto pelo grupo de enfermeiros gerentes, quanto pela DE como uma das grandes causas de problemas do hospital. No entanto, do ponto de vista da pesquisadora, eram grandes as possibilidades de que esse seria o sintoma de algo maior aqui chamado, por hora, de falta de visão sistêmica organizacional.

No exercício de suas atividades o enfermeiro estabelece relações humanas com o usuário, seus familiares e com a equipe multidisciplinar de saúde. Estas relações são efetivadas por meio da comunicação escrita, da comunicação verbal e não verbal dos sinais corporais, da audição e do tato. Portanto, esse profissional precisa ter a sensibilidade de decodificar, decifrar e perceber o significado que o outro emite para intervir adequadamente na solução de problemas, nas relações de ajuda e nas relações do trabalho multiprofissional (2002).

A comunicação é a ferramenta responsável por coordenar e permitir o diálogo entre os vários subsistemas que compõem a organização, dentre os quais se destacam: os indivíduos com suas personalidades e habilidades; o padrão de cargos que fornece a estrutura da organização; os pequenos grupos que surgem da interação entre os funcionários; o status e os papéis que definem os comportamentos dos indivíduos dentro do sistema e o ambiente físico externo no qual a organização está inserida (MUCHINSKY, 2004).

No contexto organizacional, a natureza multidisciplinar da comunicação converge para uma grande quantidade de variáveis que se relacionam para que ela aconteça. Além disso, ela assume diferentes funções e papéis na organização o que a torna um objeto de estudo complexo que demanda um modo particular de abordagem investigativa.

Estudar a comunicação organizacional no contexto das instituições públicas hospitalares tornou-se ainda mais desafiador, por ser um espaço de investigação que permite pouca ou nenhuma manipulação das variáveis sociais e administrativas que o envolvem.

Considerando a importância da comunicação no âmbito da dinâmica das organizações hospitalares e na prestação dos serviços de saúde e ainda a sua relevância estratégica para o alcance das metas de humanização do atendimento é que se propõe o presente trabalho, cujo objeto de estudo constitui-se no processo de comunicação entre as unidades da diretoria de enfermagem e as seções administrativas de um hospital universitário. Esse objeto por sua vez envolve desde o contato interpessoal dos funcionários, os instrumentos da comunicação administrativa intersetorial até a comunicação gerencial.

Compreender esse universo exigiu uma proposta de investigação capaz de alcançar um nível de realidade não quantificável para interpretar fenômenos irredutíveis à operacionalização de variáveis que dizem respeito a crenças, atitudes e valores organizacionais (MINAYO, 1999).

Assim o objetivo geral dessa investigação foi descrever e analisar como se estabelece o processo de comunicação entre as unidades de enfermagem de um hospital universitário e entre elas e os setores administrativos com os quais se relaciona. Para isso buscou-se atingir os seguintes objetivos específicos: identificar os canais, conteúdos e instrumentos utilizados na comunicação intersetorial da DE; compreender os processos e os fluxos das comunicações; bem como levantar os aspectos que dificultam e facilitam a comunicação intersetorial da DE.

Esta pesquisa está estruturada em quatro capítulos que discorrem sobre a comunicação organizacional no contexto das organizações públicas hospitalares na intenção de melhor compreender o objeto estudado.

O primeiro capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre a visão das organizações como sistemas sociais, teoria da comunicação humana, comunicação organizacional e suas especificidades nas organizações públicas hospitalares, e na atuação do enfermeiro gerente.

O segundo capítulo detalha a trajetória metodológica percorrida, especificamente sobre o método do estudo de caso. Apresenta o local, o período, os participantes e os aspectos éticos da investigação. Descreve ainda os instrumentos, as etapas do processo de coleta e análise dos dados.

O terceiro capítulo articula resultados e discussão com base no referencial teórico que dá suporte a pesquisa. Este capítulo está subdividido em seis seções que permitem caracterizar os participantes e o campo de estudo, mapear o fluxo da comunicação intersetorial da DE, descrever os canais e instrumentos utilizados nessa comunicação e por fim analisar e compreender os aspectos que facilitam e dificultam a comunicação intersetorial da DE.

O quarto capítulo traz as conclusões sobre o estudo onde se retoma os objetivos do estudo, sinalizando os resultados alcançados e evidenciando os prejuízos que os problemas na comunicação organizacional acarretam ao funcionamento do hospital e a prestação de serviço junto ao usuário. Além disso, questiona o papel gerencial na qualidade dos processos comunicativos da organização em estudo, sugere possibilidades de intervenção para superação das dificuldades encontradas e por fim apresenta sugestões para novos estudos.

CAPÍTULO 1. COMPREENDENDO A TEORIA

O referencial teórico que fundamenta o presente estudo se ancora nos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas (BERTALANFFY, 2008) que apresenta as organizações como sistemas sociais abertos, que se compõem de subsistemas que se interagem de forma complementar e interdependente em movimento constante de retroalimentação por meio de diversas atividades padronizadas.

Utilizou-se também a perspectiva da Psicologia Social das Organizações de Katz e Kahn (1973) a qual define que o espaço organizacional é composto por estruturas, grupos de pessoas, tecnologias e processos de serviços ou produtos, com uma cultura, funcionamento e sistema de comunicação próprios em contato constante com as fronteiras do mercado externo, com os usuários e as novas demandas de inovações tecnológicas.

Para falar de comunicação no contexto das organizações é preciso antes de tudo compreender os fundamentos da comunicação na interação humana, para isso elegeu-se o modelo de Berlo (2003) que apresenta uma visão do conceito de comunicação também sistêmica e processual, como fenômeno dinâmico, composto por elementos que se inter-relacionam, interdependem. Em diálogo com a visão processual apresenta-se a Teoria da Pragmática da Comunicação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967), a qual afirma que todo comportamento em situação de interação é um ato comunicativo. Ambas utilizadas para analisar o comportamento de comunicar tanto de pessoas quanto de grupos.

Na sequência discute-se os conceitos teóricos referente ao processo da comunicação organizacional na visão de Galdêncio Torquato (1986, 2002, 2003), pesquisador de referência do assunto no Brasil, cuja proposta de estudo baseia-se numa visão integradora e sistêmica da comunicação nas organizações.

Buscou-se também compreender o contexto das organizações públicas hospitalares, entendendo os condicionantes internos e externos que o

determinam, os modelos de gestão que o permeiam, a complexa estrutura de funcionamento que o envolve, a cultura das instituições de saúde pública relacionando esses pontos com o fenômeno da comunicação organizacional.

Por fim, considerando a relevância da figura do enfermeiro gerente no espaço organizacional hospitalar, destacou-se a importância da comunicação na atuação desse profissional, principalmente, no que se refere ao processo de liderança e coordenação de atividades na equipe de saúde.

1.1 As organizações como sistemas sociais

No passado, o paradigma científico utilizado explicava os fenômenos observáveis reduzindo-os a interação de unidades elementares investigáveis independentemente uma das outras, utilizando o princípio da causa e efeito para relacioná-los. Essa visão, no entanto, mostrou-se pouco eficiente para explicar fenômenos naturais, físicos, biológicos ou sociais que não podiam ser compreendidos através do estudo isolado de suas partes, que precisavam ser observados em sua totalidade, os chamados sistemas. Assim a Teoria Geral dos Sistemas organizada por Ludwig Von Bertalanffy por volta de 1948 se estabeleceu como um novo paradigma de investigação e apreensão da realidade científica nas mais diversas áreas do conhecimento, inclusive na psicologia organizacional (BERTALANFFY, 2008).

De acordo com os princípios estabelecidos por Bertalanffy (2008) o sistema é um conjunto de elementos interdependentes em interação, que quando combinados formam um todo organizado, uma unidade funcional maior, que desenvolve características que não se encontram em seus componentes isolados. Seu funcionamento segue a leis gerais, independente de suas propriedades particulares e dos elementos que os compõem.

Ao aplicar os pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas à Psicologia Organizacional Katz e Kahn (1973) afirmam que as organizações são sistemas

abertos por que importam do ambiente energia, seja ela, objeto material, tecnologia ou força humana para dentro da empresa, e a transforma em produtos ou serviço através do trabalho para serem comercializados no mercado.

As atividades de trocas de energia têm caráter cíclico de forma que produto e ambiente encontram-se em constantes trocas e interações. Toda organização tende a importar mais energia do que precisa para seu funcionamento, na intenção de sobreviver com as reservas em momentos de crise, isso ocorre em função do processo entrópico o qual afirma que todas as organizações tendem a se mover para a desorganização ou morte (KATZ; KAHN, 1973; BERTALANFFY, 2008).

As informações também são consideradas insumos quando sinalizam dados do ambiente que orientam o funcionamento da empresa. O tipo mais simples de insumo de informação é o feedback negativo que possibilita correções frente a desvios de padrões, normas e qualidade de desempenho esperado. Após examinar o quanto uma atividade foi compatível ou não com os seus objetivos, a empresa busca formas de correção para a realização desta tarefa. Nem todas as informações são absorvidas, um mecanismo de codificação é responsável por definir quais são aceitas ou rejeitadas (KATZ; KAHN, 1973; BERTALANFFY, 2008).

A importação constante de insumo para que a empresa consiga funcionar sempre com eficácia e excelência é o que confere ao sistema um estado firme e dinâmico. O tipo mais simples de estado firme é a homeostase, cujo princípio básico é a preservação do caráter da organização. Os sistemas abertos buscam a diferenciação e a elaboração, substituindo padrões difusos e globais por funções mais especializadas. Um sistema organizacional pode alcançar o mesmo resultado, partindo de diferentes situações iniciais. Quanto maior for à quantidade de mecanismos reguladores no sistema, menor será a quantidade caminhos de possíveis (KATZ; KAHN, 1973; BERTALANFFY, 2008).

A influência do ambiente e a existência de vários subsistemas internos que se interligam são os princípios que norteiam a visão das organizações como sistemas abertos. As empresas devem, portanto buscar ter com o meio externo relações apropriadas visando a sua sobrevivência. Por isso, é importante que elas tenham a capacidade de executar tarefas e também a habilidade de identificar e pesquisar mudanças no seu contexto ambiental interno e externo(KATZ; KAHN, 1973; BERTALANFFY, 2008).

O sistema interno é constituído pela estrutura, produtos ou serviços, tecnologia, cultura e pessoas, que se desdobram em vários processos divididos em subsistemas tais como: produção, manutenção, sistemas de fronteiras, capacidade de adaptação e gerenciamento. O sistema externo é constituído pelo mercado e pelo usuário(KATZ; KAHN, 1973; SPECTOR, 2004).

Esse modelo de estrutura organizacional integrado estabelece uma interdependência de papéis entre trabalhadores com uma zona de interação, com atribuições e responsabilidades conjuntas, oferecendo um significado social ao trabalhador no desempenho de seu papel na unidade em que atua. Pressupõe-se que suprir as necessidades dos trabalhadores estimule o seu comprometimento com o trabalho (SPECTOR, 2004).

A caracterização funcional das instituições hospitalares públicas possibilita sua classificação como um sistema social aberto, onde atuam diversos subsistemas técnicos representados pelas categorias de especialização e conhecimento profissional como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas entre outros (SENHORAS, 2007b).

As organizações humanas são sistemas de informação, bem como de energia. Para sobreviver precisam absorver e utilizar informação. A comunicação como intercâmbio de informação e significado é a própria essência de um sistema social ou de uma organização. A realização de trabalho, a transformação de energia, depende da comunicação entre pessoas dentro de cada subsistema e entre os subsistemas (KATZ; KAHN, 1973).

Assim apesar de cada indivíduo ser responsável por uma parte da

atividade todos devem compartilhar, planejar os processos e os recursos disponíveis de modo integrado. Os pressupostos dessa teoria é que o trabalhador, como ser social, é o principal elo que aglutina os grupos e não pode ser negligenciado (KATZ; KAHN, 1973).

A teoria dos sistemas de Katz e Kahn (1973) propõe um modelo de organização tecnologicamente mais avançado, rompendo com as premissas de padronização, centralização de poder e excesso de hierarquia. De acordo com esse modelo, todos os departamentos devem ser integrados, oportunizando a participação dos trabalhadores nos eventos referentes à sua unidade de trabalho. Atua com o mínimo de regras e normas funcionais de modo a facilitar o fluxo de informações, a interação e a integração nos grupos e, ainda, possibilita a flexibilidade na realização das ações no trabalho.

Os pressupostos sistêmicos são fundamentados no processo de modernização que provoca mudanças como a redução dos níveis hierárquicos, descentralização do trabalho, ênfase à responsabilidade social, oportunidade de compartilhamento de decisões, procedimentos com padrões simples e a minimização de controle sobre as unidades. O objetivo da organização passa a ser, também, o de valorizar a participação dos trabalhadores para que eles possam processar com maior dinamismo os fluxos internos e externos de trabalho. Essas premissas permitem a autonomia e a mobilização do trabalhador na organização, atenuando a dicotomia e a desigualdade da estratificação hierárquica da administração tradicional no capitalismo (SROUR, 1994; MORGAN, 1996; KANAANE, 1999; BASTOS et al., 2004).

A abordagem sistêmica de Katz e Kahn (1973) apresenta-se como principal vetor à abertura nas relações de poder e autoridade tanto nos sistemas de comunicação, como nos níveis hierárquicos e nos processos administrativos.

Assim apresenta-se a seguir as considerações teóricas sobre o processo de comunicação humana na intenção de compreender as bases desse processo fundamental no entendimento das organizações.

1.2 Teoria da Comunicação Humana

A palavra “comunicar” tem origem no latim “*comunicare*” cujo significado é por em comum. Assim quem se comunica, torna pública algo que até então era privado, o que implica em compreensão e pressupõe o entendimento das partes envolvidas (ETLZ, 1995; PIMENTA, 2002).

O conceito de comunicação se apresenta como um processo dinâmico, composto por elementos que se inter-relacionam e interdependem. Por isso não podem ser divididos em entidades que se sobrepõem. Assim, para compreender tal fenômeno é preciso analisar quem comunica, porque o faz, com quem fala, que mensagens emite, de que forma se comunica, que canal utiliza e como são tratadas as suas mensagens (BERLO, 2003).

Pode-se afirmar que toda comunicação humana tem alguma fonte, quer seja uma pessoa ou um grupo com um objetivo e uma razão para envolver-se na comunicação. Esse objetivo é expresso em forma de mensagem que é transmitida em um conjunto sistemático de símbolos, o código. Para que os objetivos da fonte sejam traduzidos em um código e uma linguagem há que existir um elemento codificador, responsável por tornar as idéias da fonte em mensagem. Há que se ter um condutor, um canal pelo qual a mensagem é transmitida da fonte ao receptor que é o alvo da comunicação, aquele a quem a mensagem deseja atingir. Para que o receptor possa traduzir e utilizar a mensagem é necessário um decodificador, que tem função semelhante ao codificador (BERLO, 2003).

“Há comunicação cada vez que um organismo qualquer, e particularmente um organismo vivo, pode afetar outro organismo modificando-o ou modificando o seu comportamento a partir da transmissão de uma informação” (AMADO; GUITTET, 1978).

A vertente pragmática da comunicação afirma que quando o emissor transmite uma mensagem, além da troca de informações, há a pretensão de se

propor ao receptor um modo de se comportar. O que se pretende nesse processo é que além da compreensão cognitiva o outro faça o que lhe é dito ou sugerido.

Desse modo a comunicação se compõe de dois aspectos: o conteúdo e o relacional. Nesse movimento não apenas se transmite informação, mas também se solicita daquele que a recebe um comportamento (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

A pragmática afirma que a comunicação e a conduta são sinônimas, então, de um determinado ponto de vista, todos os comportamentos e atitudes humanas, intencionais ou não intencionais, podem ser entendidos como comunicação. Ao considerar que toda conduta ou comportamento em situação de interação tem valor de mensagem, é possível afirmar que por mais que os indivíduos se esforcem não lhes é dada a opção de não se comunicar. Diante disso pode-se dizer que a comunicação não acontece somente quando é intencional, consciente e bem-sucedida, mas em qualquer situação em que um indivíduo altere o comportamento de outro de forma voluntária ou não (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

As trocas comunicacionais ou são simétricas ou são complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença. No caso da simetria os parceiros da comunicação tendem a refletir o comportamento um do outro minimizando as diferenças, enquanto que na complementaridade um parceiro complementa a ação do outro maximizando as diferenças. Pode-se pensar na comunicação como tendo duas grandes finalidades complementares: como processo, em que comunicadores trocam propositadamente mensagens codificadas (gestos, palavras, imagens), por meio de um canal, em determinado contexto, o que gera alguns efeitos; e como uma atividade social, onde as pessoas, imersas em determinada cultura, criam e trocam significados, respondendo, desta forma, à realidade que quotidianamente experimentam. Estas duas proposições não acontecem de forma isolada e estanque (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

As funções de fonte, codificador, receptor e decodificador são

desempenhadas tanto por indivíduos quanto pelos setores de uma organização, por isso é possível utilizar o modelo processual de comunicação e a teoria da pragmática da comunicação aqui apresentados, para analisar o comportamento de comunicar de pessoas, grupos e instituições (BERLO, 2003).

As organizações têm seus próprios sistemas de codificação, que determinam o modo como administram e transformam as informações que recebem do meio externo. Indivíduos e grupos participam da codificação no processo de comunicação. Qualquer sistema converte a informação de acordo com suas propriedades, através de fenômenos como: omissão, seleção, refinamento, elaboração, distorção, e transformação das comunicações que chegam. Tornando-se um membro da organização a pessoa adquire seu sistema de codificação, já que aceita suas normas e valores, absorve algo de sua sub-cultura e cria com outros membros expectativas e valores compartilhados (KATZ; KAHN, 1973).

Aquele que emite uma mensagem espera que sua comunicação seja a mais fiel possível para que além da compreensão cognitiva do que diz seja possível mobilizar o outro a fazer aquilo que deseja. Muitas vezes o receptor da comunicação entende claramente o que está sendo dito, mas não faz o que o emissor espera. Do mesmo modo é possível que duas pessoas concordem a respeito do significado de uma mensagem e ainda assim ajam de formas diferentes. Isso acontece porque cada indivíduo tem um jeito próprio de interpretar a informação que recebe (THAYER, 1976; BERLO, 2003).

Alguns fatores podem influenciar negativamente a efetividade desse processo, são os chamados ruídos, fenômenos que deturpam a mensagem tornando difícil sua compreensão. Assim fidelidade e ruídos são as duas faces da mesma moeda, pois a existência de um inviabiliza o outro, ou seja, se houver ruído haverá redução da fidelidade e vice-versa (THAYER, 1976; MAILHIOT, 1977; AMADO; GUITTET, 1978; BERLO, 2003).

No que se refere à fonte e ao receptor da mensagem há quatro fatores que determinam a fidelidade da comunicação, sendo eles habilidades

comunicativas, atitudes, nível de conhecimento sobre o assunto e sua posição dentro dos sistema sociocultural que está inserido (TORQUATO, 1986; BERLO, 2003).

As habilidades de comunicação se dividem em cinco: duas codificadoras (que são a escrita e a palavra), duas decodificadoras (que são a leitura e a audição) e o raciocínio ou pensamento que engloba ambas as funções. Todas influenciam diretamente a análise dos objetivos e intenções de dizer alguma coisa bem como modificam a capacidade de codificar de forma simples e clara o que se pretende expressar para haja entendimento (BERLO, 2003).

As atitudes podem influenciar os meios pelos quais a fonte se comunica, de pelo menos três formas: na atitude para consigo mesmo, atitudes para com o receptor e atitude para com os assuntos, sendo que, uma atitude negativa para consigo de insegurança pode comprometer o sucesso da comunicação. Acreditar e conhecer o assunto que se comunica bem como adaptá-lo ao nível intelectual e cultural de quem ouve são atitudes referentes ao conteúdo e ao receptor que podem facilitar ou dificultar a troca de mensagens (TORQUATO, 1986; BERLO, 2003).

É preciso compreender o papel que a fonte ocupa no sistema sócio-cultural, as funções que desempenha o prestígio que possui e o que os outros lhe conferem para mensurar a importância desses aspectos na eficácia da comunicação. Além disso, é importante entender o contexto cultural no qual a comunicação acontece o que inclui entre outras coisas as crenças, valores e formas de comportamento aceitáveis no grupo de indivíduos (BERLO, 2003).

Na mensagem, o código, o conteúdo e o tratamento devem ser fatores considerados determinantes da fidelidade e eficácia comunicativa. O nível de análise do debate ocorre de acordo com o objetivo que se tem ao analisar a comunicação. Assim se pode focar os elementos e a estrutura do código (que é qualquer grupo de símbolos capaz de ser estruturado de maneira a ter significado para alguém), elementos e estrutura do conteúdo (que é uma forma lógica de apresentar diversas idéias e/ou informações), e elementos e estrutura

do tratamento (que são as decisões que a fonte toma para selecionar e dispor tanto o código como o conteúdo) (BERLO, 2003).

Robbins (2004) ressalta que algumas barreiras podem dificultar ou distorcer a comunicação eficaz, como a filtragem que é o comportamento do emissor de manipular a informação para que ela seja vista de modo mais favorável pelo receptor. A percepção seletiva constitui-se como outra barreira onde o emissor ou receptor vê, escuta e interpreta a mensagem com base em suas próprias necessidades, motivações, expectativas e experiências pessoais. Já a sobrecarga de informações ocorre quando as informações e mensagens transmitidas superam a capacidade de processamento, organização do receptor. Finalmente a influência das emoções na transmissão e interpretação das mensagens, é um tipo de barreira que estados emocionais mais extremos tendem a impedir a comunicação eficaz.

Os resultados da pesquisa realizada por Braga e Silva (2007) evidenciaram que a comunicação é competente quando no processo interpessoal os comunicadores atingem seus objetivos. Isso pressupõe que eles possuem conhecimentos básicos de comunicação, têm consciência dos aspectos verbais e não-verbais das interações, reconhecem a importância da clareza e objetividade e sabem que a comunicação promove também o autoconhecimento, além de possibilitar uma vida autêntica.

Considerando os conhecimentos que caracterizam e conceituam o campo da comunicação humana apresenta-se a seguir as particularidades da comunicação no contexto das organizações.

1.3 Comunicação Organizacional

Comunicação e organização são fenômenos intrinsecamente relacionados. Qualquer forma de organização implica em coordenação de atividade humana, tarefa que só é possível mediante significativo intercâmbio de informação. Sendo assim pode-se afirmar que a maioria das ações que ocorrem em uma organização envolve alguma forma de diálogo. Por isso a comunicação organizacional se torna um objeto de estudo amplo e complexo (POSTMES, 2003).

Uma grande quantidade de variáveis se relaciona para que a comunicação aconteça. Por isso ela assume diferentes funções e papéis no contexto da organização tornando-se um objeto de estudo complexo que, para ser compreendido, exige um olhar multidisciplinar da Administração, da Sociologia, da Psicologia Organizacional, das Relações Públicas e também do Jornalismo (TORQUATO, 1986).

O campo da pesquisa em Comunicação Organizacional reflete sua complexidade, sendo freqüentemente criticado pela falta de pressupostos teóricos que sustentem e alicercem uma definição clara de seu objeto de estudo, pois muitas disciplinas se dedicam a investigá-la (POSTMES, 2003). No entanto, é preciso considerar que a Comunicação Organizacional, é uma área recente de investigação que tem seu início entre 1900 e 1940 (RUÃO, 2004).

Diferentes olhares teóricos foram e são utilizados para investigar e compreender o fenômeno da comunicação organizacional. Apresenta-se no quadro que se segue as principais abordagens, ressaltando que a proposição de novas correntes teóricas não significa a exclusão das outras e sim uma articulação das várias possibilidades de pesquisa. A divisão cronológica que aqui se faz é apenas uma proposta de sistematizar os autores estudados e tem por objetivo a compreensão didática (CURVELLO, 2002; RUÃO, 2004; SCROFERNEKER, 2006).

Corrente Teórica	Contribuições conceituais	Data
Doutrina Tradicional da Retórica	• Ênfase ao estudo do discurso público que parte de um orador para uma audiência com o objetivo de persuadir.	De 1900 à 1940
Teoria das Relações Humanas	• Preocupação em integrar trabalhadores aos objetivos organizacionais por meio da comunicação. • Integrar informando. • Período conhecido como era da informação.	Década de 50
Teorias Organizacionais e de Gestão	• O interesse é na eficácia da organização. • Busca-se entender o funcionamento da organização. • Nesse contexto as redes de comunicação são consideradas estruturas complexas.	Década de 60
Teoria da Administração	• A comunicação é vista como instrumento de apoio a gestão. • Separa-se a comunicação interna e externa. • Ênfase no estudo da comunicação interna agora também conhecida como comunicação administrativa	Década de 70
Teoria Moderna ou Empírica	• Preocupação em medir a realidade objetiva da organização para controlar o processo comunicativo. • A comunicação como ferramenta que viabiliza os objetivos organizacionais.	Década de 80
Teoria Naturalista	• A realidade organizacional era historicamente construída portanto, fruto da construção social • A comunicação é parte integrante da organização, pois é a condição necessária para sua existência • Utiliza-se aqui a metáfora do organismo vivo para compreender a comunicação e as organizações	
Teoria Crítica	• Baseada no materialismo dialético • A organização é vista sempre como uma arena de conflitos de classes. • A comunicação assume o lugar de instrumento de dominação, opressão, um mecanismo de mascaramento das realidades materiais da organização.	
Teoria Narrativa Pós Moderna	• Preocupa-se com a assimetria e a dominação no processo de comunicação organizacional. • Estuda os indivíduos marginalizados e os micro-processos de poder e resistência • Procura mostrar a parcialidade da realidade e os pontos escondidos da resistência e complexidade organizacional.	Década de 90
Teoria da Administração Baseada em Equipes	• A comunicação organizacional é multidirecional • Os líderes assumem papel de destaque porque são considerados os responsáveis por gerar grupos de trabalhos fortes e coesos.	Década de 90

Quadro 1. Principais correntes teóricas no estudo da comunicação organizacional no período de 1900 até os dias de hoje. Compilado pela autora.

Dentre as várias teorias citadas muitas se aproximam do referencial sistêmico da organização, que considera as organizações como sistemas, onde a comunicação desempenha papel central por permear toda a sua estrutura funcional integrando e interligando setores e indivíduos sobre as influências do ambiente e do contexto onde está inserida. O reconhecimento que esse referencial traz à comunicação como elemento fundamental da organização

representou um grande salto conceitual e teórico (RUÃO, 2004).

No Brasil, as pesquisas iniciais sobre comunicação dedicaram-se ao estudo desse fenômeno dentro das empresas privadas. A grande divulgação da comunicação empresarial e dos retornos positivos que seu estudo trouxe incentivou o interesse de outros segmentos da sociedade a utilizar esse conceito. Assim ampliou-se o termo de comunicação empresarial para comunicação organizacional de forma que todo tipo de organização social, fosse pública, privada ou sem fins lucrativos, pudesse se beneficiar (CURVELLO, 2002; DECKER; MICHEL, 2006).

Kunsch (1997) considera a comunicação organizacional como sendo todo o fluxo de mensagens que compõe a rede de relações na organização, resultante do conjunto das modalidades de comunicação institucional, comunicação mercadológica, comunicação interna e a comunicação administrativa, oferecendo, portanto, uma perspectiva integradora desse objeto de estudo.

Torquato (2002) afirma que a comunicação organizacional deve ser entendida e estudada como um sistema aberto que transporta idéias, conceitos, culturas, normas e ações empreendidas por uma entidade, a qual possibilita o diálogo entre a empresa e seus diversos públicos internos e externos por meio da integração entre as modalidades de comunicação: social, cultural, administrativa e dos sistemas de informação. Cada uma exercendo um conjunto definido de funções.

A comunicação social caracteriza-se por ser um processo indireto, unilateral e público que envolve as ações de comunicação em massa como jornal, mural, revistas, rádio e televisão, tanto para o público interno quanto externo. A Comunicação cultural se relaciona com o clima interno e com a cultura organizacional. A Comunicação administrativa reúne os conteúdos relativos ao cotidiano da administração por meio de formulários e documentos de circulação interna, com o objetivo de orientar, atualizar, ordenar e reordenar o fluxo das atividades funcionais, funcionando como suporte informacional-normativo da organização. Os Sistemas de informação guardam os bancos de

dados. Todas essas formas de comunicação devem funcionar de modo harmônico e integrado (TORQUATO, 2002).

Três importantes subsistemas organizacionais se mantêm integrados e em funcionamento por meio do processo de envio e recebimento de mensagens: são eles o subsistema político no qual estão inseridos os valores globais e as políticas da empresa, o subsistema econômico-industrial onde estão colocados os padrões de competição, as leis de mercado, de oferta e procura e o subsistema do clima interno das organizações (TORQUATO, 1986).

As organizações são sistemas sociais formados por um conjunto de valores, e objetivos que depende da comunicação para serem transmitidos. O bom funcionamento da instituição depende de como acontecem os processos comunicacionais. Prova disso é a grande variedade de problemas organizacionais causados pela falta ou distorção dos processos comunicacionais dentro das empresas. Por isso hoje a competência para se comunicar tornou-se parceira das competências de administrar (NASSAR, 2005).

Na perspectiva de Lewin (1948) uma das bases para a integração grupal (e aqui se considera que toda organização é um grupo) é a ausência de distâncias psicológicas e sociais, como os bloqueios, ruídos e filtros, que podem perturbar ou distorcer o processo da comunicação entre os membros do grupo. Somente estabelecendo um clima de confiança para uma comunicação aberta, é que acontecerá a coesão e a sinergia grupal, que contribui significativamente para uma crescente produtividade e criatividade organizacional (MAILHIOT, 1977).

A comunicação organizacional tem a missão de reforçar, divulgar e disseminar a cultura ou identidade organizacional. Ela é responsável por harmonizar os interesses e objetivos dos funcionários aos objetivos da organização, por impulsionar as transformações desejadas e estabelecer todo o fluxo de mensagens que compõem a rede de relações da organização. Além disso, também é papel da comunicação integrar todas as partes da organização e coordenar o trabalho coletivo (BALDISSERA, 2000; FLORY, 2000; LIMA,

2003; STIVAL, 2004).

A cultura organizacional é um dos fatores que determinam a forma, o veículo, os conteúdos e os fluxos da comunicação praticada na organização. Assim a comunicação interna é um reflexo da cultura, e ambas se influenciam mutuamente (BALDISSERA, 2000; MORAES; GONÇAVES, 2003).

Estudo de Heringer (2003) afirma que a comunicação impulsiona as organizações gerando forças indispensáveis à sua dinâmica, contribuindo para criar, reforçar ou modificar comportamentos que atuem no alcance dos objetivos organizacionais.

Robbins (2004) considera que a comunicação dentro de um grupo ou organização pode desempenhar quatro funções básicas: controle, motivação, expressão emocional e informação. Controla e altera o comportamento das pessoas para que elas sigam as normas e orientações formais da hierarquia. Estimula a motivação porque torna claro para o trabalhador o que deve ser feito e fornece a ele feedback de seu desempenho. Considera-se que todo grupo de trabalho é uma fonte de interação social, assim nesse contexto a comunicação pode ser utilizada para expressão de sentimentos e emoções. Há também o caráter informativo da transmissão de mensagens, função que relaciona-se ao processo de tomada de decisões.

A comunicação na empresa se processa por meio de duas ordens distintas que se influenciam: a comunicação pessoal – que reúne os comportamentos comunicativos dos indivíduos, sobre a influência de suas personalidades; e a comunicação estrutural – ligada à necessidade e exigência da estrutura operacional da empresa (TORQUATO, 1986).

O processo de comunicação organizacional pode ser analisado de diferentes níveis (THAYER, 1976; TORQUATO, 1986, 2002). O primeiro nível é o intrapessoal, fenômeno básico de toda comunicação humana, que diz respeito ao processo interno do indivíduo de organizar as mensagens que recebe ou emite e de operar a comunicação internamente, sob a influência das suas condições pessoais, físicas e psicológicas.

O segundo é o nível interpessoal que trata da comunicação entre duas ou mais pessoas na intenção de estabelecer, manter, explorar ou alterar o relacionamento-situacional que ocorre entre eles, chamada de comunicação direta, bilateral, recíproca e privada (THAYER, 1976; TORQUATO, 1986, 2002). Para que ela seja eficiente é necessário mais do que o emprego correto da língua comum. Há que se identificar e reconhecer, simultaneamente, as diferenças no modo de pensar e agir dos funcionários. A comunicação inclui fatores pessoais como necessidades, expectativas e fatores situacionais como tecnologia, condições de trabalho e sistema de recompensas (CONTINI; CAMARA, 2002).

Na concepção de Thayer (1976) o terceiro nível é o organizacional que se caracteriza pela tentativa de estruturar o transporte de dados entre as partes que operam e tomam decisões na organização, interligando e integrando seis vários setores. Esse nível foi dividido por Torquato (2002) em dois outros: o nível grupal que envolve dois ou mais setores, em reuniões ou palestras, e o nível coletivo o qual abarca as comunicações feitas a públicos específicos ou gerais por meio de boletins, jornais, memorandos, intranet e afins.

Ressalta-se aqui a coexistência do nível intra e interpessoal em todos os momentos da comunicação organizacional, pois mesmo que dois setores ou diretorias interajam entre si enquanto unidades organizacionais distintas, os emissores e receptores das mensagens serão sempre indivíduos, sobre influência de suas personalidades e habilidades pessoais de recepção, transmissão, interpretação e repasse de informações. O relacionamento interpessoal, o grau de liberdade de expressão dos funcionários e ainda a estrutura hierárquica adotada por uma organização define a forma de transmissão e recepção das mensagens organizacionais (HERINGER, 2003).

A comunicação deve ser entendida, como sendo alicerce que dá forma à organização, fazendo-a ser aquilo que ela é. Porém, não significa que a comunicação seja autônoma, ela será sempre correspondente à forma de ser daquilo que a engendra, neste caso, a empresa ou instituição (CARDOSO, 2006).

Os caminhos obrigatórios pelos quais transitam as mensagens dentro da organização chamam-se fluxos de informação. Esses caminhos se aproximam do organograma e são influenciados tanto pela tecnologia utilizada pela estrutura organizacional quanto pela forma como se estabelecem as relações de poder na organização (LIMA, 2003).

A direção do fluxo de comunicação pode seguir o padrão de autoridade das posições hierárquicas (comunicação descendente), pode movimentar-se entre iguais ou pares no mesmo nível organizacional (comunicação horizontal) ou pode transpor a escada hierárquica (comunicação ascendente) (KATZ; KAHN, 1973; TORQUATO, 1986; HERINGER, 2003; PEREIRA, 2004; ROBBINS, 2004; KRUMM, 2005).

A comunicação descendente transmite informações da cúpula para a base, seu conteúdo trata dos objetivos, política, diretrizes, normas, procedimentos e princípios orientadores do funcionamento da organização (TORQUATO, 1986). São basicamente de cinco tipos: diretivas e específicas de tarefa, com o objetivo de assegurar que cada funcionário tenha um desempenho criterioso do seu papel. Informação destinada a produzir no trabalhador compreensão plena sobre a sua tarefa e como ela se relaciona com outras tarefas organizacionais. Informação sobre procedimentos e práticas organizacionais. Feedback para o subordinado sobre seu desempenho e informação de caráter ideológico para inculcar um senso de missão, ou seja, doutrinação sobre as metas organizacionais (KATZ; KAHN, 1973).

Manter os funcionários informados sobre seu papel pode trazer duplo benefício, pois o indivíduo que compreende o processo de trabalho em que está inserido e sabe as razões pelas quais desempenha sua função exercerá seu papel profissional de modo mais efetivo. Além disso, quando o funcionário está consciente do espaço que ocupa dentro da organização em que está inserido pode se identificar e se envolver mais fortemente com as metas, estratégias e objetivos da organização (KATZ; KAHN, 1973; TORQUATO, 1986, 2002; OLIVEIRA, 2004).

O modelo clássico de administração e a concepção burocrática dão

grande ênfase à comunicação descendente (da cúpula a base), para estabelecer regras, rotinas e regulamentos determinando assim o comportamento de cada nível hierárquico. Nas organizações mais modernas a busca por uma participação mais ativa dos trabalhadores incentiva as comunicações ascendentes e a torna uma ferramenta de rotina (PEREIRA, 2004).

A comunicação ascendente representa o processo de transmissão de informações da base aos escalões superiores, por meio de relatórios administrativos, programas de sugestões, reuniões, reclamações e idéias. Ela assume muitas formas, contudo destacam-se basicamente quatro possibilidades relacionadas ao que o funcionário diz: (1) sobre si mesmo, seu desempenho e seus problemas; (2) o que o funcionário diz sobre os outros e seus problemas; (3) sobre as práticas e diretrizes, organizacionais; (4) sobre o que e como precisa fazer suas tarefas (KATZ; KAHN, 1973; TORQUATO, 1986, 2002; KUNSCH, 2003).

Grande parte da comunicação descendente e ascendente formal acontece por meio dos canais escritos, através de relatórios, memorando e reuniões, no âmbito da comunicação administrativa que é o eixo principal do trabalho rotineiro das organizações. Por ser componente de grande complexidade no sistema comunicacional ela se torna uma das maiores fontes de problemas e ruídos. O quadro 2 (página 37) mostra as principais falhas e distorções no sistema de comunicação administrativo sistematizadas por Torquato (2002).

Em alguns momentos, a comunicação ascendente é utilizada para finalidades de controle e não de cooperação e democratização. Além disso, pode haver pouca espontaneidade e expressão plena nesse tipo de comunicação porque muitas vezes os subordinados comunicam aos superiores o que eles desejam ouvir ou aquilo que querem que ele ouça. Na tentativa de sanar esse tipo problema muitos executivos de alto nível utilizam a política de “portas-abertas” para ampliar o tamanho do circuito comunicacional e assim alcançar todos os níveis da organização, conduta que incentiva uma auto-

imagem compreensiva e democrática das lideranças (KATZ; KAHN, 1973).

Falhas e distorções	Descrição de como as falhas e distorções acontecem
Indefinição clara de responsabilidade	Dificuldade de transparência e clareza sobre o tipo, qualidade e responsabilidades das áreas envolvidas no processo das comunicações.
Falta de conhecimento pleno do negócio	Funcionários não possuem pleno conhecimento do negócio da organização
Dissonâncias normativas	Falta de clareza das normas e instruções a serem transmitidas, dificultando a compreensão e a interpretação das mensagens
Excesso de informação	Quantidade excessiva de instruções, memorandos e normas que deixam de ser consumidas. Repetição de assuntos.
Defasagem tecnológica da comunicação	Quando a base de comunicação está ancorada em meios impressos incompatíveis com as necessidades físicas e tecnológicas da organização.
Planejamento inadequado do consumo informativo	Algumas áreas recebem quantidade exagerada de informação enquanto outras recebem uma cobertura insuficiente.
Maior segmentação	Dificuldade de pensar o que deve ser veiculado por boletim, ou jornal, memorando, intranet entre outros.
Ausência de tempestividade	Demora na transmissão, as informações não chegam no momento adequado.
Má administração do tempo	Parte da comunicação se perde pela falta de planejamento no tempo da leitura.
Inadequação de canais	Canais inadequados, muito técnicos, de baixa visibilidade, de difícil acesso ou excessivamente formais.
Desvios na direção dos canais	Alguns canais direcionam a mensagem de forma difusa e indistinta, atingindo assim públicos equivocados.
Inadequação de linguagem	Excesso de tecnicismo, formalismo, rebuscamento, expressões desconhecidas, ausência de objetividade e clareza.
Sistema de distribuição inadequada	Pontos diferentes de distribuição simultânea de mensagens geram desorganização no sistema, confundem os leitores e resultam em informações repetitivas ou conflitantes.

Quadro 2. Principais falhas e distorções no sistema de comunicação administrativo (TORQUATO, 2002).

A comunicação horizontal, também conhecida como lateral, diz respeito ao fluxo de troca de informações entre escritórios, funcionários e departamentos do mesmo nível hierárquico. Ela permite a resolução de conflitos, a negociação de recursos, incentiva o trabalho conjunto, além de ser responsável pela

coordenação e combinação das diversas unidades de uma empresa. Funciona como uma ferramenta importante para sistematização e uniformização de idéias e informações. É estratégica no que se refere à implantação de novos programas e integração de propósitos para alcançar metas específicas (TORQUATO, 1986, 2002; PEREIRA, 2004; ROBBINS, 2004; KRUMM, 2005).

A comunicação lateral pode ser um indicativo de controle nas organizações, quanto mais hierárquico e autoritário for o sistema organizacional, tanto mais a informação será propriedade de grupos selecionados e tanto mais ela poderá ser utilizada para punir os níveis mais baixos. A necessidade de informação de superiores e subordinados é quase sempre assimétrica. O que um grupo deseja saber não é o que outro deseja dizer e vice-versa.

Deste modo quanto maior é o conflito entre as necessidades de comunicação entre emissor e receptor situados em posições hierárquicas distintas, maior será a ocorrência de comunicação lateral, e maior será a complementaridade de informação entre os pares. O intercâmbio horizontal pode funcionar como uma compensação para frustração na comunicação ascendente e descendente (KATZ; KAHN, 1973).

A efetiva integração entre os fluxos horizontal e vertical constituem as principais fontes de manutenção do sistema organizacional, destacando-se que no nível interpessoal as relações são eminentemente horizontais e no nível estrutural as relações são eminentemente verticais (TORQUATO, 1986).

O fluxo diagonal é caracterizado pela troca de mensagens entre o superior de uma área e o subordinado de outra. Esse tipo de comunicação é comum em organizações mais abertas, menos burocráticas que enfatizam os programas interdepartamentais, no entanto pode trazer conflitos no que se refere à quebra da hierarquia entre os setores (TORQUATO, 2002; KUNSCH, 2003)

Nem sempre as informações seguem os fluxos que deveriam e assim surgem organogramas paralelos ou informais, resultantes de ruídos e desvios. A compreensão da dinâmica das redes de comunicação de uma empresa é

fundamental para se construir um bom diagnóstico organizacional, pois através desse tipo de investigação é possível identificar e estabelecer a estrutura da empresa, suas relações de poder e liderança, analisar conflitos latentes, desvios do propósito da organização e ainda compreender aspectos como motivação, satisfação dos funcionários e cultura organizacional. Assim, essa análise se torna uma importante ferramenta para os gestores organizacionais (HERINGER, 2003; PEREIRA, 2004).

O conjunto de canais que ligam indivíduos, departamentos e setores recebem o nome de rede de comunicação. Duas grandes redes permeiam o sistema organizacional, sendo a rede formal da qual fazem parte instrumentos oficiais, legitimados pela estrutura burocrática tais como relatórios, ofícios, memorandos, jornais, intranet entre outros. A rede informal é composta por todas as manifestações espontâneas da coletividade, como os boatos, a “rádio corredor”, fenômenos que representam os interesses, expectativas, frustrações e emoções do público interno (TORQUATO, 1986).

A “rádio corredor” é uma rede informal, complexa e muito eficiente por onde circulam os mais variados assuntos, notícias e rumores de interesse dos funcionários. Seu funcionamento é criterioso, pois os dados que nela transitam são selecionados e passados a quem de direito, normalmente trata de assuntos comuns aos da rede formal de comunicação e muitas vezes serve de ferramenta para esclarecimento de informações contraditórias e ambíguas, o que gera rumores e especulações (PIMENTA, 2002) .

A comunicação informal pode ser também aliada na resolução de problemas pontuais. O contato entre pessoas do mesmo setor possibilita a criação de vínculos informais que permitem acesso mais rápido às informações necessárias. Muitas vezes, essa rede funciona terapeuticamente como depositária das queixas e lamúrias dos funcionários sobre as chefias, os colegas e sobre a própria organização (BALDISSERA, 2000). As vantagens desse tipo de comunicação se encontram na melhora do desempenho de tarefas, num nível mais pessoal de convivência baseado no apoio social, nos laços de amizade ou em relações de aconselhamento (MARINHO, 2004).

Os dados da pesquisa realizada por Mota e Fossá (2006) em uma empresa familiar, relacionando a natureza do comprometimento organizacional com a política de comunicação organizacional, evidenciaram que conversas e reuniões informais se apresentam como importante suplemento à comunicação formal, principalmente, no que diz respeito aos assuntos de política de gestão da qualidade, produtividade e de atendimento da fábrica. No contexto organizacional investigado o modelo de comunicação não-hierarquizado e ascendente favoreceu a participação dos funcionários na gestão e incentivou a formação de vínculo afetivo com a organização.

Pesquisa realizada com 164 empresas nacionais com o objetivo de mapear os avanços na área da comunicação interna investigou entre outras coisas os investimentos financeiros nessa área, a estrutura das equipes, a formação dos gestores que coordenam os processos comunicacionais bem como os meios de comunicação mais utilizados (NASSAR; FIGUEIREDO, 2007).

Uma análise dos resultados desse estudo e de outros que tratam do assunto permitiu a organização do quadro 3 (página 41) onde se destaca as principais limitações de cada veículo.

Os processos de comunicação contribuem para desenvolver formas de inter-relação mais participativas e mais comprometidas, dando maior flexibilidade às organizações, facilitando sua interação social de modo responsável para conjugar seus interesses com as condições culturais, econômicas e políticas nas quais se movem (CARDOSO, 2006).

A comunicação tem como finalidade assegurar fluxos regulares de informação, elaborar uma política de proteção ao ambiente social que possibilite antecipar disfunções organizacionais, criar um clima dinâmico para a pluralidade de opiniões na tentativa de manter o equilíbrio organizacional sistêmico entre a organização e seus públicos (TORQUATO, 1986; STIVAL, 2004).

Canal	Apelo	Problemas mais freqüentes
Jornal	Texto	Temas são descendentes, a linguagem é fria e imprópria, o visual é inadequado
Revista	Gráfico	
Jornal Mural	Visual	Pouco atraentes, o acesso é precário e não são interativos
Memorandos, boletins comunicados	Informação exclusiva	Muito normativo, pouco envolvente e explicativo, muitas vezes são incompletos.
Folhetos	Texto e visual	
Reuniões e encontros grupais	Cara-a-cara	Cansativas e longas, falta de clareza e de objetivos
Caixa de sugestão Portas abertas Ouvidorias	Resposta	Receio do poder coercitivo, incredibilidade, feedback fraco, pressão do grupo de referência
Intranet	Áudio, vídeo e links	Linguagem fria e imprópria, excesso de textos, pouco atraentes, não atualizadas e não interativas
E-mail	Informação exclusiva	Excesso de mensagens, linguagem pouco clara e fria, informalidade excessiva e dispersão rápida.
Blogs	Transparência	
TV / Rádio	Áudio e vídeo	Pouco envolvente, linguagem fria e não clara
Conversas individuais	Credibilidade	Poder normativo e coercitivo são maiores que o poder expressivo, pouca empatia

Quadro 3. Principais canais utilizados na comunicação organizacional e problemas mais freqüentes. Fonte: (TORQUATO, 1986; KUNSCH, 1997; PIMENTA, 2002; TORQUATO, 2002; KUNSCH, 2003; NASSAR; FIGUEIREDO, 2007; LORENZETTI, 2008)

Berlo (2003) afirma que o objetivo essencial da comunicação é alterar ou influenciar comportamento, assim dentre os vários poderes que legitimam a organização, a comunicação certamente é um deles, pois ao transferir idéias e informações, ela é capaz de gerar influências, legitimar o poder normativo e coercitivo da empresa, modificar e adaptar o comportamento das pessoas às normas e regras para o alcance das metas organizacionais. Além disso, indivíduos bem informados acerca do ambiente de trabalho tendem a ter maior prazer e satisfação profissional, maior sentimento de participação, pertença e a consciência de dever mais desenvolvida (TORQUATO, 1986).

Quando uma organização se compromete com uma perspectiva comunicacional estratégica, ela reconhece novas maneiras de ver o trabalho, suas relações internas e os diversos processos de interação com seus variados públicos. Entender a organização como um ambiente comunicacional implica reconhecê-la nas múltiplas formas que tem de se apresentar aos seus diferentes públicos; implica, portanto, reconhecê-la como construtora de sentidos e de formas de ser que configuram a sociedade (CARDOSO, 2006).

Assim como as ações humanas demandam novos rumos de gestão que superem os modelos lineares, verticais e impositivos e alcancem novas formas de ação administrativa que valorizem o trabalho em equipe, as relações empresariais também demandam propostas inovadoras para as atividades de serviço, de mercado e de marketing com especial atenção para as questões culturais, éticas e sociais que envolvem as ações organizacionais (CARDOSO, 2006).

Muitas organizações, ao reconhecerem a importância da comunicação e a necessidade de torná-la estratégica, estão buscando alternativas de aperfeiçoá-la. As ações mais utilizadas são capacitações orientadas para o desenvolvimento de lideranças, para o incentivo ao trabalho em equipe e especificamente para as habilidades comunicacionais, de negociação e tomada de decisão (LIMA, 2003).

Considerando a relevância de se compreender o processo da comunicação organizacional dentro das organizações públicas hospitalares apresenta-se a seguir sessão específica para esse assunto.

1.4 A comunicação nas organizações públicas hospitalares

O hospital enquanto organização é norteado por uma administração cuja cultura é fortemente influenciada por políticas sociais e de saúde (CAMPOS; MELO, 2002). A atividade dessas organizações é influenciada por um conjunto

de condicionantes internos e externos que são de três ordens: ambientais, estruturais e funcionais.

Os ambientais referem-se à influência da política do estado para área da saúde e a política de marketing necessária aos hospitais. Os estruturais dizem respeito à complexidade das atividades do hospital, seu modelo de direção e os critérios de avaliação pelos quais se aprecia o hospital (corpo clínico, comportamento interpessoal dos profissionais, necessidade de treinamento e capacitação, arquitetura do hospital, o uso da tecnologia e de equipamentos e o atendimento à demanda dos pacientes). Os condicionantes funcionais relacionam-se ao modelo administrativo e padrão de gestão, para as áreas financeira, física e de recursos humanos (LIMA-GONÇALVES, 2002).

No caso dos hospitais públicos, esses ainda devem se organizar no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que permanece aguardando sua regionalização e hierarquização formalizada, vivenciando problemas financeiros permanentes, lutando por uma proposta de descentralização na tentativa de administrar os convênios com as prefeituras e estados para o repasse de verbas federais (LIMA-GONÇALVES, 2002).

As fragilidades da política do SUS refletem na vida dos hospitais públicos dificultando a gestão e o equilíbrio financeiro dos mesmos. Os baixos valores com que o SUS remunera os atendimentos hospitalares levam as instituições de saúde a descredenciarem-se do sistema e ainda a abrirem as portas aos convênios particulares. Ambas as situações geram desconforto junto à população, que se baseia na crença de que o atendimento na rede conveniada representa diminuição no atendimento dos pacientes SUS. No entanto é sabido que a renda gerada com o atendimento ao público conveniado tem possibilitado aos hospitais uma complementação orçamentária além de indiretamente oferecer melhores condições de serviço aos pacientes do SUS (LIMA-GONÇALVES, 2002).

O hospital é hoje uma das mais complexas organizações de saúde devido à extensa rede de atividades e serviços que presta e desenvolve, pois integra serviços de hotelaria, mantém centros cirúrgicos, clínicas e ambulatórios

variados, para citar apenas alguns exemplos.

Assim, administrá-lo de modo eficiente é um desafio que envolve, além de noções modernas de gestão, um planejamento de estratégias de comunicação organizacional que permita a implantação eficiente de ações, bem como a disseminação da missão, objetivos e filosofia a serem assumidos por todos os funcionários.

É ainda espaço de múltiplas finalidades, tais como a assistência ao paciente, o ensino e a pesquisa. Além de empregar um número grande de profissionais especializados, possui uma divisão de trabalho fortemente acentuada, o que exige habilidades diversificadas para coordenação e gestão de suas atividades (NASSAR, 2005).

A direção dos hospitais, na maior parte das vezes, está centrada em uma única pessoa, o diretor geral ou superintendente, que se subordina a um conselho administrativo (LIMA-GONÇALVES, 2002). O corpo clínico do hospital, apesar de estar subordinado ao diretor e/ou administrador, tem grande autonomia no seu trabalho e autoridade profissional sobre outros grupos. Embora, esse processo sofra variações entre os hospitais, a falta de uma mesma linha de comando interfere nos problemas administrativos e operacionais da organização.

O hospital tem quatro grandes centros de poder, a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, entre os quais se destaca a enfermagem. No hospital a autoridade não emana de uma única linha de poder, não flui ao longo de uma única linha de comando como em muitas organizações formais (GONÇALVES, 1983, 1998; NASSAR, 2004, 2005).

A organização formal do hospital mostra que a direção superior tem toda a autoridade e a responsabilidade pela instituição, contudo a diretoria delega ao administrador a gerência do dia-a-dia do hospital, o qual delega às chefias dos serviços sua autoridade de comando (GONÇALVES, 1983).

Externamente, o hospital se relaciona com os pacientes, consumidores, clientes, compradores ou receptores de bens ou serviços. Internamente o ambiente hospitalar deve administrar as interações do cliente com o pessoal da

admissão, profissionais da assistência (médicos, enfermeiras, nutricionistas, dentre outros), pessoal da área administrativa e demais profissionais. Assim, para se compreender a rede de interrelações no contexto organizacional hospitalar é necessário lançar mão da visão sistêmica a qual afirma que o hospital deve ser visto como um sistema aberto complexo por depender de relações externas e internas (CUNHA; SILVA, 2005).

Nas organizações públicas existe uma certa “estabilidade no emprego” em decorrência da garantia de que não se pode ser demitido, há ainda o fato de as leis de mercado não se aplicaram com tanta veemência ao processo de gestão público tornando mais difíceis as mudanças na cultura organizacional nesse contexto.

Para que os fins terapêuticos e assistenciais do hospital sejam atingidos, exige-se disponibilidade e capacidade de recursos físicos e humanos em consonância com uma rede de poder (hierarquia) e comunicação, por meio da qual são geradas e transmitidas decisões que monitoram as experiências do paciente em qualquer um dos estágios de atendimento. Tornam-se imprescindíveis os esforços na sistematização das informações e conseqüentemente, na comunicação dessas informações no âmbito da organização hospitalar e em sua rede (CUNHA; SILVA, 2005; WELCH, 2006).

Atualmente o hospital funciona como centro do “sistema de saúde”, um “buraco negro” que atrai uma grande demanda “distorcida”, que acaba sobrecarregando todos os seus serviços. O que contradiz todo o discurso racionalizador que pensa o “sistema” como uma pirâmide de serviços hierarquizados, com fluxos racionais de pessoas por níveis crescentes de complexidade conforme suas necessidades, na qual caberia um papel bem definido para o hospital (CECILIO, 2000a).

Para garantir que a assistência humanizada se realize há que se empreender uma mudança profunda na cultura organizacional do hospital para que ela deixe de ser hegemonicamente calcada em uma ordem médico-profissional. Torna-se fundamental um projeto de gestão que se proponha a democratizar as estruturas de poder, que fortaleça a comunicação, desenvolva

formas de avaliação e se comprometa com a prestação de contas (DESLANDES, 2004).

A divisão do processo de trabalho no hospital, em virtude das assimétricas “cotas” de poder associadas aos distintos saberes, nos vários lugares institucionais e na lógica instrumental e estratégica dificulta a construção dos espaços de “fazer” em equipe (CECILIO, 2000a; AZEVEDO, 2002).

Uma organização hospitalar pode ser compreendida como uma instituição de médio ou grande porte que presta serviços de assistência à saúde, envolvendo diversos profissionais da área da saúde, além dos gestores, clientes e equipes de serviços gerais, formando assim uma grande rede de relacionamento. Quanto mais complexa é a rede de relacionamentos da organização maior será a possibilidade de falhas no processo de comunicação e conseqüentemente de erro na prática do profissional de saúde (CONCEIÇÃO et al., 2006).

A qualidade do processo de comunicação organizacional é influenciada por aspectos que envolvem várias dimensões, como a disposição da direção em divulgar e compartilhar as informações, a autenticidade e a credibilidade das mensagens transmitidas. O respeito às diferenças individuais, um modelo de gestão participativa, a utilização de novas tecnologias bem como gerentes competentes e especializados que desejam uma comunicação simétrica de mão dupla, gera benefício mútuo para organização e seus colaboradores (KUNSCH, 1997).

Numa organização hospitalar, quanto mais rapidamente circular a informação baseada nos critérios de transparência e verdade, menor será a possibilidade de falhas e ruídos na comunicação. No contexto hospitalar essa ferramenta comunicacional pode servir como estratégia de aproximação entre empresa e funcionário que busca e utiliza a informação em seu favor.

A criação de comitês ou grupos de discussão formados por funcionários é outro modo de a comunicação trazer resultados positivos, pois incentiva a busca pela informação, oferecimento de sugestões, possibilidade de

reivindicações e reforça a circulação simétrica da informação. Como é o caso dos grupos de estudo de caso, prática existente a muito nos hospitais (CRUZ, 2005).

Mais do que canais e instrumentos como caixa de sugestões, murais e jornais internos, as organizações precisam ter coragem para democratização da informação, para isso a comunicação organizacional deve deixar de ser demasiadamente burocrática, funcionando de forma horizontalizada (CRUZ, 2005).

Para que a gestão hospitalar atinja parâmetros administrativos e produtivos mais abertos a organização deve centrar suas políticas de gestão de modo a reconhecer nas pessoas, na informação, no conhecimento e na comunicação componentes fundamentais para a consolidação de uma dinâmica organizacional respaldada pelos valores de cooperação, solidariedade, confiança e ética. Nessa perspectiva, o campo da comunicação adquire papel fundamental na organização de ações que conjugam o ato produtivo, o processo de gestão e as demandas dos seus diversos grupos de atores sociais.

Estudo realizado por Bernardes *et al.* (2007) aponta como caminho para a modernização da gestão hospitalar o modelo alternativo da co-gestão pautado em uma perspectiva mais dialógica e comunicativa, formalmente expresso em arranjos organizacionais colegiados e descentralizados, com ênfase na busca da participação e democratização da gestão, apoiada em torno da construção de um projeto de qualificação da assistência.

Em linhas gerais o modelo da co-gestão caracteriza-se pela adoção de um organograma horizontalizado, organizado em torno de unidades de produção ou de cuidado. Nessa proposta de gestão a coordenação das unidades de cuidado é unificada e pode ser realizada por qualquer profissional de nível universitário (GONÇALVES, 1983, 1998).

Há grande ênfase na comunicação lateral entre os coordenadores das unidades, razão pela qual se constitui um colegiado de gestão que garanta a participação de todos nos processos decisórios. Grupos de apoio à gestão são criados em cada unidade de cuidado e/ou produção. Prioriza-se a prática do

planejamento ascendente, a adoção de uma política de gratificação por avaliação de desempenho e adoção de dispositivos de qualificação da assistência (CECILIO, 2000a).

Infelizmente a estrutura burocrática ainda hoje domina o espaço organizacional público e se coloca como uma das maiores barreiras ao livre fluxo das idéias e opiniões dentro das organizações, pois impõem canais e interlocutores definidos previamente pela hierarquia funcional. Um modelo autoritário de gestão também pode comprometer a comunicação organizacional. Líderes que não estimulam a participação dos funcionários, e assumem um lugar de controle e de detentores do conhecimento e informação, muitas vezes contendo e reprimindo idéias contrárias as suas, oferecendo censura ao processo de comunicação (CURVELLO, 2002).

A formatação organizacional do estado estabelecida pela constituição de 1988 tornou o modelo de gestão de todas as organizações públicas burocrático e normativo com a intenção de minimizar a possibilidade do mau uso dos recursos públicos com a finalidade de patronagem (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000).

Ocorre que nos dias de hoje, há uma cristalização do modelo burocrático acarretando em enrijecimento das organizações públicas pela permanência do foco no desempenho em meios e processos. Dentro dessa perspectiva as organizações públicas hospitalares passaram a ter pouca autonomia para: gerir suas forças de trabalho e suas finanças de um modo geral bem como comprar bens de serviços (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000).

O modelo de gestão e administração “tradicional” existente nas organizações hospitalares funciona muitas vezes como um fator restritivo ao processo de comunicação organizacional. Um modelo marcado por comandos verticais dos vários corpos profissionais, pela ausência de espaços organizacionais formais para o encontro da equipe e por um sistema de direção de “baixa responsabilidade”.

Há ainda a ausência de mecanismos institucionais de avaliação, intensos bloqueios de comunicação entre área administrativa e assistencial, excessivo

formalismo nas comunicações entre os vários “níveis” do hospital, um modelo de “chefia” que predomina sobre a concepção de “gerência”.

O autoritarismo e a impessoalidade comparecem tanto nas relações entre os níveis hierárquicos da organização, quanto no trato com os pacientes e seus familiares. Soma-se a todos esses pontos o isolamento da direção superior, o que acaba gerando uma dificuldade generalizada de comunicação dentro do hospital (CECILIO, 2000a).

O Plano Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2001) afirma que além das tecnologias e os dispositivos organizacionais, a qualidade e a eficácia da assistência em saúde, é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento. Um hospital, com uma boa direção e uma boa equipe, funciona bem, no entanto, pode conseguir melhores resultados se houver compromisso das lideranças, qualidade na gestão, competência e criatividade da equipe. Para alcançar a qualidade no atendimento, é necessário, portanto cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço.

Diante dessas preocupações o PNH (BRASIL, 2001) se propôs a difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado e ainda modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas

instituições junto à comunidade.

Deslandes (2004) ao analisar o discurso sobre humanização da assistência, a partir dos textos oficiais do Ministério da Saúde, ressalta que a maior parte dos objetivos, demandas e problemas os quais o Programa Nacional de Humanização (PNH) se propõe a solucionar estão relacionados à deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais, usuários e gestores, o que repercute de forma negativa no cuidado prestado.

Segundo a autora o desrespeito à palavra, a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo são responsáveis por uma conduta assistencial violenta, que compromete a qualidade do atendimento e mantém o profissional de saúde refém de condições inadequadas de trabalho que freqüentemente geram desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Assim, a proposta de humanização do PNH se relaciona à ampliação dos processos comunicacionais na e da organização hospitalar (DESLANDES, 2004).

Para que a comunicação nas organizações públicas hospitalares deixe de ser instrumental e atinja um lugar estratégico, deve-se estimular à participação de todos os níveis organizacionais nos processos de tomada de decisões de forma a democratizar e humanizar os relacionamentos (CRUZ, 2005). Torquato (1986) ainda acrescenta a esse movimento a importância de congregar interesses promovendo, internamente, sinergia, integração entre as unidades além de incentivar entre os funcionários comportamentos e atividades favoráveis à organização

A comunicação estratégica permite compatibilizar os interesses dos colaboradores e da organização mediante o estímulo ao diálogo e à troca de informações e experiências entre as equipes de trabalho bem como entre as várias categorias de profissionais da saúde (KUNSCH, 1997; SABBATINI, 2007). Esse processo pode contribuir para que o clima organizacional seja positivo baseando-se nos princípios de transparência, ética, responsabilidade social, humanização na prestação do serviço, qualidade no atendimento e no

pós-atendimento ao paciente, credibilidade, e utilização adequada das ferramentas para divulgação dos serviços (NASSAR, 2005).

Segundo Oliveira (2003) para tornar estratégica a comunicação organizacional no contexto das organizações hospitalares há que se compreender o campo da comunicação como gerenciador de relacionamentos, buscando metodologias que possibilitem incrementar o compartilhamento de informação. Além disso, a comunicação deve estar aliada à estrutura do poder decisório e com as lideranças para debater os problemas que surgem com os grupos envolvidos (WELCH, 2006).

Outro ponto levantado pela autora é necessidade de implantar na organização mecanismos e métodos que possibilitem o monitoramento dos processos comunicacionais como as pesquisas qualitativas de avaliação das lideranças, realização de seminários para diagnóstico, pesquisa de clima organizacional, pesquisa de satisfação com os clientes internos e externos e também a criação de espaços para sugestões e discussões (OLIVEIRA, 2003).

Assim a dimensão estratégica acontece quando os espaços de mediação, negociação, interação e diálogo se tornam abertos, deixando o caráter instrumental e mecânico da comunicação.

Para se desenvolver um processo de comunicação organizacional eficaz e eficiente é necessário considerar todas as especificidades que marcam as organizações públicas hospitalares. Deve haver um planejamento conjunto, multidirecional para que a comunicação seja organizada, vinculada aos objetivos organizacionais e orientada aos fluxos ascendente, descendente e horizontal. O sistema de informação deve estar adaptado às necessidades específicas de cada setor levando sempre em conta a cultura do meio (RIVERA, 1996; SABBATINI, 2007).

É necessário que se leve em conta o organograma formal da organização hospitalar, o instituído, o declarado como “legítimo”, para se compreender as linhas de autoridade que podem ser acionadas quando necessário tanto pela direção superior quanto pelos inúmeros trabalhadores que acionam direitos estatutariamente definidos para perceber, identificar,

mobilizar, as reais relações de poder, as “áreas de bastidores”, tentando construir “espaços públicos de transparência” (CECILIO, 2000a).

- Reflexo das fragilidades da política do SUS na gestão e o equilíbrio financeiro dos hospitais públicos;
- Complexidade das organizações de saúde devido à extensa rede de atividades e serviços que prestam e desenvolvem;
- Emprego de um número grande de profissionais especializados;
- Divisão de trabalho fortemente acentuada;
- Falta de uma mesma linha de comando pela existência de quatro grandes centros de poder, que são a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais da saúde;
- Isolamento da direção superior;
- Estrutura funcional de fortemente hierarquizadas e verticalizadas;
- Multiplicidade de vínculos empregatícios e aumento da jornada de trabalho dos servidores públicos de saúde;
- Departamentalização vista na tendência de cada setor ou unidade funcionar como se tivesse um conjunto de deveres e responsabilidades estanques e limitadas;
- Falta de padronização da comunicação;
- Ausência de mecanismos institucionais de avaliação;
- Intensos bloqueios de comunicação entre área administrativa e assistencial;
- Excessivo formalismo nas comunicações entre os vários “níveis” do hospital;
- Predomínio do modelo de “chefia” sobre a concepção de “gerência”;
- Autoritarismo e a impessoalidade tanto nas relações entre os níveis hierárquicos da organização, quanto no trato com os pacientes e seus familiares;

Quadro 4. Fatores restritivos do processo comunicacional nas organizações públicas hospitalares. Fonte: (GONÇALVES, 1983, 1987; RIVERA, 1996; GONÇALVES, 1998; CECILIO, 2000b, a; COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000; AZEVEDO, 2002; CAMPOS; MELO, 2002; GONÇALVES, 2002; NASSAR, 2004; CRUZ, 2005; CUNHA; SILVA, 2005; NASSAR, 2005; CONCEIÇÃO et al., 2006; NASSAR, 2006; WELCH, 2006; BERNARDES et al., 2007; SABBATINI, 2007).

- Novas tecnologias;
- Sistematização das informações em esquema de rede integrado;
- Olhar processual e sistêmico para entender a comunicação e a organização;
- Compreensão das redes formais e informais de comunicação;
- Utilização da rádio corredor como aliada e não como concorrente do processo comunicacional formal;
- Transmissão da comunicação para os diversos fluxos da comunicação;
- Horizontalização da comunicação;
- Democratização das informações e incluir todos os níveis hierárquicos e categorias profissionais da saúde nos processos decisórios;
- Sistema de gestão compartilhado, participativo e democrático;
- Criação de comitês ou grupos de discussão e trabalho composto pelos funcionários;
- Funcionários informados sobre suas atividades e sobre a importância de seu trabalho;
- Rapidez na transmissão e circulação das informações;
- Política das “portas abertas”;
- Disposição da direção em divulgar e compartilhar as informações;
- Autenticidade e a credibilidade das mensagens transmitidas;
- Gerentes competentes e especializados que desejem uma comunicação simétrica de mão dupla;
- Respeito às diferenças individuais;
- Incentivo dos funcionários a busca pela informação, ao oferecimento de sugestões e a possibilidade de reivindicações;

Quadro 5. Fatores impulsores do processo comunicacional nas organizações públicas hospitalares. Fonte: (GONÇALVES, 1983, 1987; RIVERA, 1996; GONÇALVES, 1998; CECILIO, 2000b, a; COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000; AZEVEDO, 2002; CAMPOS; MELO, 2002; GONÇALVES, 2002; NASSAR, 2004; CRUZ, 2005; CUNHA; SILVA, 2005; NASSAR, 2005; CONCEIÇÃO et al., 2006; NASSAR, 2006; WELCH, 2006; BERNARDES et al., 2007; SABBATINI, 2007).

Os dados dos quadros 4 e 5 evidenciam que não é mais possível trabalhar o processo de comunicação organizacional de outra maneira que não seja a do caminho do planejamento sistêmico, o qual considera os subsistemas da organização hospitalar como um sistema dinâmico e complexo onde as partes interajam como um todo, falando uma linguagem comum que estimule a participação de todos os agentes: departamentos, diretorias, setores, equipes e funcionários; diminuindo assim ruídos, economizando recursos e esforços (CRUZ, 2005).

Entende-se que no contexto das organizações hospitalares a ação gerencial da enfermagem é fundamental no processo comunicacional, portanto a seguir será apresentado tópico específico sobre a comunicação organizacional e a atuação do gerente enfermeiro.

1.5 A comunicação organizacional e a atuação do gerente enfermeiro

Os profissionais da saúde têm como base de seu trabalho as relações humanas, em especial a enfermagem que tem a sua prática voltada para o grupo, pois lida simultaneamente com vários pacientes, familiares e profissionais de diversas áreas da saúde. O sistema de cuidados que o hospital oferece exige dos enfermeiros a habilidade de se comunicar com sucesso junto aos clientes, colegas da equipe multidisciplinar e demais profissionais da administração do hospital. (SILVA, 1996; MALDONADO; CANELLA, 2003; MUNARI; FUREGATO, 2003; MARQUIS; HUSTON, 2005; APKER et al., 2006).

A atuação da enfermagem requer um processo interpessoal, simbólico e complexo e por isso a competência em comunicação é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, sendo ele docente, gerente ou atuante em outra atividade da prática do cuidar (BRAGA; SILVA, 2007).

As ações da enfermagem subdividem-se em vários processos como cuidar / assistir; administrar / gerenciar; pesquisar / ensinar. Nesse rol o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados (PERES; CIAMPONE, 2006).

Verifica-se que a divisão entre gerenciamento e execução tem raízes na história da prática da enfermagem brasileira sendo que, da década de 40 até os dias atuais o enfermeiro desempenha, predominantemente, a função de gerente do serviço, principalmente no mercado de trabalho hospitalar (BOCCHI; FÁVERO, 1996; SPAGNOL, 2002).

Estudo realizado por Bocchi e Fávero (1996) destaca que a maior parte dos afazeres diários dos enfermeiros chefes de um hospital universitário, são

atividades administrativas. As demais ações se caracterizam como práticas delegáveis, assistenciais e aquelas que se relacionam ao ensino, visto que as atividades com pesquisas não foram relatadas pelos participantes (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Dentre as várias fontes envolvidas no processo de comunicação organizacional o gerente é sem dúvida um dos atores mais expressivos, pois se posiciona como ponto intermediário, funcionando simultaneamente como pólo emissor e receptor de informações, devendo transmitir e receber mensagens para os fluxos ascendente, descendente, horizontal e vertical (TORQUATO, 2002).

A enfermagem corresponde à maior parcela da força de trabalho dos hospitais sendo o único grupo profissional que permanece no hospital 24 horas do dia (GONÇALVES, 1998; ELIAS; NAVARRO, 2006). Além disso, o profissional de enfermagem está em contato direto com toda a equipe multiprofissional de assistência, sendo o receptor a quem a administração do hospital se reporta para que as normas e rotinas sejam implementadas (CAMPOS; MELO, 2002).

Desse modo o enfermeiro gerente ocupa lugar de destaque no processo de comunicação organizacional no contexto dos hospitais. No desenvolvimento de suas atribuições administrativas desempenha várias funções relacionadas ao processo comunicacional quais sejam: disseminador da informação, mediador e facilitador da comunicação entre diretoria e equipe de trabalho e ainda a função estratégica de formador de opinião (GALVÃO et al., 2000).

Trevizan *et al* (1998) utilizando a classificação de papéis administrativos de Mintzberg (1973) afirmam que o gerente de enfermagem enquanto líder tem um papel informativo de obtenção e disseminação de informação no contexto das organizações. Atuando, portanto como monitor, disseminador e porta-voz das informações.

Como monitor dessa situação ele recebe continuamente informações que o farão compreender o funcionamento da organização a fim de que em função de sua posição o gerente acaba por se tornar um ponto de reunião de

informações. Como disseminador ele deve transferir as informações do ambiente externo para o ambiente interno e fazer circular as informações internas dentro de sua equipe de subordinados. Como porta-voz o gerente de enfermagem tem a missão de transferir informações de sua organização para o ambiente externo de modo a alcançar os influenciadores da sua instituição e ainda o público que a utiliza (TREVIZAN et al., 1998).

O enfermeiro gerente na função de administrador precisa conhecer todo o processo de trabalho, ter raciocínio clínico e utilizar instrumentos de gestão para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência prestada. Sua prática necessita ser democrática, humanizada, focada no diálogo, participação e debate. Nesse sentido o enfermeiro assume também o papel de transformador social, deixando de supervalorizar o planejamento, o controle, a hierarquia, a ordem e a impessoalidade do modo clássico de gestão (SPAGNOL, 2002).

Santos e Silva (2003) entendem a comunicação no contexto da liderança em enfermagem como processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. O conteúdo das mensagens e o modo como elas são transmitidas influenciam o comportamento das pessoas envolvidas nesse processo a curto, médio e longo prazo.

A comunicação é um elemento importante no conceito da liderança e é por meio dela que se pode afetar o comportamento e o desempenho dos liderados para que estes atinjam as metas da instituição, assim se estes não realizam corretamente sua tarefa por falta de informação, é porque o líder falhou em seu papel de disseminador (TREVIZAN et al., 1998).

Amado e Guittet (1978) afirmam que a comunicação acontece a cada vez que um organismo qualquer, afeta outro organismo modificando-o ou modificando o seu comportamento a partir da transmissão de uma informação. A vertente pragmática da comunicação afirma que o que se pretende com a comunicação é que além da compreensão cognitiva o outro faça o que lhe é dito ou sugerido.

Autores como Moscovici (2001), Hersey e Blanchard (1986), Spector (2004) e Robbins (2002), Azevedo (2002) definem que liderar é o processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou grupo para a consecução de um objetivo em uma determinada situação.

Assim como o processo de liderar envolve a intenção de alterar o comportamento de outros também a comunicação se propõe a esse fim. Por isso é possível afirmar que liderar e comunicar são duas ações profundamente interligadas, ambas partem da intenção primeira de influenciar o comportamento, de indivíduos, grupos, setores ou de toda uma organização.

Desse modo o líder deve ser habilidoso na administração tanto das tarefas quanto das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Deve ser alguém capaz de organizar e definir as funções do grupo de trabalho, e simultaneamente manter a harmonia das relações pessoais entre ele e os liderados.

Estudo de revisão bibliográfica realizado por Spagnuolo e Pereira (2007) com o objetivo de investigar as dimensões comunicacionais na prática de enfermagem no Programa de Saúde da Família (PSF) revela que as principais competências do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem estão relacionadas à prática da comunicação nos vários sistemas organizacionais.

Contini e Camara (2002) investigaram o processo de comunicação interna entre gerência e subordinados no que se refere à efetividade da mediação de conflitos. Os resultados da pesquisa evidenciaram que a liderança do gerente é fator significativo na implantação de uma política de comunicação organizacional de sucesso. Isso sinaliza que o líder deve estar comprometido com o comportamento e a filosofia de que, a troca de informação e comunicação junto aos subordinados é essencial para a realização das metas organizacionais.

Para exercer a gerência, o enfermeiro precisa valorizar mais as práticas como a análise do processo de trabalho, o diálogo, a participação e o debate em equipe do que somente o controle, a hierarquia, a ordem e a

impessoalidade, para instituir. A função gerencial da enfermagem nos serviços de saúde deve contemplar além dos aspectos assistenciais, pedagógico, técnico-científico e político, aqueles que se relacionam às competências interpessoais, para que a assistência seja integral, prestada de forma segura e livre de riscos, ao indivíduo, à família e à comunidade (SPAGNOL, 2005).

Estudo realizado por Rosengren, Athlin e Segesten (2007) revela que a liderança em enfermagem pode influenciar fortemente o desempenho da equipe no que desrespeito a qualidade dos cuidados de saúde. Nessa perspectiva a liderança ideal em enfermagem é aquela focada no planejamento próativo de ações bem como na condução do desenvolvimento da equipe, pois também é papel do gerente enfermeiro utilizar seu tempo de trabalho para treinar seu pessoal.

A proposta moderna de gestão em enfermagem defende a idéia de que administrar a assistência implica em conhecer os problemas mais comuns do setor de trabalho, levantar as necessidades da clientela atendida e gerenciar os conflitos da equipe de enfermagem. Essa proposta requer ainda o desenvolvimento de habilidades de liderança, para que o enfermeiro gerente seja capaz de desempenhar um papel articulador entre os demais profissionais que atuam nas unidades, tendo como objetivo principal a assistência prestada aos usuários que necessitam desses serviços (SPAGNOL, 2002).

Santos e Silva (2003) constataram que os profissionais de enfermagem enfrentam no seu dia a dia, problemas no processo de comunicação utilizados pelo hospital, problemas de comunicação com outras áreas, ausência de elogios do superior direto aos enfermeiros, ausência de críticas construtivas do desempenho profissional dos enfermeiros, pessoas que não falam de forma honesta e aberta e o não reconhecimento do seu trabalho. Muitos desses fatores estão, do ponto de vista das pesquisadoras, relacionados à uma liderança autoritária e um modelo de administração hierárquico e burocrático, tendo por consequência possível o sentimento de insatisfação na realização do trabalho.

Castiglia e Malschitzky (2004) levantaram como principais problemas comunicacionais aspectos como: não aceitação de idéias, mal entendidos, continuidade de ações incorretas por falta de feedback, negligência ao tratamento da informação, sobrecarga de informação e centralização de informação. Os dados dessa investigação mostraram que as causas dos problemas identificados relacionavam-se: ao conflito de idéias, a falta de feedback, falta de confiança nas idéias próprias, temor a rejeição das idéias pessoais e cultura organizacional não motivadora de valores comunicacionais. O desencorajamento à tomada de decisões bem como falta de habilidades e capacidade para expressar-se, falta de confiança no ambiente organizacional para argumentação teórica e egocentrismo da chefia na centralização de idéias são também entraves à comunicação.

Peres e Ciampone (2006) afirmam que alguns conhecimentos são essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional do gerente enfermeiro, são eles: o estilo próprio de interação, administração de conflitos, negociação, escuta ativa, normas e padrões de comunicação organizacional, sistemas de informação, trabalho em equipe, metodologia da assistência, poder e cultura organizacional.

CAPÍTULO 2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA PERCORRIDA

2.1 Referencial Metodológico

Diante do objetivo proposto nessa pesquisa optou-se pelo estudo de caso, por ser esta a estratégia que melhor responde às questões explicativas do tipo “como” e “por que” certos fenômenos ocorrem.

O estudo de caso é uma estratégia de investigação que procura compreender um fenômeno atual, contemporâneo, dentro de seu contexto de vida real, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, ou ainda em situações em que múltiplas fontes de evidências estão envolvidas. O estudo de caso é muito eficiente quando se tem uma ampla variedade de evidências (YIN, 2002).

Como metodologia de pesquisa, o estudo de caso tem sua origem na investigação médica psicológica, com a análise detalhada de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada (KIMURA; MERIGHI, 2003; VENTURA, 2007).

Atualmente, é adotado na investigação de fenômenos das mais diversas áreas do conhecimento, como caso clínico, técnica psicoterápica, metodologia didática ou modalidade de pesquisa. Como modalidade de pesquisa investiga um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (VENTURA, 2007).

O estudo de caso é definido pelo seu interesse em um caso individual e não pelos métodos de inquérito e análise de dados que se propõem usar. Por isso ao contrário do que muitos equivocadamente acreditam pode ser utilizado tanto em abordagens qualitativas quanto quantitativas (KIMURA; MERIGHI, 2003; VENTURA, 2007).

A pesquisa de estudo de caso pode se dedicar a um caso único ou a múltiplos (YIN, 2002; KIMURA; MERIGHI, 2003; STAKE, 2005; VENTURA, 2007). Neste trabalho o caso é o processo de comunicação das unidades de da Diretoria de Enfermagem de um hospital Universitário com os setores que dão suporte para a realização da atenção hospitalar.

O estudo de caso pode ser classificado em três tipos: intrínseco (quando se dedica a compreender melhor a singularidade do caso em si mesmo), instrumental (quando se examina um caso para se entender questões mais amplas, para oferecer nova perspectiva sobre algum assunto ou teoria ou ainda orientar pesquisas e intervenções futuras) e coletivo (quando se estende a vários casos instrumentais)(KIMURA; MERIGHI, 2003; STAKE, 2005; VENTURA, 2007).

Os estudos de caso que priorizam a abordagem qualitativa de pesquisa são conhecidos como naturalísticos, pois se dedicam a interpretar os dados no contexto em que o caso está inserido, buscam novas respostas e indagações, retratam a realidade de modo completo e profundo, usam uma variedade de fontes de informação e possibilitam a generalização e a revelação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo (VENTURA, 2007).

A investigação aqui relatada classifica-se na modalidade de estudo de caso naturalístico e instrumental por se tratar de um estudo que busca compreender a comunicação organizacional como forma de alcançar a compreensão do funcionamento total da instituição pública hospitalar em questão e ainda contribuir com a indicação de possíveis estratégias de intervenção para melhorar a realidade dada.

Esse estudo foi concebido na perspectiva da pesquisa qualitativa descritiva, por entender que esta metodologia favorece o contato direto e interativo do pesquisador com a situação de estudo buscando compreender o fenômeno segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada, sem a pretensão de modificá-lo ou manipulá-lo (NEVES, 1996; MINAYO, 2006; MEDEIROS et al., 2007).

Como dito na introdução teórica, considera-se nessa pesquisa que a organização em estudo é um grupo social e que por isso para ser compreendida em sua dinâmica é necessário a análise de seu funcionamento no que se refere aos processos de comunicação, tomada de decisão, liderança, inovação, motivação, objetivos e relacionamento interpessoal.

2.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública hospitalar com finalidade de ensino e pesquisa que funciona como hospital universitário na cidade de Goiânia – GO, entre outubro de 2007 e maio de 2008.

A referida instituição oferece atendimento público vinculado ao Sistema Único de Saúde, disponibilizando 306 leitos hospitalares distribuídos em várias unidades de internação como a maternidade, pediatria, ortopedia, terapia intensiva, medicina tropical, clínica médica, cirúrgica e UTIs, além dos leitos destinados ao atendimento de urgência/emergência no pronto socorro adulto e pediátrico.

São atendidos no hospital, em regime de internação, aproximadamente 1.000 (mil) usuários por mês e, no ambulatório, 29.000 (vinte e nove mil) atendimentos, 70% da força de trabalho da instituição pertence à área de enfermagem, sendo 137 enfermeiros, 500 técnicos e 116 auxiliares de enfermagem em seu quadro de pessoal, vinculados a universidade, Secretarias Municipal e ou Estadual de Saúde (SILVA; LIMA, 2006; COELHO, 2007).

Sua estrutura funcional conta com um Conselho Diretor e seis Diretorias: Geral, Administrativa, Técnica, de Enfermagem, de Gestão de Pessoas e Financeira. Atualmente a Diretoria de Enfermagem (DE) conta com um corpo gerencial de 27 enfermeiros que foram participantes dessa pesquisa.

2.3 Aspectos éticos

Toda pesquisa qualitativa em saúde que envolve seres humanos requer do pesquisador uma postura de respeito e responsabilidade nos aspectos éticos da relação com o pesquisado. A forma como acontece o contato do pesquisador com os informantes, a interação do investigador com seus sujeitos, as técnicas de coleta de dados, a proteção e segurança dos participantes e a divulgação dos resultados deve estar totalmente pautada nos princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde estabelecidos pela resolução nº 196/96 (MEDEIROS et al., 2007).

Embora o projeto tenha sido elaborado em parceria com a DE, antes de seu encaminhamento ao Comitê de Ética, fez-se necessário a autorização formal da referida diretoria. Após autorização o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal (CEPHA) do HC/UFG, tendo sido apreciado e aprovado recebendo o protocolo número: 098/07 (Anexo1).

2.3 Participantes

Participaram desse estudo 27 enfermeiros-gerentes das unidades de atendimento subordinadas à Diretoria de Enfermagem (DE), que se disponibilizaram a contribuir com a investigação após ciência da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Não participaram aqueles que não se dispuseram e os que estavam afastados do hospital por qualquer motivo na época da coleta de dados.

2.4 Coleta de dados

Iniciou-se a coleta de dados após reunião realizada junto à Diretora da DE onde solicitou-se autorização e apoio para a execução da pesquisa. Após o consentimento inicial da Diretora, a pesquisadora participou de uma das reuniões gerenciais periódicas da DE, para apresentação do projeto de pesquisa com seus objetivos e intenções.

Nessa ocasião foi entregue a cada gerente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias quando foram informados que a participação deveria ser voluntária, que o anonimato seria garantido e ainda que os produtos obtidos por meio da pesquisa originariam uma dissertação de mestrado e poderiam ser veiculados em eventos científicos e encaminhados para publicação em periódicos. Por fim os participantes foram orientados quanto ao procedimento de coleta de dados.

A coleta de dados foi dividida em dois momentos e aconteceu no período de outubro a de 2007 a maio de 2008. No primeiro momento realizou-se a entrevista individual semi-estruturada e no segundo momento uma entrevista grupal.

Os 27 profissionais que assinaram o TCLE se disponibilizando a participar do estudo foram contatadas, pela pesquisadora por telefone para agendamento da hora e local das entrevistas. As entrevistas individuais aconteceram nas próprias unidades de trabalho dos gerentes enfermeiros, estratégia que possibilitou a observação assistemática da comunicação organizacional nos setores estudados.

Os instrumentos da entrevista individual foram, além do roteiro semi-estruturado, o organograma da Diretoria de Enfermagem e da Diretoria Administrativa Financeira (anexos 6 e 7).

A entrevista qualitativa é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos

de seu próprio mundo (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Elas são fundamentais nos casos em que se precisa ou deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados.

Quando bem realizadas, as entrevistas permitem ao pesquisador uma percepção profunda dos modos como os participantes da pesquisa percebem e significam sua realidade. Além disso, levanta informações consistentes que permitem descrever e compreender a lógica e o funcionamento das relações que se estabelecem no interior do grupo estudado, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004).

O roteiro da entrevista individual semi-estruturada contava com dez perguntas, seis sobre informações gerais do processo de comunicação organizacional, como: setores com os quais interage, conteúdo e instrumentos utilizados na comunicação, estratégias para agilizar solicitações recebidas e enviadas; e quatro sobre os fatores impulsores e restritivos do processo comunicacional (anexo 4).

Na primeira fase da coleta, realizou-se uma entrevista individual piloto, gravada em áudio e vídeo e depois minuciosamente avaliada pelo grupo de alunos e professores da disciplina “Entrevista no contexto do cuidado e da pesquisa” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG. O roteiro da entrevista e a postura da pesquisadora na condução da mesma passaram por uma avaliação criteriosa para que os aspectos que careciam ser ajustados à proposta de investigação fossem evidenciados.

Optou-se por utilizar o organograma como instrumento auxiliar na entrevista individual para que se pudesse mapear os fluxos formais e informais da comunicação intersetorial da DE. Sabe-se que os caminhos obrigatórios pelos quais transitam as mensagens dentro da organização, os chamados fluxos de informação se aproximam do organograma e são influenciados tanto pela tecnologia utilizada, pela estrutura organizacional quanto pela forma como

se estabelecem as relações de poder na organização (LIMA, 2003). Ocorre que nem sempre as informações seguem os fluxos que deveriam e assim surgem organogramas paralelos ou informais, resultantes de ruídos e desvios. (HERINGER, 2003; PEREIRA, 2004).

O organograma é uma representação gráfica da estrutura formal da empresa em determinado momento. Permite visualizar a estrutura geral da empresa, a estrutura dos segmentos, a divisão do trabalho, a relação de hierarquia ou de autoridade e as relações funcionais. É composto de retângulos que são as unidades organizacionais, como órgãos ou cargos; linhas contínuas verticais e horizontais que representam as relações de autoridade e responsabilidade e linhas tracejadas horizontais, que representam as relações de assessoria (FILHO, 2004).

Após a conclusão da primeira etapa da coleta, ao transcrever as entrevistas individuais, a pesquisadora identificou pontos que mereciam esclarecimento, dada a complexidade da temática do objeto de estudo. Com base nesse processo iniciou-se a preparação da segunda fase da coleta que deveria acontecer em uma entrevista grupal.

O roteiro da entrevista grupal continha sete perguntas que investigavam sobre a existência de problemas na comunicação intersetorial da DE, consequências desse problemas no funcionamento da DE, possibilidades de solução, envolvimento da gerência de enfermagem na implementação das soluções, além do perfil do gerente que facilita e dificulta a comunicação intersetorial da DE.

A entrevista de grupo tinha a tarefa de aprofundar e confirmar os dados coletados durante as entrevistas individuais, incentivar a discussão e a construção de soluções para os problemas comunicacionais levantados pelos participantes e responder novos questionamentos que surgiram na primeira fase da coleta (anexo 5).

No encontro realizado com o grupo, após três horas de discussão e entrevista os participantes sinalizaram o desejo e a necessidade de explorar melhor os aspectos trazidos nesse momento, por considerá-los de extrema

relevância para a compreensão do processo de comunicação organizacional, bem como para entender como se poderia lidar com as limitações que compreendem esse processo.

Assim por um acordo entre as partes, a pesquisadora se dispôs a organizar as informações trabalhadas no primeiro encontro grupal e trazê-las em um segundo momento agendado com o grupo para validar a fidedignidade do registro das informações e fechar as discussões.

2.5 Análise dos dados

Os dados desse estudo foram organizados e trabalhados segundo o método da análise de temática descrito por Bardin (2004) e Minayo (MINAYO, 2006). Esse método consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma mensagem e que significam alguma coisa para o objetivo analítico visado.

O processo de análise temática ocorre em três etapas básicas que são a pré-análise (momento em que se elege o material a ser analisado, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que possam orientar a interpretação final), exploração do material (onde se realiza a classificação e agregação dos dados, e a escolha das categorias teóricas ou empíricas) e por fim o tratamento e interpretação dos dados (BARDIN, 2004; MINAYO, 2006).

A operacionalização dos dados desse estudo aconteceu em seis momentos distintos aqui descritos didaticamente.

1. Transcrição dos dados
2. Organização dos dados.
3. Leitura exaustiva dos dados.
4. Identificação das estruturas de relevância e análise.
5. Agrupamento das estruturas de análise em núcleos de sentido
6. Identificação das categorias temáticas

Realizou-se a transcrição das entrevistas individual e grupal, das informações contidas no organograma e dos apontamentos do diário de campo da pesquisadora.

Após uma primeira leitura, o material transcrito foi organizado de acordo com as perguntas feitas durante as entrevistas. Em seguida novas e exaustivas leituras foram feitas, para identificar as estruturas de relevância e análise. Feito isto foi possível agrupar as estruturas de análise em núcleos de sentido construídos a partir do critério de semelhança de significados.

Para se levantar e compreender os aspectos que dificultam e facilitam a comunicação intersetorial foi feita uma análise cuidadosa de cada núcleo de sentido encontrado. Isso possibilitou a classificação das falas em categorias temáticas, nomeadas e construídas considerando o contexto da fala dos participantes e o referencial do corpo teórico da pesquisa.

As informações assinaladas no organograma foram categorizadas juntamente com as entrevistas. Os dados da observação *in loco*, realizada durante as entrevistas individuais foram registradas por meio de diário de campo. Todos esses elementos subsidiaram interpretação dos dados coletados com base nos pressupostos teóricos da pesquisa.

No momento da organização dos dados considerou-se necessário além da categorização das informações, uma descrição gráfica do processo comunicacional da DE com as unidades de enfermagem e entre os demais setores, de forma a tornar claro o fluxo e os canais utilizados para tanto.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o tipo de estudo realizado na presente investigação item inicia-se pela caracterização dos participantes e do cenário estudado. A seguir descreve-se o fluxo intersetorial da DE da comunicação, os canais e instrumentos utilizados e, finalmente, discute-se os aspectos que dificultam e facilitam esse processo.

3.1 Caracterizando os participantes

Participaram desse estudo 24 enfermeiros gerentes da DE do hospital estudado, sendo que a maioria (83,33%) são do gênero feminino e tem idade variando entre 36 a 45 anos de idade como se observa na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros gerentes da DE quanto à faixa etária e gênero. Goiânia, 2009.

Variáveis	freqüência (n=24)	%
Faixa etária		
25 a 35 anos	1	4,17
36 a 45 anos	14	58,33
46 a 55 anos	7	29,17
Mais de 55 anos	2	8,33
Gênero		
Masculino	4	16,67
Feminino	20	83,33

Estudos afirmam que em função de aspectos sociohistóricos, no Brasil, a enfermagem nasceu como um serviço organizado pelas instituições religiosas. Coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos,

associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005; MARTINS et al., 2006b).

No que diz respeito ao tempo de atuação dos enfermeiros na instituição e na função de gerentes observa-se que a maioria tem um vínculo sólido, particularmente pela natureza da mesma como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Tempo de atuação dos enfermeiros estudados e tempo de atuação na função de gerente. Goiânia, 2009.

Variáveis	frequência (n=24)	%
Atuação no hospital / anos		
5 a 10	6	25
11 a 15	12	50
16 a 20	2	8,33
21 a 25	0	0
26 a 30	1	4,17
31 ou mais	3	12,50
Tempo de atuação na gerência / anos		
1 a 5	16	66,67
6 a 10	5	20,83
11 a 15	1	4,17
16 a 20	0	0
21 ou mais	2	8,33

No que se refere ao tempo de serviço na organização estudada 50% dos participantes possuem entre 11 e 15 anos e outros 25% estão localizados nas faixas de 21 anos de serviço ou mais. Esses dados sugerem que o grupo de profissionais em questão conhece o funcionamento do referido hospital.

Os dados mostram que além da vivência organizacional há uma larga experiência dos participantes na função gerencial, pois 66,67% dos entrevistados relatam ter entre 5 a 10 anos de atuação em função gerencial, seguido de outros 20,83% entre 6 e 10 anos.

Na caracterização do grupo estudado identificou-se ainda o investimento destes na sua qualificação profissional, em particular, na realização de cursos de pós-graduação, como se observa na tabela 3.

Tabela 3. Cursos de pós-graduação realizados pelos enfermeiros gerentes. Goiânia 2009.

Variáveis	freqüência (n=24)	%
Possui pós-graduação		
Nenhum curso	2	8,33
01 a 02 cursos	12	50
03 a 04 cursos	9	37,5
05 ou mais cursos	1	4,17
		%
Pós-graduação		
<i>Lato sensu</i>	17	77,27
<i>Stricto sensu</i>	5	22,73

A maioria dos enfermeiros gerentes realizou pelo menos um curso de pós-graduação, sendo que 77,27% destes em nível de especialização. Os cursos mais freqüentados pelos entrevistados são nas áreas de Enfermagem em Saúde Pública, Gerenciamento de Serviço de Saúde e Serviço Hospitalar, Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermagem em Terapia Intensiva.

Essa informação evidencia a preocupação do grupo pesquisado com a atualização profissional contínua. Os profissionais que possuem um ou dois cursos somados àqueles com três ou quatro cursos de pós-graduação totalizam 87,50%. Observa-se que pequena parcela dos entrevistados (8,33%) não tem curso de pós-graduação.

A dedicação dos entrevistados quanto à sua capacitação profissional é um dado que indica coerência com as necessidades da instituição estudada, pois em um hospital universitário, além da assistência, também realizam-se atividades de pesquisa, ensino e extensão. O que pode justificar o alto investimento dos participantes em cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* (MARTINS et al., 2006a).

Ao se buscar nos dados informações sobre o tempo de serviço desses participantes encontrou-se um tempo elevado de vínculo profissional com a

instituição desse grupo minoritário. Esse fato pode ser entendido como uma influência do traço das organizações públicas que oferecem aos profissionais contratados via concurso público estabilidade contratual e remunerativa. Ressalta-se que o hospital em estudo oferece aos seus servidores estímulo salarial como reconhecimento a qualificação, especialmente no que se refere ao pós graduação *stricto sensu*.

Ao se analisar o número de vínculos empregatícios do grupo verificou-se que a maior parte dos enfermeiros (54,17%) possui 2 vínculos como ilustra a figura 1. Considerando-se que a carga horária exigida para a função de gerente é de 30 horas semanais, chama a atenção que 2 enfermeiros (8%) possuam 3 vínculos, o que deve se constituir em um desafio, manter-se nessa função que é por natureza desgastante.

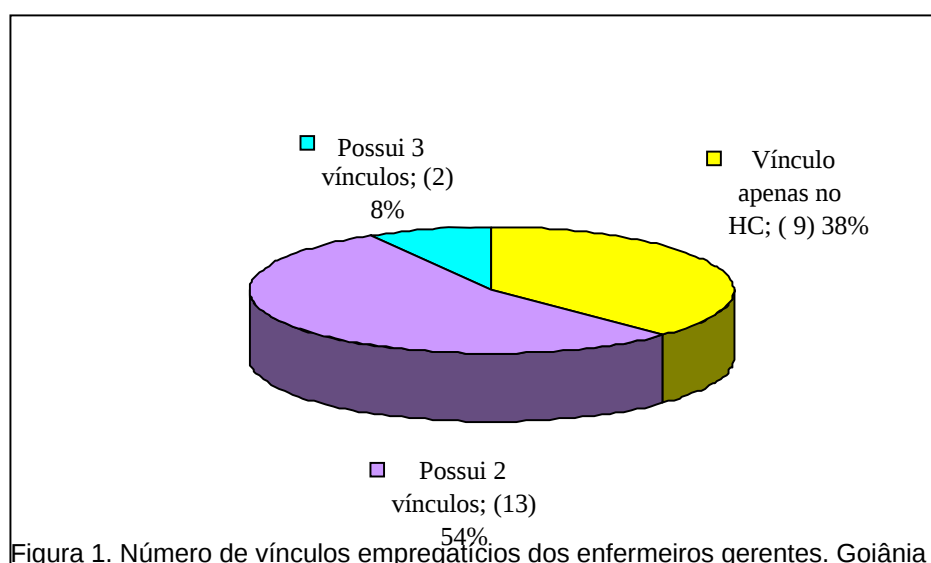


Figura 1. Número de vínculos empregatícios dos enfermeiros gerentes. Goiânia 2009.

O duplo vínculo há muito tempo, faz parte da realidade profissional da enfermagem, seja por necessidade financeira ou por influência cultural. A categoria de profissionais de enfermagem é composta majoritariamente por mulheres, que por fatores sociais, culturais e históricos se submetem à múltiplas funções, como trabalhadoras da saúde, mães e donas de casa. Isso ocorre porque os trabalhadores dos serviços públicos, em virtude do contexto sócio-econômico, vêm sofrendo gradativamente as conseqüências da redução

do seu poder aquisitivo. A saída encontrada pela maioria dos servidores públicos no setor da saúde, sobretudo na enfermagem, tem sido a adoção de outros vínculos empregatícios e, conseqüentemente, o aumento da jornada de trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A multiplicidade de vínculos empregatícios e aumento da jornada de trabalho dos servidores públicos de saúde, em especial os profissionais da enfermagem, pode levar ao desgaste físico e emocional. Soma-se a isso a precariedade das condições de trabalho, que gera insatisfação do trabalhador, compromete a assistência prestada e dificulta suas relações interpessoais tanto no âmbito profissional quanto no pessoal (MEDEIROS et al., 2006).

3.2 Caracterizando o campo de estudo

Certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino, a instituição pública hospitalar em estudo, configura-se como campo de formação de alunos de graduação de universidades públicas e particulares e atividades práticas para alunos de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Mantém-se com recursos oriundos da universidade que o abriga, dotações orçamentárias atribuídas pelos Governos Federal, Estadual, Municipal e/ou Emendas Parlamentares no âmbito Federal. Conta também com renda própria, proveniente de convênios e contratos de prestação de serviços e doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos.

A administração do hospital é organizada em torno de uma estrutura composta por Conselho Diretor, como órgão consultivo e deliberativo; Diretoria Executiva Geral, e Diretorias Setoriais com suas Coordenações, Seções, Setores e Serviços (Técnica, Administrativa, Financeira, de Enfermagem e de Gestão de Pessoas) (SILVA; LIMA, 2006).

A atuação da instituição em estudo está apoiada nos seguintes princípios: a) desenvolvimento da assistência, em harmonia com o ensino, a pesquisa e a extensão colocando o paciente no centro das atenções; b) integração no Sistema Único de Saúde, sem prejuízo dos objetivos fundamentais da universidade; c) integração com as Unidades Assistenciais da região, visando uma assistência regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um hospital de referência no nível federal, estadual e municipal; d) descentralização do controle de pessoal, de material e de orçamento, resguardando-se a unidade normativa da universidade (SILVA; LIMA, 2006).

3.3 Mapeando o fluxo da comunicação intersetorial da DE

Estudando o processo da comunicação intersetorial das unidades de enfermagem da DE por meio da leitura atenta dos dados coletados foi possível mapear os caminhos pelos quais ela acontece, como ilustra a figura 2 que indica os fluxos ascendente, descendente, horizontal e diagonal da comunicação, que serão discutidos na seqüência.

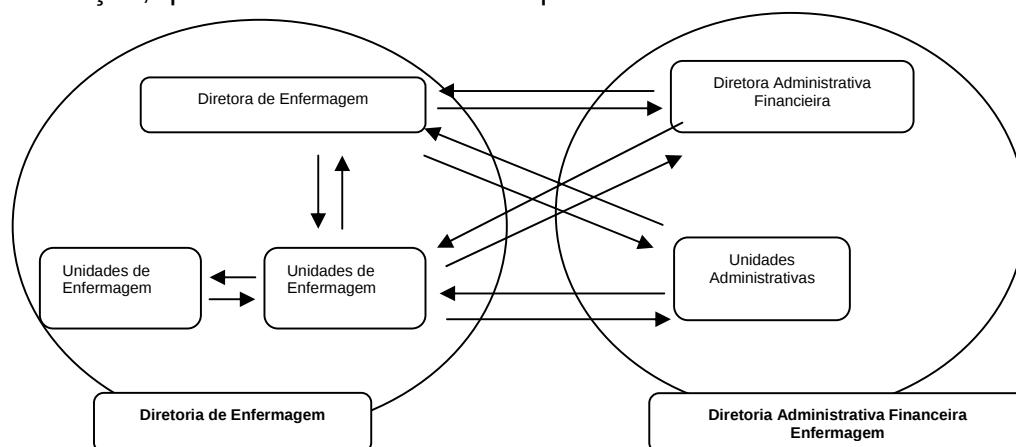


Figura 2. Fluxos comunicacionais entre as unidades da enfermagem, e entre estas e os setores administrativos com os quais se relaciona. Goiânia, 2009.

Fluxo Vertical

Verticalmente em sentido ascendente a comunicação acontece entre as unidades de enfermagem e a DE e entre as unidades e as coordenações de pacientes internos e externos. O conteúdo dessas comunicações envolve os desabafos de necessidades pessoais dos gerentes, problemas relacionados à assistência, necessidade de material, dúvidas sobre o trabalho. Envolvem ainda questões de gestão de pessoas e solicitações de intervenção da diretoria em pedidos não viabilizados, que fogem a autonomia gerencial de solução, seja nas unidades administrativas ou na própria área da enfermagem, como demonstram o quadro 6 e as falas que o seguem abaixo.

Fluxo da comunicação em sentido vertical ascendente	Assunto / temática
• Unidades de Enfermagem se comunicam com as Coordenações de Pacientes Internos e Externos. • Unidades de Enfermagem se comunicam com a Diretora. • Coordenações de Pacientes Internos e Externos se comunicam com a Diretora.	• Desabafos pessoais • Problemas relacionados à assistência • Necessidade de material • Busca de orientações frente as dúvidas de trabalho

Quadro 6. Fluxo da comunicação intersetorial em sentido vertical ascendente e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.

A comunicação no fluxo ascendente segue a estrutura hierárquica do organograma da organização, ou seja, o gerente enfermeiro responsável pela unidade procura as coordenações de pacientes internos e externos que se necessário acionam a DE. Em casos de difícil solução, em situações de conflito ou morosidade de resposta os enfermeiros gerentes optam por solicitar imediatamente a Diretora da DE.

“É tudo relacionado à assistência, a dificuldade com o pessoal relacionada a licença médica.... Relatórios, escalas diárias que a gente tem que comunicar, férias e a falta de material e equipamento, falta de algum detalhe assim que não ta para fluir bem a assistência, se falta um equipamento, uma roupa, o que falta assim que a gente as vezes através da sessão de lavanderia o que a gente não consegue a gente comunica com a diretoria, a diretoria as vezes nos ajuda, até de outro setor, remanejar um aparelho.”(P4)

“É duvida sobre funcionário alguma coisa que eu posso que eu não posso fazer alguma coisa que eu tenho duvida...” (P8)

“Coordenação de enfermagem para pacientes internos é o meu contato maior, qualquer problema relacionado a enfermagem ou fora dela eu faço esse contato com a coordenadora de pacientes internos.”(P10)

O fluxo ascendente é responsável por encaminhar aos níveis superiores da organização informações funcionais, operativas, anseios e expectativas. Os processos de queixa e reivindicação bem como sistema de sugestões e pesquisa institucional são outras possibilidades de comunicação ascendente sobre o funcionamento da instituição. A intensidade desse fluxo de informação irá depender prioritariamente da filosofia e da política organizacional. Assim quanto mais democrática e aberta ao diálogo for a organização maior será a possibilidade de troca entre a base e a cúpula (TORQUATO, 1986, 2002; KUNSCH, 2003).

Nas organizações mais modernas a busca por uma participação mais ativa dos trabalhadores incentiva as comunicações ascendentes e a torna uma ferramenta de rotina (PEREIRA, 2004).

As falas dos participantes evidenciam a abertura e receptividade da DE e suas coordenações em receber e atender os enfermeiros gerentes. Atitude percebida nos comportamentos de escuta e acolhimento. Assim a política de manter as portas abertas para a equipe gerencial contribui para o sentimento de confiança dos enfermeiros junto à direção da DE.

Mailhiot (1977) afirma que a existência de confiança nas relações interpessoais no ambiente de trabalho favorece a coesão e sinergia grupal o que resulta em melhora na produtividade e criatividade das ações organizacionais.

No que se refere à coesão grupal Yalom e Leszcz (2006) afirmam que o sentimento de pertencer e de fazer parte de um grupo ou organização incentiva o apoio social, a formação de relacionamentos significativos e também a aceitação e compreensão do outro dentro desses contextos.

O fluxo descendente parte da direção da DE para a equipe de enfermeiros gerentes, perpassando ou não pelas coordenações de pacientes internos e externos, conforme o organograma. Os assuntos que transitam nesse fluxo dizem respeito a novas normas da regulação, normas de gestão de pessoas quanto a atestado, licença médica, remanejamento de pessoas entre outros. Como poder ser visto no quadro 7 na fala abaixo.

“Nós precisamos normatizar agora a autorização, aí paciente só da rede, aí o que é que eu faço, eu já sento com minha equipe, eu recebi a comunicação que a coisa tem que funcionar daquela maneira, eu já sento com minha equipe e já converso com ela na hora, eu não fico esperando, oh vamos reunir daqui uma semana, que dia que todo mundo pode reunir, não, tem 13 eu converso com 13, tem 1 eu converso com 1, se for preciso eu repito o assunto pros 10, um de cada vez, mas assim eu já vou e resolvo tudo...” (P8)

Fluxo da comunicação em sentido vertical descendente	Assunto / temática
• Diretora de Enfermagem se comunica com as Coordenações de Pacientes Internos e Externos. • Diretora de Enfermagem se comunica com as Unidades de Enfermagem. • Coordenações de pacientes Internos e Externos se comunicam com as Unidades de Enfermagem.	• Repasse das normas de regulação. • Repasse das normas de gestão de pessoas

Quadro 7. Fluxo da comunicação intersetorial em sentido vertical descendente e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.

A disponibilidade dos setores do topo da estrutura hierárquica em se comunicar diretamente com os gerentes e suas unidades pode ser entendida como um sinal de abertura e flexibilidade. Conforme a o referencial teórico aqui utilizado, a comunicação vertical descendente tem a função de transmitir da cúpula para a base informações que dizem respeito essencialmente aos objetivos, políticas, diretrizes, normas e procedimentos orientadores necessários ao bom funcionamento da organização (TORQUATO, 1986; KUNSCH, 1997; TORQUATO, 2002).

Fluxo Horizontal

O quadro 8 apresenta a comunicação intersetorial em sentido horizontal bem como apresenta as principais temáticas desse fluxo. Como o foco desse trabalho está na Diretoria de Enfermagem e em suas Unidades, analisa-se aqui a comunicação lateral que acontece no contato entre as unidades de enfermagem.

Os assuntos desse fluxo dizem respeito à solicitação de leito, transferência de pacientes, agendamento e confirmação de cirurgia, encaminhamento dos pacientes para exames e serviços, empréstimo de materiais e doação patrimoniais.

Fluxo da comunicação em sentido horizontal	Assunto / temática
• Unidades de Enfermagem se comunicam entre si. • Unidades de Enfermagem se comunicam com as Unidades da DAF. • Coordenações de Pacientes Internos e Externos se comunicam entre si. • Coordenações de Pacientes Internos e Externos se comunicam com as Coordenações da DAF. • Diretora de Enfermagem se comunica com a Diretora Administrativa Financeira.	• Solicitação de leito • Transferência de pacientes • Agendamento e confirmação de cirurgias • Encaminhamento dos pacientes para exames e serviços • Empréstimo de materiais e doação patrimoniais • Problemas de material e patrimônio. • Problemas com as reformas e manutenção de equipamentos.

Quadro 8. Fluxo da comunicação intersetorial em sentido horizontal e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.

Entre as unidades de enfermagem e as unidades administrativas a comunicação horizontal tem foco na conservação e reparo predial, manutenção de equipamentos, higienização e limpeza do espaço físico.

“Exatamente, espaço físico, material, manutenção do material que eu preciso tanto os aparelhos, quanto o material médico-

hospitalar descartável, a manutenção disso ai tudo, eu tenho tido grande respaldo com os colegas.” (P1)

“Tem uma maquina com defeito, está faltando material meu estoque acabou, você pode me emprestar, é isso basicamente. No setor de enfermagem em endoscopia, marcação de exames pra paciente da UTI também tem pedido, precisa marcar, é pra hoje, é urgente ou não. Transporte do paciente, muito solicitado todo o transporte, toda a saída do paciente daqui para exame, ou de alta a gente entra em contato com o serviço de transporte do paciente.” (P10)

Os dados apontam que a comunicação horizontal tem sido utilizada para a resolução de conflitos e negociação de recursos entre as Unidades da DE, da DAF e também entre Diretoras (PEREIRA, 2004).

Além disso, demonstra que o fluxo horizontal da comunicação existente entre as Unidades de Enfermagem e entre essas e as Unidades Administrativas, bem como entre as Diretoras da DE e da DAF reflete a realidade de interdependência que marca o funcionamento da organização hospitalar estudada tanto na assistência ao paciente quanto na administração e manutenção dos serviços.

A comunicação interna democrática e horizontalizada favorece as ações de integração interpessoal e grupal, facilita a concessão de benefícios sociais e de cursos de qualificação profissional, incentiva o sistema participativo de gestão, fomenta a identificação dos funcionários com os valores e objetivos organizacionais além de possibilitar a aproximação afetiva dos mesmos com a empresa (MOTA; FOSSÁ, 2006).

Fluxo Diagonal

As intervenções da DE junto às unidades administrativas, para dar solução aos problemas das unidades de enfermagem, caracterizam-se como fluxo diagonal descendente de comunicação. De igual modo algumas unidades de enfermagem na tentativa de agilizar ou facilitar suas solicitações buscam caminhos alternativos de comunicação, realizando um fluxo diagonal

ascendente de comunicação com a DAF. Como pode ser percebido nas falas e no quadro 9.

“Eu também tenho uma relação amável, muito carinhosa com a nossa diretora administrativa, então às vezes eu preciso das coisas eu vou até direto com ela.” (P1)

“A administração sempre quando tem algum problema na unidade a gente solicita a diretoria administrativa. O que a gente não consegue a gente comunica com a diretoria, a diretoria às vezes nos ajuda, às vezes até de outro setor, remanejar um aparelho.” (P4)

Fluxo da comunicação em sentido diagonal	Assunto / temática
• Unidades de Enfermagem se comunicam com as Coordenações da DAF. • Unidades de Enfermagem se comunicam com a Diretora da DAF. • Unidades da DAF se comunicam com a Diretoria de Enfermagem. • Unidades da DAF se comunicam com as Coordenações de Pacientes Internos e Externos. • Diretora da DE se comunica com as unidades da DAF. • Coordenações de Pacientes Internos e Externos se comunicam com as Unidades da DAF. • Diretora da DAF se comunica com as Unidades da DE. • Coordenações da DAF se comunicam com as Unidades da DE.	• Empréstimo de materiais e doação patrimoniais • Problemas de material e patrimônio. • Problemas com as reformas e manutenção de equipamentos.

Quadro 9. Fluxo da comunicação intersetorial em sentido diagonal e descrição dos temas com ela relacionados. Goiânia, 2009.

Segundo Kunsch (2003) o fluxo diagonal também conhecido como transversal é uma tendência das organizações flexíveis. Os dados evidenciam que a comunicação diagonal permite que a comunicação ultrapasse as fronteiras tradicionais do tráfego de informações de modo mais participativo e integrado, criando condições para que as pessoas passem a intervir em

diferentes áreas e com elas interagir. Nesse sentido a comunicação diagonal tem se mostrado como caminho favorável à construção de um espaço ampliado de diálogo entre a DE e DAF.

Os fluxos da comunicação intersetorial das unidades de enfermagem evidenciam a iniciativa da DE para estabelecer modelo de gestão aberto e acessível, marcado por uma postura de escuta ativa e acolhedora. As falas dos entrevistados ressaltam a abertura e receptividade da DE e de suas coordenações em receber os enfermeiros gerentes para tratar dos mais diversos assuntos e a forte confiança dos mesmos no suporte da diretoria.

Os dados levantados apontam que novos trajetos comunicacionais são desenhados através do fluxo diagonal da comunicação. Caminhos distintos do desenho organizacional expresso pelo organograma podem estar ocorrendo em virtude de que a estrutura altamente estratificada e hierarquizada do hospital em estudo não está atendendo as necessidades de seu complexo funcionamento. Assim surgem rearranjos que buscam a horizontalização tanto da comunicação quanto dos processos decisórios que envolvem a DE e suas Unidades (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

No que se refere ao fluxo diagonal percebe-se um movimento de cooperação entre as unidades de enfermagem haja vista que o serviço de assistência ocorre por meio de vários setores em trabalho interdependente. Além disso, as limitações financeiras vivenciadas pelo hospital justificam a prática dos empréstimos e trocas de material entre os setores.

Estudo afirma que a comunicação é o processo de transição de informações entre os diversos profissionais e setores de uma empresa. Sendo assim, seu fluxo deve percorrer todas as direções: verticais, horizontais, e diagonais. Integrando as diversas áreas que compõem a estrutura da organização hospitalar (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

3.4 Descrevendo os canais e instrumentos utilizados na comunicação intersetorial da DE

Vários são os canais e instrumentos utilizados na comunicação intersetorial da DE. Os mais citados pelos entrevistados foram contato pessoal, telefone, memorandos, circulares, requisições de material, solicitações de reparos e solicitações de compra.

Como se pode ver no quadro 10 (página 83) e se evidencia na fala dos participantes, observa-se que não há padronização quanto à utilização dos canais de comunicação. Assim o gerente precisa eleger na sua prática diária critérios que apontem quando e porque utilizar cada canal. Entre os entrevistados a velocidade do contato, o nível de formalidade do assunto e as especificidades das unidades receptoras da comunicação parecem ser os principais orientadores dessa escolha.

“Pela dificuldade do hospital o mais comum é a presença, corpo a corpo, que eu acho mais eficiente... o hospital é muito grande, muito complexo e na minha vivência eu acho melhor buscar o contato com a pessoa ir pessoalmente, vai pessoalmente, comunico, se vamos supor for positivo meu contato com ele aí eu faço por escrito” (P4)

“Maior parte é telefone, na maioria das vezes é por telefone, problema de vagas, solicitar vagas. Não tem isso bem definido, memorando é quando uma coisa mais formal, que precisa de um registro, agora quando é uma coisa do dia-a-dia, o memorando é quando o telefone não resolve né, a gente usa mais o memorando.” (P5)

“Ah sim é por memorandos que tem um memorando interno um papel exclusivo da gente se comunicar, ofícios memorandos, telefone, ambulatórios você comunica muito por telefone, é esse setor de IAH é telefone toda hora que a gente não para de telefonar, então é por telefone, memorandos e ofícios.” (P12)

Canal	Quando é utilizado?	Porque é utilizado?
Telefone • Conversas Informais • Chamado para pedir solicitação de reparo ou abrir ordem de serviço junto ao setor de manutenção.	• Tratar de assuntos informais • Resolver coisas do dia a dia. • Pedir algum material emprestado • Checar a disponibilidade de leito • Confirmar cirurgias • Cobrar o encaminhamento das solicitações de compra, manutenção e reparo • Situação de emergência, onde não há tempo de fazer memorando.	• Mais rápido • Evita o deslocamento a outro setor
Documentos Internos: (Impressos) • Memorando • Circular • Pedido de cirurgia • Requisição de material • Pedido de compra • Escala • Relatórios • Ficha de parecer da comissão de controle de qualidade	• Utilizado quando o telefonema não resolve. • Tem que documentar. • Quando o assunto é formal e sério. • Demandas com funcionário – hora extra, licença, escala, • Recebe ou fazer doação de patrimônio • Fazer solicitação para setores que não são da enfermagem	• Deixa registro da comunicação. • Comprova que houve tentativa de comunicação e resolução dos problemas
Encontros pessoais: • Conversar pessoalmente • Visita da diretora as unidades • Reuniões setoriais, gerenciais, com a diretoria	• Situações emergências • Situações problemas • Se não resolveu por telefone ou memorando • Quando se tem proximidade com o receptor • Comunicações entre unidades da mesma diretoria • Assuntos informais	• Permite olhar nos olhos da pessoa para saber se é urgente. • Valoriza o profissional e demonstra atenção à pessoa e ao trabalho. • Possibilita a descoberta coletiva de solução do problema • O envolvimento entre os interlocutores é maior • É possível ver a sinceridade da pessoa • Reforça o pedido do memorando • Faz pressão psicológica • Oferece resposta imediata • Melhora o clima • Prepara o receptor para o pedido formal do memorando • Aquece as situações de negociação • Facilita a compreensão dos documentos • As pessoas participam mais porque sabem que a diretoria está presente

Quadro 10. Canais e instrumentos, utilizados na comunicação intersetorial da Diretoria de Enfermagem. Goiânia, 2009.

Entre as unidades de enfermagem o telefone é utilizado para tratar de assuntos informais ou questões do dia a dia, dentre as quais os participantes ressaltam pedidos de empréstimo de material entre as unidades, checar a disponibilidade de leitos para transferência de pacientes e confirmar cirurgias. Esse canal é muito utilizado em virtude de possibilitar um acesso e um retorno rápido a informação.

“Isso daqui são os impressos, nos trocamos impressos, trocamos as nossas dificuldades, às vezes vem buscar material, às vezes nós pedimos emprestado lá, às vezes o nosso daqui não está esterilizado, porque a gente tem, um exemplo são máscaras de oxigênio, respirador, então às vezes o nosso foi utilizado e não foi esterilizado, daí nos corremos lá porque ele tem dois. E vice-versa, é um impresso que falta, a clínica é mais próxima, nos corremos e pedimos emprestado e eles nos emprestam, eles não têm, vem aqui e nos emprestamos.”(P12)

O contato telefônico também é utilizado pelas unidades de enfermagem para realizar solicitações de conserto e reparo junto à seção de manutenção, e seção de informática, sendo esse o procedimento formal de abertura de ordens de serviço.

“É a característica do setor porque, por exemplo, pra você fazer uma solicitação de concerto tem que ser via telefone, tem que ser, não pode ser por escrito, você abre ordem de serviço só por telefone. Pra você solicitar uma compra é só ofício, não pode ser por telefone e o centro cirúrgico é memorando e telefone.” (P12)

No entanto a utilização do telefone também traz limitações ao processo de comunicação porque esse canal apesar de rápido não possibilita o registro completo da informação, o que dificulta o repasse e a divulgação das mensagens às equipes dos enfermeiros gerentes.

“No Cerof é mais ou menos, quando tem campanha eles não encaminham para nós o ofício, até na ultima campanha que teve eles me ligavam avisando que ia ter a campanha da

Catarata, mais não encaminha por escrito, se encaminhasse por escrito a agente colocava pro funcionário ficar ciente, colocava no mural para todo mundo ficar ciente que naquele dia vai ter uma campanha de catara. Então detalhes daquela campanha: Olha a campanha é de tal idade até tal idade, vai ser neste horário, não vamos atender crianças, não vamos atender isso, então agente já encaminharia e o usuário não perderia tempo de sair de casa e vim pra cá e não ser atendido.” (P11)

Ocorre que nem sempre há um retorno das seções administrativas informando se os reparos serão ou não realizados, assim se as solicitações feitas por telefone não são atendidas ou ainda se o prazo de espera pelo atendimento é longo o telefone é utilizado como recurso insistente de cobrança.

“Ligar cobrando, ou vou atrás pessoalmente, geralmente é por telefone, porque mais fácil, mais rápido, porque você não perde tempo de ir ao setor, as distancias aqui são longas.” (P6)

Campos e Melo (2002) observaram empiricamente em estudo sobre a comunicação administrativa no contexto da enfermagem, que as orientações que são emitidas pelos enfermeiros nem sempre são apreendidas com eficácia pelos demais membros da equipe e por isso não são suficientes para promover mudança de comportamento.

Diante da falta de confirmação e retorno os entrevistados revelam que em alguns momentos é necessário utilizar uma combinação de canais como estratégia para garantir a eficácia da comunicação e o atendimento das solicitações de suas unidades. Assim fazem, inicialmente, um telefonema, em seguida enviam memorandos e por fim o contato pessoal.

“Quando agente manda só por escrito, a pessoa lê, pode deixar em cima da mesa, atribulados de serviço eles deixam para depois e tudo, e quando pessoalmente, quantas vezes eu já fui pessoalmente e esperei a resposta.” (P11)

“Isso aí a gente conversa pessoalmente primeiro, por telefone, mas na hora de vir... isso aí é a característica, são as normas do hospital, as normas daqui é fazer tudo por escrito, quando é o toma-lá-dá-cá é por escrito mesmo.” (P12)

Outros, no entanto, preferem começar suas solicitações pelo contato pessoal ocasião em que relatam conseguir maior mobilização do receptor para escuta, pois aquecem a situação de negociação, aumentam a compreensão quanto ao conteúdo e recepção do memorando, convencendo mais facilmente os outros da urgência e necessidade de seus pedidos e solicitações.

Os dados encontrados mostram que a utilização de canais naturais como fala, visão e audição, possibilitam a obtenção de um “feedback” imediato e real, pois as interações pessoais, “cara-a-cara”, permitem maior envolvimento, disponibilidade para a discussão, esclarecimento de dúvidas e troca de idéias. Além disso, possibilita a contextualização, legitimação das decisões e funciona como ajuda e estímulo para a mudança de comportamento (TORQUATO, 1986; GRAMIGNA, 2002; OLIVEIRA, 2004).

No entanto, o excesso de informalidade característico dos contatos pessoais e telefônicos pode levar ao caos pela falta de direção e controle sobre os interesses individuais que podem se sobrepor aos interesses organizacionais (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

Do mesmo modo que o telefone é, em alguns momentos, instrumento de cobrança, também o encontro pessoal pode assumir esse caráter. Muitos relatam que utilizam a visita como estratégia de pressão psicológica para reforçar os pedidos feitos por memorando ou telefonema.

“Eu tenho um pouco mais de pressa eu prefiro fazer o memorando e entregar pessoalmente porque além do memorando, eu reforço o pedido pessoalmente.” (P11)

A visita da diretora e coordenadoras as unidades de enfermagem, bem como as reuniões setoriais, gerenciais e de diretoria por elas realizadas são consideradas pelos participantes como um canal eficiente de comunicação no contexto estudado, pois propicia a valorização do profissional, demonstra atenção para a pessoa e o trabalho do enfermeiro gerente e possibilita que soluções sejam encontradas de modo coletivo.

“Eu acho que valoriza o profissional também, na questão de valorização é de você demonstrar atenção, não só a pessoa dele, mais ao trabalho dele. (...) você ouve a pessoa, você tenta descobrir junto a solução do problema, você tenta, você se envolve mais, então a pessoa ela se sente mais valorizada.” (P6)

Quanto aos canais escritos os participantes referem-se aos documentos internos, os impressos específicos utilizados para fazer requisições e solicitações de compra, pedidos de cirurgia, parecer da comissão de controle de qualidade, memorandos e circulares.

Quando existe a necessidade de documentar e registrar a comunicação, ou ainda para comprovar que houve tentativa de comunicação para resolução dos problemas os enfermeiros gerentes utilizam o memorando. Assim assuntos de caráter formal como demandas com funcionários (horas extras, licença médica, escala de serviço), receber ou fazer doação de patrimônio, encaminhar solicitações para unidades de outras diretorias, necessitam do canal escrito para se efetivarem. Nesse sentido parece haver maior seriedade e peso na utilização desse canal quando comparado às outras modalidades de documentos.

“Antes era melhor, porque antes era ditadura militar, na ditadura militar ou vai ou racha. Aí se eu mandasse um memorando aquilo era um documento, uma lei, agora não tem esse sentido mais, o memorando antigamente era um terror, quando falava assim o chefe fulano fez um memorando de fulano de tal, sabe era uma sentença.” (P4)

“Quando é uma coisa assim mais seria, mesmo quando é uma solicitação que pode passar do departamento, quando eu peço alguma coisa para diretoria de enfermagem e eu acho que ela vai depender do diretor geral, aí eu mando por ofício.” (P11)

“Agora memorando quando é uma coisa mais formal, por exemplo, solicitar alguma coisa pra coordenação, horas extras pros funcionários, fechamento de lei porque vai reformar alguma coisa mais formal. Mas a grande maioria via telefone.” (P10)

A descrição dos canais utilizados na comunicação da DE permite inferir que o uso excessivo dos contatos pessoais e por telefone decorrem da dificuldade e morosidade que a burocracia imprime no serviço público.

A estrutura burocrática que ainda domina algumas organizações impõe canais e interlocutores definidos previamente pela hierarquia funcional. Além disso, estabelece uma cultura organizacional ancorada na autoridade e na normatização. O que gera uma redução do processo comunicativo e coloca a comunicação organizacional em uma razão instrumental. Assim se tem uma falsa democracia onde todos falam, mas não se chega ao entendimento (CURVELLO, 2002).

Assim a ineficiência dos memorandos e requisições estimula a utilização de modos alternativos e informais de transmissão de informação, ficando a cargo da comunicação formal apenas a função de registro e comprovação de tentativa de solução de problemas.

Muitos dos enfermeiros gerentes entrevistados relatam ligar várias vezes para o mesmo setor fazendo as mesmas solicitações ou complementando pedido de materiais e recursos junto ao almoxarifado. Relatam que telefonemas para solicitar empréstimo de material entre as seções de enfermagem é um hábito constante.

Essa situação pode ser resultado de um planejamento de consumo falho por parte das unidades de enfermagem quanto ao que é utilizado, ou decorrente das dificuldades de gestão de recursos financeiros do setor de compras. Ou ainda ser consequência das limitações de gerenciamento de estoque do setor de almoxarifado.

A fala da participante P4 ressalta a grande utilização da comunicação informal, ela destaca que a importância e efetividade dos memorandos no passado era maior do que no momento presente, pois atualmente utiliza-se esse canal formal de comunicação para registro e comprovação de tentativas de solução de problemas e não como instrumento competente de troca de informações.

Entre as unidades da DE a informalidade é ainda maior em virtude da proximidade relacional das pessoas. Como a maioria dos profissionais dessa diretoria são da enfermagem a compreensão das demandas e dificuldades torna-se mais fácil.

É preocupante a não padronização dos canais de comunicação, pois cada setor eleger para si os critérios que definem quando usar um ou outro tipo, assim um mesmo assunto pode ser tratado por um setor via telefone e por outro via memorando, sendo que essa escolha pode ter razões subjetivas como a existência de vínculos afetivos e de amizade.

Para melhor compreender como se dá o processo de comunicação intersetorial da DE destaca-se à seguir a apresentação e discussão dos aspectos que a dificultam e facilitam.

3.5 Analisando os aspectos que dificultam a comunicação intersetorial na DE do HC/ UFG

Após uma análise cuidadosa das falas e dos registros dos participantes no organograma da DE e DAF do hospital em estudo durante as entrevistas individuais e grupais foi possível identificar cinco categorias temáticas, que serão apresentadas no quadro 11, onde se organizou os diversos pontos que restringem a comunicação organizacional nesse contexto.

Nome da Categoria	Descrição da Categoria
Problemas estruturais do Hospital	Déficit de pessoas; Limitação dos recursos financeiros; Déficit de material; Estrutura predial antiga e com muitos problemas; Defasagem tecnológica.
Complexidade do Hospital	Tamanho e extensão do hospital; Setores com grandes particularidades e especificidades; Falta de entendimento entre enfermagem e equipe médica; Bloqueios de comunicação entre a enfermagem e a área administrativa.
Ineficácia do processo de comunicação	Falta de resposta e retorno imediata; Os problemas não são solucionados; Informações não são repassadas; Informações incompletas e ou equivocadas; Má administração do tempo dos enfermeiros gerentes.
Particularidades das Organizações Públicas	Falta de comprometimento dos funcionários; Burocracia; Hierarquização; Morosidade dos processos de licitação.
Falta de visão sistêmica	Setores desintegrados; Competitividade entre as unidades de enfermagem; Individualismo dos enfermeiros gerente. Perfil gerencial que dificulta a comunicação

Quadro 11. Categorias temáticas dos fatores que dificultam o processo de comunicação intersetorial da DE. Goiânia, 2009.

Estas serão analisadas e discutidas a seguir.

A) Problemas estruturais do hospital

Nessa categoria temática apresentam-se os aspectos relacionados à estrutura física e funcional do hospital em estudo que segundo os participantes influenciam negativamente o processo de comunicação. Tais como o número restrito de funcionários, limitações na gestão dos recursos financeiros, restrição

de material em virtude das dificuldades de compra e licitação, estrutura predial antiga e com muitos problemas de reforma e por fim a defasagem tecnológica do hospital.

As dificuldades de comunicação geradas pelo número restrito de colaboradores, o excesso de demanda de pacientes vivenciado pelo hospital, somado ao grande contingente de profissionais da enfermagem em situação de licença médica acabam por sobrecarregar de trabalho aqueles que estão em atividade. As falas abaixo ilustram a complexidade dos aspectos aqui analisados.

“Falta também de pessoal, porque as pessoas ficam sempre se queixando que estão sobrecarregados, que tão de licença, então nesse aspecto que dificulta.” (P6)

“Nós estamos hoje num momento complicado de recursos humanos, porque? Nós temos um numero suficiente de recursos humanos pra atender o hospital, o que nós temos hoje aqui, é uma taxa de absenteísmo muito grande. Por licenças médicas, por faltas. De repente você monta uma escala com nove funcionários, e vem cinco. Como você atende? Se precisa de nove para atender, é óbvio que com cinco você não vai ter o mesmo desempenho. Não é verdade?” (P2)

“Nós aqui escutamos falar sobre o questão crítica que o HC está passando sobre a questão dos funcionários, até nos ambulatórios onde tinha gente que dizia que tinha pessoas pulando pela janela eu tenho dia que não tem ninguém para atender e tem ambulatório que eu tenho 7 pessoas afastadas num ambulatório só aí não tem jeito, o paciente fica lá e só DEUS que ajuda!” (EG1)

Na perspectiva dos gerentes as necessidades assistenciais dos pacientes não podem esperar, são urgentes e exigem ação imediata, assim suas tarefas administrativas como o repasse de informação à equipe e ao setor de trabalho, a comunicação com a diretoria e a participação em reuniões, acabam sendo negligenciadas.

Há também a questão da alta rotatividade de bolsistas em alguns setores tais como na internação e manutenção, fato que dificulta o repasse de informações, pois os bolsistas recém admitidos não compreendem por completo

o funcionamento do setor e, portanto não tem segurança das informações que devem repassar.

“O setor de suporte aqui em relação a sessão de informática é a constante mudança de bolsistas ali, agora mesmo, os bolsistas ainda estão em treinamento e eles põem esses bolsistas pra fazer os serviços aqui.”(P1)

“(...) eu comecei a observar mais e aí eu comecei a discutir, daí quando eu fui atrás disso e vi muitas falhas que tinha lá, ela estava com um menino novo no setor, mas estava assinado por ela então eu tinha de descer lá...” (P12)

Na área administrativa em virtude da grande quantidade de solicitações de reparo junto à coordenação de manutenção e engenharia o número de funcionários acaba por ser insuficiente, assim muitas vezes o atendimento é moroso, ou até não realizado.

“O entendimento deles e a capacidade mesmo de trabalho deles não acompanha, o número de pessoas, não é suficiente.” (P10)

Frente ao déficit de pessoal vivenciada pelo hospital uma alternativa encontrada pela administração é a utilização de bolsistas, esses servidores são estagiários com contratos temporários renovados de seis em seis meses com no máximo 2 anos de duração por isso a rotatividade desses profissionais é alta.

Quando se recorre à teoria da dinâmica de grupo para entender esse processo percebe-se que, ao se observar o movimento de entrada e saída de membros em um grupo, ruídos na comunicação podem ocorrer, até que se estabeleçam novas configurações grupais (LEWIN, 1948; MAILHIOT, 1977). É preciso enfatizar que diante da condição de hospital universitário, a instituição em estudo deverá buscar meios de administrar a movimentação continua de novos membros, em função do rodízio de estagiários das diversas áreas de ensino que possui.

O gerenciamento dos recursos financeiros parece se constituir em problema crônico nas organizações públicas hospitalares. Desse modo além do déficit de pessoas também as dificuldades de gestão financeira contribuem para o não atendimento das solicitações de manutenção e compra. Se os pedidos de troca de material, ou reparos dependem da aquisição de equipamentos ou ferramentas, que esbarram na demora dos processos de compra e licitação, então provavelmente não se tem como realizá-los de modo rápido e eficiente.

“Os pedidos não são atendidos. Não tem como atender. Não tem como comprar.” (P5)

“Não tem verba pra fazer compra, pra nada, quer dizer então não peçam nada.” (P7)

Neves e Motta (2002) alertam que a alternativa para administrar os problemas de recursos financeiros que atingem as organizações não é destinar mais verba a essas instituições e sim buscar um modo mais adequado de gerenciamento. Se não houver mudança na gestão o dinheiro permanecerá sendo desperdiçado e mal utilizado.

A estrutura das instalações do hospital aparece também como algo que restringe a ação da manutenção e engenharia. Como a conservação do prédio é precária, muitos problemas surgem em decorrência desse fato. Reformas precisam ser constantemente realizadas, alguns aparelhos e equipamentos são tão ultrapassados que não têm mais condições de reparo e uso sendo, portanto, necessário a sua substituição. Os processos de substituição e reforma precisam ser aprovados e licitados o que leva muito tempo e dinheiro. Toda essa ação dificulta um retorno rápido e positivo às solicitações das unidades de enfermagem, bem como inviabilizam as soluções dos problemas prediais.

“O Hospital que a gente tem não é mais criança, é um Hospital já assim adulto e até com algumas lesões osteoarticulares que precisam ser reparadas, problemas.” (P2)

“(...) porque é um hospital velho, um hospital que tem muita coisa sucateada.” (P6)

“Eu acredito que aqui seja pior, porque além de ser prédio velho, que está com problemas demais, os canos aqui é tudo aqueles canos de ferro, aquela coisa horrorosa, não tem, aí não tem dinheiro aqui.” (P8)

Outro sinal do comprometimento estrutural é a defasagem tecnológica, os participantes relatam que o controle dos leitos para admissão e transferência de pacientes é feito por contato telefônico. Nem todos os setores possuem computadores e muitos dos que dispõem desse recurso não conseguem utilizá-lo em virtude de seu não funcionamento.

A não informatização do hospital impede a integração entre as unidades de enfermagem e também entre as unidades administrativas. Serviços como controle de estoque, da central de material, dos medicamentos, das internações e atualização dos prontuários ainda são feitos manualmente, informalmente e por contatos que muitas vezes não podem ser registrados nem documentados.

“A melhora da comunicação é a informatização. Já devia ser, porque da complexidade, porque aqui é um hospital escola e é um hospital de referência, um hospital de ensino já devia de ser uns dez, quinze anos atrás, já devia estar funcionando, então é uma atividade que tinha que ser pra ontem.” (P4)

“O almoxarifado assim não é muito informatizado nem organizado, não tem um estoque regulador...” (P4)

O hospital estudado é referência no atendimento de várias especialidades, possui aparelhos de diagnóstico e exame de última geração, se propõe a tarefa de formação de alunos de graduação e pós-graduação, é considerado centro de conhecimento e possui tecnologia de ponta no que se refere á procedimentos e tratamentos. Chama atenção, no entanto, a não informatização, a inexistência de um sistema de som além da má sinalização no hospital, o que mostra as contradições quando se pensa nos princípios de excelência para uma organização desse porte.

As grandes distâncias entre os setores poderiam ser diminuídas com a existência de um sistema de informatização do hospital que integrasse as

informações dos ambulatórios, clínicas, laboratórios, farmácia, centro cirúrgico, central de material, almoxarifado e demais setores. Assim não seria necessário gastar horas com telefonemas ou deslocamentos para verificação de informações sobre disponibilidade de leito, medicação, material e coisas do gênero.

Estudo afirma que o fluxo da comunicação, a utilização de informações, recursos materiais e humanos devem ser administrados conjuntamente desde a orientação das unidades administrativas e produtivas até o ponto de consumo e execução dos procedimentos por meio de tecnologia virtual. A informatização auxilia no controle e gerenciamento das tarefas bem como no acompanhamento do desempenho institucional (GONÇALVES, 1998).

A rapidez e qualidade das decisões organizacionais dependem da existência de um sistema de comunicação eficiente, que permita a rápida circulação da informação e do conhecimento, isso só é possível com o suporte da tecnologia (ANGELONI, 2003).

As limitações estruturais aqui apresentadas interferem diretamente no processo de comunicação intersetorial e no trabalho do enfermeiro gerente, sem que ele possa, porém resolvê-las, pois elas fogem de sua autonomia e poder de solução. Assim conviver e administrar tais dificuldades trazem grande desgaste à saúde do profissional.

B) Complexidade do Hospital

O Ministério da Saúde define como Hospital de Alta Complexidade as organizações hospitalares que oferecem um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007).

Considerando a definição acima, essa categoria apresenta alguns aspectos do funcionamento do hospital estudado que o torna uma organização complexa.

A extensão geográfica, a grande quantidade de setores altamente especializados, a alta demanda de clientes, as dificuldades de entendimento e diálogo entre enfermagem e equipe médica bem como os bloqueios de comunicação entre enfermagem e área administrativa são aspectos do contexto estudado que influenciam negativamente o processo de comunicação intersetorial da enfermagem.

O tamanho do hospital e a quantidade de setores e seções são fatores apontados pelos participantes como decorrentes da complexidade do hospital. A distância entre os setores, a ampla extensão de algumas unidades e a grande quantidade de servidores em um mesmo ambiente organizacional dificultam a troca de informação.

“Então lá o problema maior é do PS, talvez seja isso a distância, tem só um aparelho de telefone para aquele PS daquele tamanho, e aquele tanto de gente que está lá, então muitas vezes dificulta um pouco, mas no geral a comunicação lá é boa.” (P8)

“O CEROF tem um distanciamento, não sei se você sabe eles tem uma grande parte de atendimento deles que é ligado direto a Secretária Municipal de Saúde. Meio independente, até o prédio é meio independente, e isso pode causar uma barreira entre nós. Quantas vezes a gente fica até assim sem jeito de ir lá pessoalmente, então procura por meio de ofício, memorando e telefone.” (P11)

Por se tratar de um grande complexo hospitalar a organização em estudo agrega várias especialidades de atendimento, cada uma localizada em espaços específicos. É o único hospital universitário público federal do estado de Goiás, que assiste o paciente em procedimentos de atenção primária, secundária e de alta complexidade, como cirurgias cardíacas, ortopédicas, transplantes e neurocirurgias (SILVA; LIMA, 2006).

“Eu acho até pela complexidade que é o hospital, pela quantidade de sessões de setores que tem, é muita coisa, eu num sei se é isso mais eu acho que é falha.”(P11)

Além de toda a estrutura de assistência ao paciente nas modalidades de consulta, exame, cirurgia e internação, o hospital conta ainda com um grande arcabouço de setores responsáveis pelos serviços de hotelaria e condomínio. Nesse grupo estão as áreas de lavanderia, costura, limpeza, higienização, nutrição, manutenção, engenharia e almoxarifado para citar apenas alguns exemplos.

Para que o funcionamento do hospital aconteça a contento todos os setores e unidades devem funcionar de modo integrado e interdependente. Apesar de os entrevistados se mostrarem cientes dessa necessidade o que se percebe é uma distância entre o discurso e a prática.

“Então a gente tá sempre em contato pra poder tentar ajudar a solucionar os problemas aqui, a seção de lavanderia e a seção de costura é, a gente comunica muito por conta do centro cirúrgico né, se não tiver roupa, suspende a cirurgia e assim por diante.” (P2)

“Porque aqui é uma unidade de condomínio e tem estragos de pinturas, depreciação do prédio, mesmo a mecânica também porque tem aparelhos que precisam ser concertados.” (P4)

No que se refere à complexidade da organização outro dificultador da comunicação intersetorial são as especificidades de alguns setores como é o caso da clínica pediátrica, que utiliza um grande número de materiais específicos para o atendimento de seu público (crianças com as mais variadas idades) e muitas vezes o material que é utilizado em um cliente não pode ser utilizado em outro, o que gera muitas demandas de compras e até dúvidas quanto à solicitação de material.

“O setor de almoxarifado pra mim é complicado, não ser o que é comum para todas as unidades, mas o que é mais específico pra pediatria é complicado até pra gente organizar isso lá, por

conta desse detalhe de idade, tamanho e mesmo de material, de especialidade, às vezes um especialista usa um material o outro já não usa e a gente não pode estocar material.” (P4)

“Por exemplo, a pediatria atende só criança e vacina, então quer dizer, é um atendimento mais restrito. A ortopedia também atende gesso e a consulta, então são atendimentos mais restritos. E no ambulatório atende dez especialidades, vinte especialidades, então cada especialidade tem uma particularidade, realizam procedimentos, então a demanda, o movimento de, o tipo de serviço é mais complexo.” (P6)

A dificuldade de entendimento entre equipe de enfermagem, equipe médica e área administrativa também é reflexo da complexidade do hospital. Cada área profissional tem um modo de perceber a realidade do hospital e uma linguagem específica. Tais diferenças dificultam a comunicação, pois fazem com que as prioridades entre médicos, enfermeiros e administradores sejam distintas mesmo que para demandas e situações semelhantes.

“A gente percebe isso que um não se preocupa em fazer o curso para aprender a falar a linguagem do outro até os termos técnicos. Aí fica aquela barreira de comunicação, de interesse. Os valores são diferentes da administração para a enfermagem.” (EG1)

O relato dos entrevistados evidencia que o grupo dos enfermeiros tem uma conduta imediatista, para os quais as demandas com o paciente vem sempre em primeiro lugar. A rotina dos profissionais da área administrativa funciona com outra lógica, pois estes trabalham seguindo ordens de serviço, recebendo solicitações de todos os setores do hospital sem poder deixar de atender a um setor para atender a outro.

“O serviço de transporte de pacientes, o que dificulta é o fato de ter poucas ambulâncias às vezes nos precisamos sair daqui correndo com paciente, para outro hospital (...) e às vezes eles querem inclusive marcar hora pra levar paciente, nos não temos horas de transportar paciente e isso às vezes empaca um pouco.” (P1)

“Igual nós tivemos na sexta-feira um problema sério com o paciente da UTI, não pode, o paciente não pode esperar pra

fazer um exame amanhã, ele não pode voltar lá amanhã, ele precisa ser atendido naquela hora.”(P2)

“Se estragar uma impressora, ou um computador, uma coisa ou outra eles vão ter dificuldades, mais eles não tem aquela urgência de atender alguém né, pode esperar, e nós não podemos esperar, nós estamos com o doente aí na porta.” (P6)

“Então às vezes, às vezes não, sempre, nós queremos que conserte aquilo que nós entendemos que é prioridade pra nós, às vezes não é prioridade pra eles, e não é nem questão de ser prioridade também, porque às vezes eles estão em uma obra e eles tem que concluir aquela pra passar pra outra, e nós queremos que tudo seja feito na hora, nós temos assim um imediatismo por tudo.”(P6)

A assistência ao paciente é a atividade fim do hospital, é a razão de existir da organização, assim, nesse contexto, o trabalho da equipe de saúde tende a ser mais valorizada em detrimento dos profissionais e setores da administração. A responsabilidade da área administrativa enquanto área meio é dar condições para que o hospital atinja seus objetivos. Para isso ela não precisa lidar diretamente com o paciente.

Além disso, os enfermeiros gerentes trabalham 30 horas por semana, enquanto os gerentes das áreas administrativas cumprem uma jornada de trabalho semanal de 40 horas. Soma-se a esse fato o grande interesse dos profissionais de enfermagem por sua formação, como visto anteriormente, pois a maioria possui cursos de especialização e até mestrado, situação que parece não ser comum na área administrativa.

Há ainda uma especificidade da profissão de enfermagem de poder atuar em mais de um lugar ao mesmo tempo, ao contrário dos trabalhadores da área administrativa que podem ter apenas um vínculo.

O hospital tem em seu quadro de pessoal cerca de 1200 enfermeiros num universo de aproximadamente 3000 funcionários o que também aumenta as disputas entre as categorias.

Esses fatos dificultam o entendimento de um grupo profissional em relação ao trabalho do outro, gerando competitividade entre os profissionais da DE e DAF o que acaba resultando em bloqueios de comunicação.

“As pessoas que trabalham com ela são pessoas assim, são concursadas da universidade, tem ensino médio, até ensino superior, mas não tem aquele preparo administrativo não procuram especializar como nós.”(EG1)

“O próprio pessoal da diretoria administrativa fala. A queixa que eles fazem é muito grande, de que os únicos gerentes que não ficam aqui no hospital o dia todo é a enfermagem, porque as diretorias administrativas todos trabalham o dia todo.”(EG1)

“Todo mundo sabe que a realidade é que eles não ficam aqui à tarde porque tem outro emprego por causa da especificidade, da competência dos enfermeiros. Agora o administrativo não tem como ter outro emprego porque eles ficam mais, eles gostariam de ter outro emprego, mas não podem porque a categoria exige.” (EG1)

“Se a gente for fazer uma contagem aqui nós temos 1000 e tantos funcionários da enfermagem e o hospital inteiro é 3000 e poucos funcionários. Então quer dizer que nós representamos 60% da categoria profissional, então não tem como, se eu não dou conta de pensar na enfermagem como vou pensar no resto do povo.” (EG1)

Cecílio (2000a) e Azevedo (2002) sinalizam que fontes múltiplas e difusas de poder e autoridade influenciam as relações de hierarquia entre as várias corporações do contexto hospitalar inviabilizando o planejamento, a organização, a avaliação conjunta e multiprofissional do trabalho.

Cada categoria profissional julga imprescindível ter total autonomia para realizar suas atividades, se comportando de forma independente o que favorece a criação de um ambiente marcado pelo conflito e conseqüentemente pela necessidade constante de negociação (AZEVEDO, 2002).

As atuais dificuldades de comunicação entre a enfermagem e equipe médica envolvem o contexto das mudanças de conduta decorrentes do processo de regulação da assistência no hospital, principalmente, no que diz respeito ao registro correto dos procedimentos realizados para que o faturamento aconteça. Parece que a prioridade dos médicos é realizar o atendimento junto ao cliente, o que gera despreocupação com as tarefas de registro e documentação. Quando cobrados para essa responsabilidade o clima

entre esses profissionais e os gerentes enfermeiros pode ser de tensão e conflito.

“Os médicos eles tem um resistência, eles colocam nós gerentes, como enjoados, mas nós não somos enjoados, nós queremos que eles realizem o procedimento, como eles realiza muito bem feito, mas que também que nos tenhamos retorno. Ele tem que registrar aquele procedimento porque se não, o hospital não recebe, não é como antigamente, porque isso tá sendo muito difícil nos últimos tempos porque não tinha essa prestação de contas, e agora tem.” (P12)

“Muitas vezes acontece um problema de preenchimento, as pessoas não escrevem o que tem de escrever nos prontuários. Às vezes você faz o procedimento, tá tudo descrito ali, se faltar um dado relativo ao paciente, não consegue colocar no sistema, não tem jeito, número de prontuário errado, data de nascimento errada, nome da mãe errado, tudo quanto precisa se não tiver adequadamente preenchido, não entra no sistema, e se não entrar no sistema significa que foi realizado mais o procedimento é inexistente, não tem como cobrar.”(P2)

“Com as mudanças da Secretária Municipal de Saúde, cada dia tem uma regra nova, não pode atender paciente do interior, não pode atender aquele paciente que não tem cartão SUS, não pode atender paciente de outro estado, então nós não conseguimos, além de, nós até conseguimos o processo importação pros servidores mais nem todos entendem, todos aceitam”.P6

Na instituição hospitalar estudada o poder está compartimentalizado entre vários núcleos profissionais, fato que acaba gerando constantes disputas em torno das prioridades de gestão e uma forte divisão do trabalho. Além disso, nenhuma pessoa ou grupo é completamente responsável pelo sucesso ou qualidade dos serviços prestados. Esse contexto reforça a necessidade de aprimoramento e aquisição de habilidades de comunicação e negociação (CAMPOS, 1998; JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

Tais habilidades são imprescindíveis, principalmente, aos profissionais da enfermagem, categoria que no mercado de trabalho hospitalar costuma desempenhar, predominantemente, a função de gerente do serviço (BOCCHI; FÁVERO, 1996; SPAGNOL, 2002). Dentre as várias tarefas que compõem a

função gerencial está a de supervisionar a equipe de trabalho no cumprimento das normas e rotinas do hospital. Em virtude da antiga disputa de poder entre categorias profissionais distintas como é caso de médicos e enfermeiros essa relação de supervisão e fiscalização se torna ainda mais conflitante.

As falhas no processo da assistência são muitas vezes resultantes de omissões na comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde de uma equipe, o que causa danos graves aos pacientes. O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar é importante porque equipes tendem a cometer menos erros do que indivíduos trabalhando isoladamente. No entanto, em grande parte dos hospitais, as unidades clínicas continuam a funcionar como discretas coleções de indivíduos. Isso acontece porque a formação das diversas categorias profissionais tem sido predominantemente focada na formação estanque de que cada disciplina, sem um espaço de convivência coletiva de troca de experiência e saberes. (MILLER; RILEY; DAVIS, 2009).

Estudo afirma que os conflitos entre as diversas categorias profissionais atuantes no hospital irão sempre existir, sendo assim o melhor modo de administrá-los é criar espaços onde eles possam ser explicitados e discutidos (CAMPOS, 1998).

A enfermagem além de ser a maior parcela da força de trabalho dos hospitais é o único grupo profissional que permanece no hospital 24 horas do dia (GONÇALVES, 1998; ELIAS; NAVARRO, 2006). Isso pode facilitar a compreensão e adesão dessa categoria às novas regras de regulação do serviço, principalmente porque elas facilitam a rotina dos enfermeiros, quanto ao encaminhamento dos pacientes. No entanto do ponto de vista dos médicos ela pode ser um dificultador do trabalho.

Os profissionais de enfermagem desde sua formação são preparados para gerenciar o serviço de saúde o que inclui manusear planilhas, registros de procedimentos, escalas de serviços entre tantos outros formulários. Entretanto o mesmo não se pode dizer da formação dos profissionais de medicina.

Flory (2000) e Moraes e Gonçalves (2003) defendem a idéia de que a comunicação deve ser o foco para todo processo de mudança organizacional.

Esses autores afirmam que os processos de mudança dependem do envolvimento do público interno com os objetivos organizacionais, então indiretamente dependem da troca eficaz e eficiente de informação entre a organização e seus colaboradores com a finalidade de conscientizá-los e de conhecer suas necessidades.

Investir na informação do capital humano para a manutenção da coesão e unidade organizacional torna-se estratégia diferencial para o alcance das mudanças. Pois a maior riqueza de uma organização são as pessoas que nela trabalham (MOSCOVICI, 2001).

Assim para que o processo de regulação da assistência proposto pela Secretaria Municipal de Saúde aconteça e seja internalizado por todos os funcionários do hospital grande investimento deverá ser feito no processo de comunicação e troca de informação entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, por meio de atividades de formação, planejamento e integração entre essas duas categorias.

Thayer (1976) já apontava como barreiras administrativas burocráticas à comunicação organizacional a distância física entre setores, a grande especialização de funções e tarefas que faz com que cada unidade se sinta uma realidade à parte da organização como um todo. O autor ainda atribui esse problema às relações de poder existentes entre os atores organizacionais, que no caso do hospital estudado se estabelece para além das posições de hierarquia marcando também a disputa de espaço entre as principais categorias profissionais que são os médicos, enfermeiros e administradores.

C) Ineficácia dos processos comunicacionais

Nesse tópico apresentam-se os fatores que dificultam o processo de comunicação intersetorial da DE sobre o ponto de vista da eficácia comunicacional. Nessa perspectiva espera-se que além da compreensão

cognitiva da mensagem, o receptor passe a se comportar do modo proposto pelo emissor.

Os enfermeiros gerentes relatam que um grande entrave à eficácia do processo de comunicação organizacional das unidades de enfermagem da DE é a ausência ou demora no retorno da comunicação. Por retorno os participantes definem a ação do receptor de emitir uma resposta à mensagem recebida, mesmo que esta não seja positiva, uma confirmação de recebimento da mensagem, com um posicionamento do setor informando o que é possível fazer para que a solicitação seja atendida.

Os entrevistados apontam como causas para a falta de retorno das comunicações a ausência de funcionários para o recebimento de documentos, o não repasse da mensagem àqueles que tem autonomia e poder para dar o retorno e também a impossibilidade do setor de atender a solicitação por falta de material, ou funcionário, assim as unidades preferem não dar uma resposta a oferecer um retorno negativo.

“Não atendem, não é porque a comunicação foi ruim, a comunicação aconteceu, você chega lá eles estão sabendo, que tem a atividade para eles realizarem, outros problemas né? Funcionário não veio, material, complicação.” (P5)

“A comunicação funciona, o que não funciona é o resultado da comunicação. Não é porque a comunicação não flui, é porque a condição do Hospital não favoreceu a resolução desses problemas.” (P5)

“A menina em vez de me contar o que tava acontecendo, não, liga para o gerente, parece que eles têm medo de falar o que tá acontecendo, [...] quem atende ao telefone já sabe o que tá acontecendo e não te fala a verdade: Oh não tem como resolver esse problema agora, ou então já está resolvendo, vai ser demorado, complicado.” (P8)

“Sempre que eu vou lá, que eu encaminho algum ofício, não tem ninguém na sala, talvez a secretária recebe e não passa em tempo hábil, ou porque tem excesso de trabalho para esse setor, não sei, só sei que muitas vezes eu vou lá, solicito alguma coisa, comunico alguma coisa, no outro dia a pessoa não sabe. Ou porque não teve tempo, ou porque não ficou sabendo não é por desinteresse mais acho que não ficou sabendo.” (P11)

“Ou eles não te recebem ou eles não estão no local, ou às vezes o outro fala assim o fulano está aí, mas ele está ocupado, não é porque ele não está ali, então você nunca comunica com essas pessoas.” (P12)

A análise das falas mostra aspectos que geram desgaste e morosidade no processo de comunicação. Pois, é necessário ligar diversas vezes no mesmo setor para obter uma resposta que poderia ser dada de imediato.

Muitas vezes, como o receptor da comunicação não tem autonomia ou informação suficiente para tomar a decisão, dar a resposta ou o retorno, torna-se necessário o deslocamento do enfermeiro gerente em visita pessoal até o setor onde encaminhou suas solicitações para providenciar solução. Outras vezes é preciso a intervenção das Diretoras da DE da DAF para que as coisas se resolvam.

Por meio das falas percebe-se que a tomada de decisão no contexto da DE e da DAF está centralizada nas figuras de autoridade representadas pelos gerentes e diretoras. Fato que obstrui o fluxo de comunicação, ocasiona lentidão nas decisões, distorções nas informações e prejudica a agilidade e a operacionalização dos processos de trabalho diários (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

O retorno da informação é necessário porque aumenta a confiança do emissor e reduz as incertezas da recepção da mensagem (AMADO; GUITTET, 1978). Promover mais confiança e autonomia no nível intrapessoal da comunicação é um modo de incentivar que as relações organizacionais se estabeleçam em clima de respeito mútuo. Além disso, é importante descobrir a natureza e os tipos de canais de comunicação que melhor realizam a ligação com as diversas posições da estrutura organizacional (TORQUATO, 1986).

Percebe-se que a dificuldade de resolutividade dos setores administrativos frente às solicitações da enfermagem também se mostra como fator restritivo a comunicação. Algumas unidades de tanto esperar e insistir em pedidos não atendidos, deixam de confiar e ter credibilidade de que a solução

acontecerá, sabe-se que a mensagem será entregue e recebida, mas que o comportamento esperado não se realizará.

“A comunicação não flui, o coordenador dá atenção, vou resolver e tudo, mas a solução não aparece, é gente boa, te trata bem, mas a solução não aparece. Ou quando acontece ela demora muito tempo, mas não flui, não funciona, eu não tenho aquela confiança de ligar e saber que vai ter a solução para o meu problema.”(P10)

“Às vezes eu peço para comprar alguma coisa e leva muito tempo para comprar, existe diálogo, mas não existe uma resposta imediata daquela solicitação. Não que tenha má vontade das chefias, acho que todas as pessoas tem o interesse que a coisa desenrole.” (P3)

“A comunicação, ela não muda comportamento, então eu não sei se ela vai realmente, se lá não provoca alguma mudança, enquanto você conversa fala das dificuldades da clínica medica, da dificuldade das clínicas, todo mundo escuta, a informação foi passada mas ...”(P2)

Outro problema relacionado à ineficácia do processo de comunicação é o repasse das mensagens, que muitas vezes não acontece, ou acontece de modo inadequado com informações equivocadas e ou incompletas.

“Um exemplo que eu te dou é que a clinica fechou para reforma e os custos continuaram altíssimos eu falei, ué mas não teve nenhuma cirurgia, como eu estou gastando tanto de centro cirúrgico, eu passei a apertar mais a enxugar mais a folha de custo e comecei a observar mais. Aí eu comecei a discutir, daí quando eu fui atrás disso vi muitas falhas que tinha lá.”(P12)

“O Almoxarifado, aqui existe um impasse. Não é muito bem comunicado, de repente eles cortam a requisição e não avisam, não comunicam. Eu acho que quando o estoque já está diminuindo já tem que ser colocado pra gente, não existe comunicação adequada. Simplesmente não vem material. Daí quando não vem, quando o estoque diminui eles não comunicam, tem que comunicar, o estoque ta acabando, ou vai chegar só tal dia seu estoque, não existe essa comunicação, é muito complicado. Às vezes até liga, mais é muito raro.”(P13)

Ao se analisar esses dados pode-se dizer que todos esses problemas ocorrem porque nem sempre os receptores intermediários da comunicação estão dispostos a compartilhar as informações. Sabe-se que aqueles que detêm as informações, também detêm o poder. Assim, equivocadamente, alguns acreditam que ao dividir e partilhar o que sabem irão perder o poder que tem e, por isso, acabam prendendo a informação ou filtrando o repasse, transmitindo somente o que acham necessário ao outro saber (TORQUATO, 2002).

Alguns efeitos decorrentes da ineficácia comunicacional são identificados pelos participantes tais como o sentimento de incompetência de não conseguir compreender ou receber as mensagens e informações encaminhadas, o aumento das atividades em virtude da replicação de tarefas que se informadas não precisariam ocorrer duplamente e até o comodismo de preferir não ser informado dos acontecimentos para não precisar se posicionar e buscar soluções para os problemas.

“Eu imagino que esse acúmulo de atividade é porque se essa pessoas não entende bem o que foi passado, ela vai ter que fazer várias vezes até acertar .” (EG1)

“É, você vai ter que ir atrás de uma coisa que já estava feita que se você soubesse, evitaria aquele serviço todo de novo, eu acho que a falta de comunicação aumenta as nossas atividades.” (EG1)

“Quando a comunicação é muito falha ela traz um sentimento de incompetência. Se eu não entendi muito bem, e aquilo passa despercebido, eu fico pensando, será que não é incompetência minha ou do setor.” (EG1)

“A falta de comunicação muitas vezes traz comodidade, não é mais fácil a gente não ficar sabendo? Porque você não fez isso? Porque eu não sabia... Ninguém me avisou. Então é muito cômodo realmente não ficar sabendo, eu acho que a falta de comunicação às vezes é até bom pra gente ficar acomodado naquilo que a gente não quer fazer, não quer ir atrás, não quer ver os problemas, não quer procurar as soluções, então ta bom como está.” (EG1)

Os sentimentos negativos, relatados na fala de um dos participantes da pesquisa, frente à incapacidade de compreensão de algumas mensagens

reforçam a idéia de que a ineficácia do processo de comunicação organizacional cria nos colaboradores uma sensação de abandono, que desmotiva e deixa de produzir neles o desejo de envolvimento e comprometimento com a organização (FIÚZA; KILIMNIK, 2004).

O excesso de atividades e, conseqüentemente, a dificuldade dos gerentes enfermeiros em administrar o seu tempo é mais um componente da ineficácia do processo comunicacional das unidades da DE. Atribulados com a função gerencial os enfermeiros entrevistados revelam que por vezes não leem os documentos que recebem, evitam participar de reuniões onde tenham que assumir novos compromissos e não repassam as informações aos seus subordinados.

“Eu acho que às vezes aqui no Hospital temos excesso de comunicação. Tem dia que recebo três, quatro memorandos, ofícios. Eu muitas vezes deixo de ler alguma coisa porque não tenho tempo, estou cansado de ficar lendo tanto papel, fica lá”.(P5)

“A gente percebe que os gerentes estão muito sobrecarregados de atividades têm uns até que não querem nem ir nessas reuniões para não fazer alguma coisa.” (EG1)

Existem muitas barreiras no contexto das organizações que impedem a eficácia da comunicação. Dentre elas Kunsch (2003) ressalta os aspectos pessoais, os administrativos burocráticos, o excesso e sobrecarga de informações e as informações incompletas e parciais. Torquato (1986, 2002) acrescenta ainda como aspectos que podem influenciar negativamente na comunicação o tamanho da organização, o grau de complexidade do seu funcionamento e a estrutura de controle.

As orientações emitidas pelos enfermeiros nas suas comunicações administrativas nem sempre são apreendidas com eficácia e nem suficientes para gerar mudança de comportamento necessária. Na prática da enfermagem, várias são as barreiras na comunicação e os prejuízos causados por essas falhas. Na comunicação oral transmitida boca a boca corre-se o risco de não se manter a idéia central da informação ou mensagem, ao usar a comunicação

escrita é preciso considerar que a leitura dos comunicados pode ser comprometida pelo excesso de trabalho, desmotivação, dificuldade de entendimento de termos técnicos, pelo não hábito da leitura ou mesmo por desinteresse dos colaboradores (CAMPOS; MELO, 2002).

D) Particularidades das Organizações Públicas

Apresentam-se nesse item traços específicos da cultura das organizações públicas que influenciam negativamente o processo de comunicação, dentre eles destacam-se a falta de comprometimento dos funcionários, o excesso de burocracia, a morosidade dos processos de compra e licitação e a ênfase na hierarquização das estruturas organizacionais.

A falta de comprometimento pode ser percebida no comportamento dos funcionários de não registrarem suas ações, de não cumprirem toda a sua carga horária, de não se preocuparem em dar respostas imediatas em virtude do sentimento de que os problemas do hospital não lhes pertencem e que, portanto, eles não tem que solucioná-los.

“Eu acho que são vários os fatores que interferem na comunicação, a vontade das pessoas às vezes de atender o que é solicitado, é a compreensão da necessidade, que ela acha que precisa, não é vontade, muitas vezes ela até sabe da necessidade mas não tem vontade, outras vezes ela compreende, tem vontade, mas num dá certo, depende de quem está emitindo a mensagem isso acontece muito, eu acho.” (P2)

“Agora de uma maneira geral também esse comprometimento de muitos funcionários por serem servidores públicos interfere muito nessa comunicação, porque assim eu quero acreditar que seja a minoria, mas existe um descaso sabe. Ah é publico mesmo, eu não sou dono disso aqui, se eu não resolver agora depois se resolve, ou não ta tudo na minha mão, então não posso resolver sabe, então muito vai da falta de comprometimento da pessoa também, do tal do servidor público, ah todo mundo é assim mesmo, ninguém é dono, então acho que falha por aí também.” (P10)

“Porque eu acho que o que nos estamos precisando aqui é um compromisso com o HC, com os pacientes, com o nosso trabalho, nos fomos contratados para fazer esse serviço funcionar e tem setores que ele não funciona, ele empaca”. (P12)

O funcionário público costuma traduzir a estabilidade que o serviço público lhe oferece na certeza de que ele não será demitido por sua ineficiência ou desmotivação esse fato acaba por gerar uma falta de envolvimento e comprometimento do trabalhador frente aos objetivos da instituição (CARBONE, 2000).

De acordo com a fala dos entrevistados também na área administrativa a falta de comprometimento pode ser observada na indisponibilidade dos gerentes em atender e ouvir aqueles que os procuram. Assim normalmente quem recebe as informações é a secretária do serviço sem muitas vezes compreender a importância e a necessidade de uma resposta urgente aos pedidos e solicitações.

“Se eu confio deixar com o secretario, ele deixa ali, pode até ler porque está em aberto, é um memorando, é um ofício aberto, então ele pode até ler, aí ele vai deixar lá na caixinha dele se a gerente não vir hoje ele não passa nada se não vir amanhã também não passa, depois de amanhã que ele vai passar.” (P1)

“Esses setores aqui é a maior dificuldade de você, é característico deles, esses são aonde você tem que passar primeiro pelo secretário. Você tem de falar com a secretária, a secretária fala é mais isso pode esperar. Eles estão lá no fundinho, são aquelas pessoas que às vezes acham que é tão difícil te atender, quer marcar hora sabe, eu não posso julgar aqui, mas eu acho que são pessoas que não são assim totalmente comprometidas com a instituição.” (P12)

Influenciados pela crença equivocada de que a organização hospitalar é pública e que, portanto, é responsabilidade apenas do governo, os servidores se comportam de modo descomprometido, com falta de vontade em realizar

suas obrigações profissionais, falta de interesse em buscar e repassar as informações que poderiam auxiliar outros setores.

Em função disso os servidores se habituariam a realizar o processo de comunicação, a assumir posicionamentos, dar respostas e retornos apenas diante de cobranças, insistência e pressão das unidades solicitantes. Não são motivados pelo sentimento pessoal de responsabilidade e compromisso com a organização, mas pelas exigências internas de ação.

Para que haja comprometimento é necessário que o indivíduo se identifique com os objetivos e valores da organização a ponto de desejar manter-se como seu membro, a fim de satisfazer seus interesses e facilitar o alcance das missões organizacionais (FLAUZINO; BORGES-ANDRADE, 2008).

No entanto, o que se percebe no contexto das organizações públicas é que desmotivados com o serviço público em virtude dos baixos salários, frente à falta de perspectiva de melhoria, sem um plano de cargos e carreiras, o funcionário agarra-se ao emprego por uma questão de sobrevivência, mas não tem nenhum interesse naquilo que faz (RAPOPORT, 1997).

Outra particularidade das organizações públicas é a excessiva burocracia, principalmente, no que se refere à licitação e compra, o procedimento é lento, envolve requisições de compra com justificativas, memorandos de autorização junto a DAF, e um longo processo de concorrências entre empresas licitadoras. Algumas falas ressaltam esse aspecto.

“Planejamento, orçamento e custo a agente tem contato muito é só com estatísticas, dados, demonstração de atendimento é muita coisa burocrática, via papel, dados estatísticos, dados de atendimento, ela sempre vem aqui para nos informar se mudou alguma coisa, ou chama agente lá na sessão de faturamento.”(P11)

“Na administração eu tenho muita dificuldade por conta da burocracia, mesmo do serviço público. A maioria dos pedidos que eu faço aqui, que o departamento necessita, são materiais, medicamentos, assim mais complexos, mais caro, uma coisa

mais difícil, que através da farmácia) a gente demora pra fazer, ou as vezes fica caro, daí a gente solicita a administração, mas como o serviço é burocrático demora muito a aquisição.”(P4)

“Eu mando a minha requisição de material, então muitas vezes algum material que eu peço, o menino não manda pra mim, aí ela põe lá que não mandou, às vezes ela fala pro bolsista, oh fala pra sua chefe me ligar porque esse material aqui não manda pro ambulatório dela, aí eu ligo pra ela, converso com ela, justifico porque eu preciso daquele material, as vezes eu faço um memorando falando, olha eu quero que inclui esse material na minha lista, aí eu tenho que fazer um memorando solicitando que ele seja incluído, mas assim não é conversar muito, porque aqui o que se faz é requisição, o material que eu requisito aqui ele é bem específico pra cá, é gesso, é faixa, é assim bem específico”. (P8)

As organizações públicas são instituições complexas em função do alto nível de burocracia existente no seu funcionamento, essa características torna excessivo o controle de procedimentos, gerando uma administração engessada, complicada e desfocada das necessidades dos cidadãos (CARBONE, 2000; PIRES; MACÊDO, 2006).

Junto da burocracia está a ênfase dada as estruturas hierárquicas no funcionamento organizacional. Assim, muitos setores tendem a se disponibilizar mais diante de solicitações da Diretora e dos gerentes do que frente aos pedidos de funcionários que não estejam em funções de chefia. Em alguns momentos é necessária, a intervenção direta das Diretoras em questões simples que poderiam ser resolvidas e negociadas pelo bom senso.

“Eu atribuo isso ao número de pessoas, ao número de chefe, tem muita chefia, aquela história: muito cacique pra pouco índio. Então às vezes você quer resolver uma coisa tem que passar por varias pessoas pra chegar onde você quer e chegando às vezes você volta lá na ponta de novo, porque não é bem com aquela é com a outra, então a comunicação não flui bem.” (P10)

“Então a enfermeira faz uma solicitação lá e não arruma, passa um dia, dois, três, aí eu não vejo necessidade de eu intervir pra que aquele equipamento seja consertado, eu acho que a mesma solicitação que é feita pelo enfermeiro que ta lá, aliás a solicitação dele deveria ser prontamente atendida, não é?”

Porque ele ta ali, ta vivenciando, ele ta vendo o que está precisando, às vezes solicita um material do almoxarifado aí não manda, ou corta, aí precisa de você intervir, falar não pode, por isso, por isso, por isso. Então eu acho que isso é desnecessário, porque em todos os locais do Hospital, a gente tem profissional competente e responsável que sabe que faz a coisa melhor do que a gente.”(P2)

A centralização das decisões na figura dos Enfermeiros Gerentes e Diretoras, bem como a estrutura organizacional evidenciada pelo organograma da DE e da DAF, indicam que a instituição em estudo tem um funcionamento marcado pela forte hierarquização, verticalização da autoridade, estratificação e departamentalização excessiva.

Esse modelo de estrutura organizacional torna o processo de comunicação mais lento e sem condições de pronta resposta as demandas dos clientes e trabalhadores. Pois o excessivo número de gerências e coordenações torna longo o caminho da comunicação o que impede o retorno das informações em tempo hábil (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

Além da hierarquização há também a existência de muita burocracia no processo da comunicação organizacional da DE. A burocracia que hoje existe em grande parte das organizações públicas foi um conceito desenvolvido por Max Weber no contexto da revolução industrial, como sendo uma estrutura racional e legal com normas, regras e procedimentos formais estabelecidos e registrados (KRUMM, 2005).

Para viabilizar a burocracia tornou-se necessária a divisão do trabalho e a definição de cargos com delimitação de atividades e responsabilidades de cada funcionário. Além da ênfase nos registros escritos delimitando o caminho a ser seguido pelos empregados e pela organização salvaguardando ambas as partes de mau entendidos (KRUMM, 2005).

No Brasil a constituição do Estado de 1988 estabeleceu uma formatação organizacional de gestão para todas as organizações públicas baseada no modelo burocrático e normativo com a intenção de minimizar a possibilidade do mau uso dos recursos públicos com a finalidade de patronagem (KRUMM, 2005).

No entanto, a utilidade da estrutura burocrática no mundo atual do trabalho pode ser limitada haja vista que não foi possível identificar um padrão ideal de burocracia. Além disso, a estrutura piramidal da burocracia atribui maior poder, autoridade e controle ao topo da organização deixando insatisfeitos os empregados dos níveis mais baixos. O que muitas vezes os levam a se sentirem excluídos e optarem por trabalhar contornando o sistema quando deveriam seguir as regras (KRUMM, 2005).

E) Falta de visão sistêmica

Discute-se nessa categoria o quanto a falta da visão sistêmica traduzida no entendimento do hospital como um conjunto de setores e unidades interdependentes que tem por objetivo o trabalho integrado de seu corpo organizacional na prestação dos serviços de saúde (SENHORAS, 2007a), dificulta o processo de comunicação intersetorial da DE e o funcionamento da organização em estudo.

Por meio da leitura cuidadosa das falas dos participantes foi possível perceber a grande dificuldade dos enfermeiros em ter uma atitude sistêmica de gerenciamento dos serviços e unidades sobre sua responsabilidade. Limitação que acontece também no que diz respeito às áreas administrativas.

Os entrevistados apontam que normalmente tendem a se preocupar mais com o setor que gerenciam do que com o funcionamento global do hospital. Fato que se expressa na comunicação entre as unidades de enfermagem e os setores administrativos, dificultada em função do pouco interesse de ambas as partes em conhecer a necessidade, a realidade e a linguagem um do outro.

Cada categoria profissional fala e utiliza uma linguagem particular assim a falta de padronização na comunicação entre os subsistemas de um hospital é

uma das grandes causas do insucesso entre os profissionais de saúde e entre esses e a organização. Isso resulta em deficiência na qualidade da informação, em perda da relevância da mensagem bem como na predisposição a ambigüidades e dificuldades na troca de informações entre os subsistemas e inter-sistemas organizacionais de saúde (CONCEIÇÃO et al., 2006).

As estruturas habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros situam-se na esfera funcional, em que cada departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades estanques e definidas. Desse modo é possível que a conduta de se preocupar mais com o seu setor do que com o funcionamento de toda a organização seja um reflexo da estrutura linear verticalizada e departamentalizada da instituição hospitalar em estudo.

Outra possibilidade, é a influencia do modelo de formação do enfermeiro na aprendizagem da administração hospitalar que baseia-se nos princípios da Administração Clássica e Científica de Ford e Taylor (ERMEL; FRACOLLI, 2003; SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006).

A lógica desse modelo de administração, que parece ser o modelo adotado no hospital estudado, fundamenta-se no poder centralizado na chefia, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e sobre o comportamento formal dos funcionários, elaboração centralizada de programas e normas reguladoras do atendimento além da quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder quanto entre os distintos níveis hierárquicos (CAMPOS, 1998).

Em cenário de contínua mudança essa estrutura funcional de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas vem se mostrando insatisfatória. Por isso torna-se indispensável que a organização hospitalar condicione sua estrutura e funcionamento administrativo em direção ao compromisso assumido com a qualidade conforme os padrões das gestões administrativas organizacionais (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Ao se deparar com a disposição organizacional dividida em setores e departamentos, representada graficamente pelo organograma, pode se ter a percepção equivocada de que se trata de uma estrutura estática. Pensar

sistemicamente significa visualizar esse contexto de modo dinâmico, interdependente e integrado em suas funções (GONÇALVES, 1998).

No entanto, a realidade se mostra distante e divergente dos pressupostos sistêmicos e modernos de organização e gerenciamento. São tantos os problemas com equipamento, material e funcionários que cada unidade administra enfrenta no seu dia a dia, que torna-se difícil compreender e ajudar outros setores. A necessidade de fazer o seu próprio trabalho andar e se desenvolver impede que haja espaço e tempo para a cooperação e ajuda mútua.

“A gente não consegue enxergar de uma forma visível a dificuldade dos outros e com isso o que acontece, a gente fica muito nos nossos particularismos. Eu sou dono do meu pedaço, eu não consigo enxergar os outros pedaços com a falta de comunicação nesse sentido. Eu não consigo visualizar os outros setores, quando eu falo da UTI, eu falo com propriedade porque eu trabalhei lá eu conheço a realidade. E tentar enxergar os outros setores eu não consigo porque não conheço os outros setores.”(EG1)

“Eu acho que cada um se preocupa com seu próprio umbigo. Mas assim, basicamente, todos nós não temos estrutura, não temos garantia de que se eu olhar para os outros o meu também vai ficar tranqüilo.” (EG1)

O individualismo que marca a conduta de gerenciamento de alguns serviços em priorizar a si próprio impede a integração entre os setores, unidades e diretorias, o que gera um desencontro de informações, dificultando a comunicação e o funcionamento do hospital. Esse fato gera um sentimento de competitividade entre a equipe gerencial da enfermagem, pois a falta de visão integradora impossibilita a percepção de que o modo como uma unidade funciona tem efeito direto sobre outros setores.

“Quando eu me refiro ao egocentrismo das clínicas que já foi exposto por muitos funcionários não só funcionários, de repente se a manutenção fala, olha eu tento três bombas de infusão aqui e você resolve para onde vai eu vou dar para outro setor? Não eu vou ficar com as três porque eu sei que daqui a um mês eu vou ter três bombas estragadas, é isso, é falta de estrutura.”(EG1)

“Foi colocado que aqui tem gente qualificado, que está estudando, isso aquilo e aquilo outro. A gente tem uma falha, nos não conseguimos reunir para resolver esse problema. Ai fala assim: ah é a instituição que não dá condições, porque não dá pessoal. Mas a gente não consegue juntar o problema de cada em específico e resolver aí a gente fica o tempo inteiro, reclamando um daqui, o outro dali, e não acha solução.” (EG1)

Em virtude desse individualismo algumas unidades deixam de fazer um intercâmbio em fluxo horizontal com outros setores da organização no sentido de compartilhar alternativas e soluções implementadas na prática da assistência.

“Assim, é eu lembro muito de uma questão mais fácil de exemplificar. Por exemplo, o gerente faz, implanta um sistema na sua clínica e aquilo deu certo e não é passado para os outros setores, aquilo poderia estar melhorando outros setores.” (EG1)

Sabe-se que é comum no fluxo horizontal a queixa de que alguns setores da organização ocultam e omitem informações de seus pares, essa prática está baseada na postura equivocada de que ao “abrir o jogo” e compartilhar tudo o que se sabe o setor perderá seu poder de competitividade, assim ocorre o enclausuramento de unidades e até diretorias (TORQUATO, 2002).

Para que se tenha um olhar organizacional sistêmico sobre a dinâmica hospitalar é preciso perceber que apesar de cada indivíduo ser responsável por uma parte das atividades de assistência todos os funcionários do hospital devem compartilhar, planejar os processos e os recursos disponíveis de modo integrado. Os pressupostos da Teoria Sistêmica afirmam que o trabalhador, como ser social, é o principal elo de aglutinação dos grupos e por isso não pode ser negligenciado (KATZ; KAHN, 1973).

Outro aspecto que parece influenciar o olhar sistêmico é o papel gerencial e o perfil das competências necessárias a essa função que podem facilitar ou dificultar a comunicação organizacional.

Os participantes ressaltam que existe um perfil gerencial que contribui negativamente para os processos de comunicação da DE, são especialmente

aqueles gerentes que possuem limitações ou poucas habilidades para o relacionamento interpessoal. Essas, geralmente expressas pela dificuldade em ouvir, falar mais do que escutar, não ser empáticos, ou tímidos, introvertidos, pouco disponíveis para a comunicação e repasse de informação.

“Bom outra coisa é a dificuldade de relacionamento interpessoal tem gente que tem dificuldade de relacionar com o outro até com a gente mesmo, às vezes pela própria empatia, as vezes não tem porque acha que a pessoa é autoritária, que é entrona, que não te respeita aí você também não se relaciona com ela.”(EG1)

O gerente que dificulta a comunicação é excessivamente autoritário, chegando a causar medo nas pessoas de sua equipe pelo modo agressivo como se comporta e comunica. Parece, na maior parte das vezes, desumano e egoísta, preocupado apenas com seus interesses pessoais, demonstrando pouca importância pelas prioridades da equipe e do setor. Por todos esses motivos é considerado inacessível e auto-suficiente.

“Porque o gerente ele coloca o pensamento dele de uma forma tão autoritária que a pessoa desiste de tentar continuar o diálogo com o gerente e vai para a Diretoria. Afasta, dificulta mesmo a comunicação, a pessoa fica com medo e fala olha eu não falei com fulano e fulano porque eu fiquei com medo, porque da outra vez que eu tentei eu quase apanhei.”(EG1)

Essa forma de funcionamento do gerente atravança o processo de comunicação, pois este participa pouco dos momentos de reunião e decisão coletiva, porque está sempre sem tempo. Os entrevistados assinalam ainda como característica negativa para a função gerencial a falta de conhecimento técnico e a insegurança que esse fato traz para a tomada de decisões.

Hersey e Blanchard (1986) afirmam que uma organização só recebe o status de bem sucedida se ela possuir líderes dinâmicos e eficazes. A teoria situacional da liderança a dota o posicionamento de que liderar é um processo que resulta da combinação de três variáveis: o comportamento do líder, do liderado e a situação em que ambos estejam envolvidos.

Um gerente líder adota no contexto de trabalho, atitudes como: solidariedade, justiça, postura confiante, integridade, motivação dos subordinados. Preocupa-se com o treinamento de sua equipe para execução das tarefas, aconselha e orienta aqueles com baixo desempenho, oferece assistência técnica adequada, planeja e esquematiza o trabalho a ser feito e incentiva a lealdade do grupo por meio da participação coletiva e da escuta.

Por muito tempo, as organizações valorizaram modelos de funcionamento centrados na chefia, onde prevalecia o poder burocrático e a autoridade na realização das tarefas. Hoje se exige dos líderes e dirigentes uma postura que promova o envolvimento e participação das pessoas, enfim que ofereça um clima favorável ao desenvolvimento do potencial humano e da realização profissional (KANAANE, 1999).

Contini e Camara (2002) sugerem como ações a serem implantadas pela organização para incrementar a competência comunicacional de gerentes e funcionários: a capacitação gerencial, o planejamento estratégico, melhorar as condições estruturais de trabalho, intensificar o processo de troca de informação nas organizações para evitar o retrabalho e o desperdício de recursos causados pela desinformação, ampliar o processo participativo e rever os tipos de comunicação utilizados pela organização.

3.6 Compreendendo os fatores que facilitam a comunicação intersetorial na DE

Após leitura exaustiva das falas dos enfermeiros gerentes e das informações registradas no organograma durante as entrevistas individuais e grupais foi possível organizar os aspectos que facilitam a comunicação intersetorial da DE em seis categorias temáticas, descritas no quadro 12.

Nome da Categoria	Descrição da Categoria
Agilidade na circulação das informações	Repasse imediato da informação Retorno e posicionamento rápido Confirmar a veracidade e a fonte das informações recebidas Conferir o material recebido na hora da entrega Priorizar as urgências
Suporte da estrutura hierárquica organizacional	Livre acesso a Diretoria e Coordenações Visita da Diretora às clínicas. Intervenção das Diretoras e Coordenadoras para solução de problemas Falar diretamente com o gerente Perfil gerencial que facilita comunicação
Articulação e Integração entre unidades e setores	Proximidade geográfica entre os setores Falar diretamente com o enfermeiro do outro setor Compreender o funcionamento, as necessidades e particularidades dos outros setores Compreender o modo de ser e de relacionar do gerente do outro serviço Justificar os pedidos explicando ao receptor a necessidade da solicitação Ter funcionários dos setores administrativos de manutenção e limpeza dentro das unidades de enfermagem
Intensificação das situações problemas	Exagerar na gravidade da situação, dizer que é urgente quando na verdade não é. Aumentar o número de materiais solicitado na tentativa de ser melhor atendido.
Postura profissional cooperativa	Habilidades Interpessoais: ouvir, empatia, atenção, apoio, delicadeza, educação; Respeito pelo outro – somos todos iguais no hospital Disponibilidade e prestatividade de receber as informações e procurar a solução Envolvimento e comprometimentos dos funcionários em atender o hospital
Uso da comunicação informal	Encontros pessoais e reuniões Uso do telefone Escolha do emissor por meio de critérios subjetivos de amizade, simpatia e camaradagem coleguismo

Quadro 12. Categorias temáticas dos fatores que facilitam o processo de comunicação intersetorial da DE. Goiânia, 2009.

Para melhor compreensão das categorias temáticas cada uma será apresentada e discutida a seguir.

A) Agilidade na circulação das informações

Na perspectiva dos enfermeiros gerentes a agilidade no processo de comunicação intersetorial depende de alguns fatores como repassar as informações imediatamente após recebê-la, dar retorno aos outros setores mesmo que não seja positivo ou que seja para informar da necessidade de espera. Compõe também essa categoria os comportamentos de fazer o que é pedido com rapidez, e quando possível, assim que solicitado. Conferir no momento da entrega os materiais recebidos do almoxarifado ou da central de material bem como priorizar as situações de urgência de cada setor.

“Eu procuro atender naquele dia, para não acumular pro outro dia, todas as solicitações, por exemplo, se uma sessão de pessoal me pede uma relação de funcionários que estão de plantão no mês que vem, ah até o dia 20, eu procuro entregar antes do prazo, porque vai que chegue outra solicitação que eu tinha que entregar até o dia 20. Ai acumula.” (P11)

Como em toda organização a velocidade no repasse das informações é considerado pelos entrevistados como fator determinante no sucesso do processo de comunicação intersetorial do hospital em questão. Assim uma resposta ágil diante de memorandos, pedidos de relatórios, pedidos de solicitação de reparo e manutenção é imprescindível nesse contexto.

Os entrevistados demonstram ter consciência de que é tarefa do gerente o repasse e disseminação das informações recebidas pela comunicação descendente advindas da DE e DAF bem como de suas coordenações.

As falas evidenciam modos diferentes de divulgação das mensagens, alguns enfermeiros gerentes preferem falar a cada funcionário em particular, enquanto outros optam por reuniões, ou informes afixados nos murais.

A escolha do método de disseminação depende do perfil de cada gerente, da urgência do repasse da informação e das especificidades de cada unidade como tamanho do setor, quantidade de funcionários e demanda de trabalho. Nos setores ou períodos onde há menor demanda de trabalho é

possível realizar reuniões de equipe já nos períodos ou setores de maior sobrecarga o contato pessoal e os informes escritos são mais pertinentes.

Os participantes evidenciam em suas falas que compreendem as limitações das unidades administrativas em atender as solicitações de modo imediato, por isso apontam que é indispensável um posicionamento das mesmas quanto ao tempo de espera e possibilidades de ações alternativas para que os problemas sejam resolvidos.

É possível constatar, de acordo com o conteúdo das entrevistas, o quanto o retorno da comunicação é importante para o funcionamento das unidades de enfermagem. Mesmo que seja negativo um posicionamento real evita falsas expectativas ou promessas de soluções ilusórias.

“Eu confiro, eu fica em cima; oh eu tô esperando solução, tô esperando solução, sabe mesmo que positiva ou negativa ela tem que vir registrada pra mim arquivar e guardar o documento.” (P1)

“O meu contato é com a enfermeira que é uma pessoa super atenciosa é colega e se preocupa em resolver o problema, então flui perfeitamente, ou é sim ou é não, ela me responde. Não necessariamente a pessoa tem que te atender de forma positiva, mas pelo menos te dar um retorno, é isso que eu falo sempre pra eles.” (P10)

“Na coordenação de pacientes internos, é isso que eu falei que flui bem, porque a coordenadora é bem objetiva, dá até soluções pra você, se num tem de uma forma, tenta resolver de outra, se não tem acabou, não te dá esperança falsa.” (P10)

“Na diretoria de enfermagem, sempre que eu solicito alguma coisa, se ela não pode me atender ela avisa porque ela não pode me atender. Nem que seja pelo telefone, mas normalmente como eu sei que a diretora de enfermagem é muito ocupada, eu vou lá fico minutos, horas, esperando ela solucionar ou me dar uma resposta”. (P11)

“Coordenação de material, setor de almoxarifado tranquilo, agente solicita os materiais por escrito tem um impresso próprio, o que tem, tem, o que não tem, não tem, eles escrevem na frente e avisam que não tem, lá ou é ou não é.” (P11)

Assim os participantes demonstram preferir administrar uma resposta negativa, mas verdadeira, do que as indicativas de possibilidades distantes e sem confirmação. Quando conscientes das dificuldades de compra de material, reparo e manutenção de máquinas procuram investir na busca de formas alternativas de solução como doação, empréstimo, entre outros.

Ainda no sentido de agilizar o processo de comunicação para torná-la eficaz os entrevistados contam que outra estratégia facilitadora é a conferência do material enviado da CME e do almoxarifado. Esse comportamento evita o retrabalho, o dispêndio de tempo com novos deslocamentos para entrega de produtos faltosos e ainda dificulta a circulação de recursos e equipamentos com defeito. No entanto, chama atenção o fato de que o comportamento de conferir as entregas deveria ser parte da rotina de todas as unidades.

“Você tem de conferir o material na hora que chega pra você dar uma resposta de imediato caso haja alguma falha porque se não eles falam assim, esse termômetro você requisitou ontem e você vem trazer esse problema pra mim hoje? Vocês quebraram lá? É dessa natureza.” (P12)

O conteúdo das entrevistas apontou como aspecto que facilita a comunicação intersetorial da DE a iniciativa de alguns dos enfermeiros gerentes na busca ativa de informações utilizadas no funcionamento de seus setores, seja no intuito de confirmar a veracidade e credibilidade da fonte e das mensagens que recebem, ou na intenção de encontrar o depositário das informações necessárias para resolução dos problemas de sua unidade bem como para que suas solicitações de compra e reparo se consolidem.

“Eu não espero as coisas acontecerem, ah quem que resolve? Ah não sei quem que resolve. O problema é aonde? É no ambulatório? Ai eu vou lá e converso com todo mundo, sento na mesa do chefe, sento na mesa do funcionário, você que faz isso pra mim? Vou fazendo uma rede até eu conseguir alguém que resolva, a hora que eu consigo passo pros outros, então assim eu não tenho esse problema, eu nunca tive problema de comunicação aqui.” (P8)

“Eu preciso de alguma coisa, não resolvo por telefone vou lá: olha eu vim aqui porque por telefone eu fiquei esperando um

tempo, eu achei que era mais rápido eu vir, não tenho preguiça de andar, eu vou. Então eu tenho uma comunicação boa, eu não tenho problema no hospital de comunicação, eu sei que as informações que eu preciso receber eu recebo, normalmente a comunicação da diretoria pra cá é via ofício memorando, então a gente recebe, assim o que recebeu, você lê e passa, as respostas que você tem que dar, quando é um aviso eu já coloco atenção, leiam todos, fulano você leu? Li mas não entendi o quê que é isso, aí eu explico.” (P8)

“Eu tenho aquele jogo de cintura pra agilizar as coisas, então é agir rápido, é iniciativa, sempre iniciativa, agir rápido, não deixar as coisas perecerem, esperar acabar tudo pra depois arrumar, esperar detonar tudo, você tem que ter seu jogo de cintura, você vê que é prioridade, olho clínico, você observa isso que tem que arrumar, isso não pode esperar, isso aqui nós temos que agir rápido, isso aqui eu tenho que melhorar, é uma coisa que ninguém tá me pedindo mais eu quero melhorar, eu quero que seja melhor pro meu serviço, eu tenho que ir atrás, eu tenho que pedir”. (P13)

É importante ressaltar que as ações de repasse, retorno e busca de informações são tarefas obrigatórias da função gerencial de recepção e transmissão de informação, que caracterizam o gerente como disseminador e porta-voz de sua equipe (TREVIZAN et al., 1998).

Do mesmo modo, a conferência do material recebido faz parte do processo de solicitação e entrega. Assim esperava-se que esses comportamentos já fizessem parte do repertório diário das atividades das unidades de enfermagem e não fossem considerados aspectos diferenciais, que acontecem esporadicamente.

A otimização do tempo também é apontado pelos participantes como fator impulsor da comunicação intersetorial da DE, desse modo os entrevistados relatam priorizar as situações de urgência e emergência que requerem respostas imediatas ou de curto prazo deixando para segundo plano pedidos ou atividades que oferecem mais tempo para serem comunicadas e repassadas como relatórios e estatísticas.

A fala dos entrevistados evidencia que dentro da lógica emergencial das atividades da enfermagem considera-se urgência toda situação que envolve o

cuidado direto com paciente. Assim as tarefas administrativas podem ter uma tolerância maior de tempo para serem concluídas.

“Depende se for solicitação de vaga, por exemplo, que é o que o pessoal mais traz para cá, é pela ordem de chegada, a não ser as emergências, se é relatório, são poucos e aí a gente faz. Relatórios que são solicitados aqui geralmente nós já temos os dados, querem saber quantos pacientes, taxa disso, taxa daquilo isso eu já tenho pronto, faço de rotina, então é só encaminhar.” (P5)

“Eu priorizo, tem coisas que tem que ser naquele dia, eu priorizo e faço rápido, tem coisas que não dá pra esperar, se eu esperar acontece coisa errada, ou deixa de fazer um procedimento.” (P13)

Foram aqui apresentados e discutidos comportamentos que podem agilizar a circulação das informações na comunicação intersetorial da DE, todos eles dizem respeito a ações que buscam o fechamento do processo de transmissão e recepção das mensagens.

O conceito processual da comunicação (BERLO, 2003) assim como a Teoria da Pragmática da Comunicação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967) utilizados como referencial teórico que dá base a essa dissertação defendem que não existe processo de comunicação sem o retorno do receptor ao emissor, seja esse retorno uma resposta por escrito ou um comportamento atendendo aos anseios do receptor. Desse modo para que ela seja processual e dinâmica deve ser um fenômeno de mão dupla.

O retorno da informação é necessário porque aumenta a confiança do emissor e reduz as incertezas da recepção da mensagem (AMADO; GUITTET, 1978). Promover mais confiança e autonomia no nível intrapessoal da comunicação é um modo de incentivar que as relações organizacionais se estabeleçam em clima de respeito mútuo. Além disso, é importante descobrir a natureza e os tipos de canais de comunicação que melhor realizam a ligação com as diversas posições da estrutura organizacional (TORQUATO, 1986).

A reação do receptor a ação do emissor determina a relação de interdependência comunicativa entre o setor que emite e aquele que recebe a mensagem (BERLO, 2003).

Assim o feedback é útil para que o emissor analise sua eficácia comunicacional e oriente suas ações futuras. Se o retorno é imediato e positivo a fonte mantém seu comportamento, se ele é lento ou negativo indica ao setor emissor a necessidade de modificar sua atitude em aperfeiçoar a mensagem, escolher outros canais mais eficientes ou ainda optar por outros receptores (BERLO, 2003).

B) Suporte da estrutura hierárquica organizacional

Nessa categoria apresentam-se aspectos relacionados ao respaldo que os enfermeiros gerentes encontram na estrutura hierárquica formal do hospital que facilitam o processo de comunicação intersetorial da DE.

Os entrevistados relatam ter livre acesso a direção da DE, encontrando sempre abertura para compartilhar seus problemas profissionais e até mesmo pessoais. Dificuldades e dúvidas quanto à rotina de gestão de pessoal, falta de recursos, equipamentos ou materiais bem como problemas com a normatização da assistência, fazem parte do conteúdo dessas comunicações, conforme já discutido anteriormente no tópico sobre o fluxo ascendente de comunicação na DE.

“Na coordenação de pacientes internos é onde eu derramo todos os meus problemas, em cima da cabeça da coordenadora. Todos os problemas que eu sofro aqui, tanto de pessoal, quanto de material, necessidade de material, pessoal que eu tenho eu procuro apoio com ela na sessão de pacientes internos e automaticamente com a DE, com as duas cotidianamente, com a DE tudo, tudo, tudo, toda a situação que acontece na clínica eu participo a elas e elas estão sempre nos apoiando para a solução das questões.” (P1)

“Eu acho que funciona e porque nós estamos muito próximos de todos os setores, e nossa diretoria aqui, a nossa coordenação é uma porta aberta né, então todo mundo que queira falar conosco seja por telefone ou pessoalmente, é na hora, a não ser que alguém espera um pouquinho, mais não tem essa, ah amanhã, ou então a pessoa liga, oh vem aqui no setor agora, nós estamos sempre disponíveis.” (P6)

A constante disponibilidade e abertura das Diretoras e Coordenadoras da DE em receber e atender a equipe de enfermeiros gerentes favorece a comunicação e incentiva que cada vez mais esse canal seja procurado por todos.

Os entrevistados ressaltam as habilidades interpessoais de escuta, empatia, apoio e acolhimento das Diretoras e Coordenadoras como facilitadores da comunicação, pois tal postura gera naqueles que as procuram o sentimento de confiança, respeito e segurança em expressar suas dúvidas e limitações.

“O ouvido que elas me dão, o fato delas me ouvirem, as vezes também elas num tem nem condição de chegar aqui e resolver a situação, mas elas me escutam, me apóiam nas minhas decisões, então o fato delas estarem lá sempre me apoiando, me dando ombro, me dando atenção me ouvindo, é que facilita essa comunicação da gente.” (P1)

“Tanto a coordenadora de pacientes externos, quanto a coordenadora de pacientes internos e a Diretora, são boas ouvintes, todos os problemas que chegam lá pra elas, elas falam com o gerente, não é aquela coisa assim: não vou ouvir isso não, porque isso é uma bobagem. Elas te ouvem e te dão uma solução: olha é melhor você não mexer com isso agora, ou então é melhor você fazer assim, ou isso não da pra fazer, isso não tem como, então assim, o que tem solução e elas podem dar solução elas dão, ou às vezes procuro solução de um cartão: vamos juntas ver como a gente resolve isso, às vezes é problema de espaço, vamos juntas ver: não essa não tem condição não, não tem como resolver. Então não enrola primeiro ouve então a melhor coisa que você tem pra resolver as coisas é ouvir, porque às vezes ouvindo você tem a solução rápida, então acho que o que facilita aqui é a atenção dos ouvintes.” (P8)

Além da disponibilidade pessoal de ouvir, também a disposição da direção para tomada de ação marcam o processo de comunicação junta a DE.

Os participantes relatam que diante de dificuldades, conflitos e problemas gerenciais entre as unidades de enfermagem, entre elas e as seções administrativas, a diretora e as coordenadoras estão sempre prontas a intervir para favorecer a negociação e alcançar uma solução.

Isso se reflete na fala dos representantes da DE ao se posicionarem sobre essa questão.

“Então a enfermeira lá do pronto socorro faz uma solicitação lá e não arruma, passa um dia, dois, três, aí eu não vejo necessidade de eu intervir pra que aquele equipamento seja consertado, eu acho que a mesma solicitação que é feita pelo enfermeiro que está lá, aliás a solicitação dele deveria ser prontamente atendida, não é? Porque ele está ali vivenciando, ele está vendo o que precisa. Às vezes solicita um material para o almoxarifado aí não manda, ou corta, aí precisa de você intervir, falar que não pode, por isso, por isso, por isso, então eu acho que isso é que é desnecessário, porque em todos os locais do Hospital, a gente tem profissional competente e responsável que sabe e faz a coisa melhor do que a gente, mas...” (P2)

“Qualquer um que ligar aqui e falar, olha eu to com problemas aqui assim, isso ta acontecendo todo dia aqui, todo dia. Aí a gente intervém, eu acho isso muito ruim, porque isso é um fator dificultador do trabalho, porque não precisa disso, todo mundo aqui é responsável, as pessoas sabem o que estão solicitando, então a gente tem que ter a responsabilidade pra solicitar e atender a pessoa que ta pedindo.” (P2)

“Quando chegam solicitações de equipamentos, por exemplo, solicitando a aquisição de algum equipamento que elas acreditam que estão demorando, aí eu vou direto na sessão Administrativa e converso com a Diretora Administrativa pra agilizar.” (P5)

No entanto é importante refletir sobre os benefícios e prejuízos da constante intervenção da direção da DE junto aos problemas das unidades de enfermagem. Apesar de os entrevistados avaliarem essa intervenção como positiva porque agiliza a tomada de decisão e resolve os problemas é possível que essa conduta traga conseqüências secundárias negativas.

Os setores podem criar o hábito de só efetivarem os pedidos e solicitações mediante o pedido da direção da DE, o que gera demora nas

respostas, desrespeito e descrédito àqueles que inicialmente emitiram a solicitação e ainda sobrecarrega a diretora e as coordenadoras em função da dependência das unidades de enfermagem em relação a elas.

Com a intenção de facilitar o processo da comunicação intersetorial da DE os entrevistados relatam que em alguns momentos a Diretora e coordenadoras da DE visitam as unidades de enfermagem estabelecendo um canal direto de comunicação com as mesmas. As visitas se mostram como uma possibilidade de aproximação entre às unidades de enfermagem e a DE, pois demonstram o interesse da direção em conhecer as necessidades de cada setor.

“Eu saio daqui de manhã eu vou resolver problemas na clínica médica, na clínica cirúrgica, eu vou ao pronto socorro, ao pronto socorro infantil, onde tiver. De manhã geralmente é a hora que eu ando nesse Hospital, todo, eu até falei com as meninas que vou passar uma época de manhã e outra a tarde e outra à noite porque muitas vezes as pessoas gostam, precisam conversar com a gente e o horário às vezes não possibilita a pessoa de vir aqui e pra facilitar a comunicação a gente vai.” (P2)

“Para repassar as informações eu tenho uma dinâmica de ir de setor em setor, tanto que ontem de manhã nós reunimos com o enfermeiro do ambulatório, com a ortopedia, pra conversar sobre o novo formulário, depois nós reunimos com o ambulatório A, depois com o da pediatria, então eu vou porque acho muito difícil tomar uma decisão ou tentar buscar uma informação se não for direto com a própria gerente.” (P6)

A busca ativa de informações por parte da diretora e coordenadoras da DE no sentido de ampliar os canais e o alcance da comunicação através das visitas e reuniões setoriais demonstram o compromisso da direção da DE em manter sua equipe informada e atualizada.

Além disso, a aproximação da DE junto as unidades de enfermagem se mostra como uma tentativa da de diminuir os contrastes da hierarquização presente na estrutura de gestão do hospital em estudo. Isso evidencia a tentativa dessa diretoria em acompanhar as tendências da gestão contemporânea que pressupõe a democratização de informações, a

proximidade, diálogo com servidores e a participação de todos nos processos de tomada de decisão (CECILIO, 2000a).

Ainda na categoria temática de suporte da estrutura hierárquica grande parte dos entrevistados narra que um forte facilitador da comunicação intersetorial é fazer com que ela aconteça de gerente para gerente. Como demonstra as falas abaixo.

“Eu procuro entregar na mão do gerente, não é que eu não respeito o serviço dos secretários não, mas o secretário ele não sabe a necessidade, ele não sabe a importância do meu pedido. Na minha opinião o gerente sabe, ele tem que saber a importância de eu estar pedindo aquilo.” (P1)

“Então existem coisas que só o gerente mesmo resolve. Talvez até pela autonomia que não é dada ao funcionário para que ele resolva. Chego no gerente ou supervisor e passo o problema que estou tendo e a real necessidade na resolução daquele problema, e eles tentam solucionar mais rápido.” (P3)

“Eu procuro sempre o chefe, sempre. Porque ele que está a par de toda a dinâmica, ele que sabe da disponibilidade de recursos, da disponibilidade de pessoal, se pode fazer naquele serviço, naquele tempo ou não. Então ele que assume a responsabilidade de avançar ou não naquela atividade, então sempre com o chefe. Às vezes quando eu faço com algum subordinado eu chamo o chefe e ele vai junto, eu jamais vou direto no subordinado.” (P6)

“Quando não resolve aí você fala com o gerente. Na engenharia, aqui no almoxarifado normalmente, quando tem problema aí você tem que falar diretamente com o gerente, porque os funcionários não resolvem.” (P8)

“Quando começar a demorar um pouquinho mais eu uso o telefone e falo direto com o gerente, é mais rápido. Não sei, acho que o próprio funcionário já espera, ou porque ele tá acumulado, ou porque falta algum material para nos atender e ele depende da gerência para isso, aí eu tenho a impressão que quando fala com o gerente ele já providencia mais rápido.” (P11)

“Eu procuro o gerente, eu já procuro ele, porque resolve mais rápido com o gerente. São problemas de gerência mesmo, por exemplo, se eu quero que requisite um material, se eu quero que mude algumas coisas em relação a conduta de Enfermagem, conduta de cuidados, tem que ser com o gerente

porque ele vai passar pra toda a equipe, primeiro eu passo pro gerente, alguma norma, alguma conduta, algum material que ta faltando, alguma coisa que vai passar requisitar, converso diretamente com o gerente. Se eu converso com outra pessoa, a pessoa vai falar assim, não procura o gerente da UTI, então ele resolve mais rápido, porque muitas vezes o funcionário ta cuidando de tantos pacientes que não tem tempo de dar atenção, não é que ele não queira é que ele não tem tempo, a função dele é outra naquele momento, e essa função de resolver os problemas geralmente é da gerência dos supervisores, então é ele que vai resolver.” (P13)

As falas demonstram que a escolha de falar diretamente com o chefe da seção segundo os entrevistados envolve vários fatores como a autonomia e capacidade de resolução que possuem os profissionais em função gerencial, o fato de haver entre os gerentes uma compreensão mais clara e abrangente das necessidades administrativas, as dificuldades de repasse de informação dentro da própria unidade de enfermagem. Além disso, é possível que os servidores que não estão em posição de liderança tenham um conhecimento restrito sobre o funcionamento global do hospital o que pode gerar pouca percepção de prioridade e imediatismo comprometendo o retorno da informação.

Vale ressaltar que o pensamento sistêmico organizacional não é privilégio apenas da equipe gerencial, ele deve ser desenvolvido e disseminado entre todos os servidores do hospital para que cada um esteja consciente de sua responsabilidade e da influência que seu trabalho exerce na qualidade do serviço oferecido aos clientes (KATZ; KAHN, 1973; MORGAN, 1996).

Pensando na importância do gerente como administrador dos processos de comunicação organizacional, em entrevista grupal, foi pedido aos participantes que descrevessem as características do perfil gerencial que facilita a comunicação intersetorial da DE.

Os entrevistados narraram que o gerente deve ser comunicativo, compreensivo, aberto a mudanças, possuir visão global, conhecimentos técnicos da realidade em que atua. Deve ser socialmente habilidoso, ter bom relacionamento interpessoal com todos, saber ouvir outras opiniões, ser flexibilidade, disponível e sincero. Deve ser um profissional equilibrado que saiba administrar situações de estresse, democrático, com bom senso e

humildade. Além disso, deve ser capaz de aceitar os problemas dos outros e também os da organização.

A descrição dos entrevistados sobre o perfil gerencial que facilita a comunicação intersetorial reflete as discussões atuais sobre a aquisição de novas competências para a tarefa de gestão em enfermagem.

Estudos sugerem que o enfermeiro gerente deve saber agir, trabalhar em equipe, saber se comunicar, assumir responsabilidades, ter visão estratégica, adaptar-se a novas situações, ser flexível e ter capacidade de relacionamento. No entanto, alcançar tais competências requer esforços contínuos na busca pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional (CORNIANI; GALVÃO; SAWADA, 2000; CUNHA; NETO, 2006; RUBIN; BALAJI; BARCIKOWSKI, 2008; GILLESPIE et al., 2009).

Confirmando e corroborando a fala dos participantes quanto à descrição do perfil do gerente enfermeiro que facilita o processo de comunicação intersetorial da DE temos o modelo de competência para líderes enfermeiros desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Liderança em Enfermagem da Califórnia. O modelo proposto está baseado em seis categorias de atitudes, conhecimentos e habilidades: maestria pessoal; eficácia interpessoal; domínio de gestão recursos humanos; de gestão financeira; autocuidado e cuidado para com seus subordinados e pacientes e por fim pensamento sistêmico (SHERMAN et al., 2007).

No centro da categoria eficácia interpessoal estão as habilidades de saber ouvir, tratar a todos com respeito, estabelecer relações cooperativas e positivas com colegas e a instituição, saber expressar e articular suas idéias de modo verbal e ou escrito, envolver sua equipe nos processos de tomada de decisão, valorizar a opinião dos funcionários, saber adequar seu estilo de comunicação as necessidades de sua equipe e de seus pacientes, expressar suas críticas e desagrados de modo construtivo, valorizar a diversidade, saber dar e receber feedback e promover junto a sua equipe autonomia profissional e responsabilidade (SHERMAN et al., 2007).

Como se vê, o entendimento de que a comunicação é uma das mais relevantes competências gerenciais do líder é uma tendência mundial. Pois é por meio da comunicação que o gerente pode influenciar, estimular, corrigir, informar seus funcionários para poder criar uma relação de interdependência e coesão em sua equipe trazendo um impacto positivo para o desempenho da mesma (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998; CORNIANI; GALVÃO; SAWADA, 2000; RUBIN; BALAJI; BARCIKOWSKI, 2008; GILLESPIE et al., 2009).

C) Integração e articulação entre as unidades e setores

Esse item discute os aspectos de integração e articulação entre os setores da DE e da DAF que favorecem o processo de comunicação intersetorial. Tais aspectos podem ser geográficos como a proximidade física entre os setores, ou ainda ligada ao funcionamento da DE.

Compreender as especificidades de cada unidade, falar diretamente ao enfermeiro do serviço, justificar os pedidos e solicitações de compra de material e ter funcionários dos setores administrativos dentro das unidades de enfermagem são alguns dos fatores que podem facilitar o processo de comunicação organizacional do hospital em estudo na perspectiva dos entrevistados.

No que se refere à localização geográfica os entrevistados relatam que a proximidade física entre setores favorece a interação e incentiva os pedidos de empréstimo de material e equipamento como mostram as falas a seguir.

“Com o serviço de hemodiálise nos temos essa relação muito boa eu acho que por aproximação, acho que pela nossa aproximação física né é tudo mais fácil, é tudo rapidinho também, a gente salva lá, eles salvam nos aqui.” (P1)

“Com o serviço de urgência e emergência tanto adulto como pediátrico, é o dia-a-dia, a gente trabalha junto, não tem como você não comunicar é muito próximo o trabalho a pessoa também é muito acessível, então é diferente dos outros, eu

acho, quem sabe também pelo espaço físico que é muito próximo.” (P11)

“Nos trocamos impressos, trocamos as nossas dificuldades, às vezes vem buscar material, as vezes nós pedimos emprestado lá, as vezes o nosso daqui não esta esterilizado, porque a gente tem, um exemplo são máscaras de oxigênio, respirador, então as vezes o nosso foi utilizado e não foi esterilizado, daí nos corremos lá porque ele tem dois. E vice-versa, é um impresso que falta, a clínica é mais próxima, nos corremos e pedimos emprestado e eles nos emprestam, eles não têm, vem aqui e nos emprestamos.”(P12)

A proximidade geográfica pressupõe a necessidade do contato diário, conseqüentemente, o estabelecimento de vínculos pessoais e profissionais. No entanto, mais do que a interação física os participantes relatam a importância da interação funcional, de conhecer e compreender o as unidades com as quais se relacionam. Narram que ao conhecer a real necessidade da unidade os setores administrativos se tornam mais dispostos a colaborar e oferecer um serviço mais eficiente. Além disso, o bom relacionamento e integração entre as unidades é também uma estratégia para driblar a falta de recursos e equipamentos.

Se o clima organizacional entre as unidades e setores é satisfatório os enfermeiros gerentes se sentem seguros para buscar junto aos colegas respostas e alternativas para as suas dúvidas, sem que isso lhe traga constrangimento.

“Como eu te falei, os setores que conhece a nossa realidade a gente comunica melhor, então falta esse conhecimento, o que atrapalha a comunicação é a falta de conhecimento, que a medida que o setor de engenharia, da mecânica, do patrimônio chega na pediatria vê a dificuldade que é, vê a necessidade, é lógico que vai ser mais eficiente, vai atender quando solicitar.” (P4)

“Nós temos de ter um relacionamento muito bom com as clínicas para o serviço fluir, porque nos já temos uma carência de material se a gente tiver essa facilidade de ir até a UTI, se eu tenho, por exemplo, um PVC para instalar, e eu instalo lá de vez em quando e eu quero ter uma segurança maior então eu preciso ter uma comunicação boa e um entrosamento bom para chegar e dizer para a gerente da UTI: tem como você dar uma

chegada ou mandar um enfermeiro seu? Porque isso é crescimento, isso é segurança dá pra gente ver se tá tudo ok com aquele paciente. Então eu sempre faço isso, eu não tenho esse negócio de o meu é aqui não, eu corro na UTI, eu vou à tropical.” (P12)

As especificidades de algumas unidades como a UTI e a Clínica Pediátrica, por exemplo, em função da gravidade ou especificidades da clientela, podem funcionar como aspectos facilitadores da comunicação intersetorial na DE, pois mobilizam mais os responsáveis pelas áreas administrativas por isso as respostas e retornos costumam ser mais rápidos e objetivos.

“Quem trabalha em UTI tem essa vantagem, acaba que utiliza um pouco desse negócio do paciente grave que vai morrer para fazer as coisas mudarem. As pessoas também olham os serviços de terapia intensiva, parece que com um pouco mais de cuidado. Não se é para a UTI tem que fazer!” (P5)

Nos casos em que o funcionamento de um setor interdepende do outro como é a situação da Triagem e o Pronto Socorro ou da CME e o Centro Cirúrgico a necessidade de integração e articulação se torna ainda mais intensa. Se a comunicação entre essas unidades não funcionar bem em virtude da falta de informações, ou por causa de conflitos interpessoais entre os funcionários todo o serviço de assistência desses setores pode estar comprometido.

“A pessoa também é muito acessível, assim mais amável, mais solicita, que conversa e procura dar resposta. Se preocupa com o trabalho da gente, ou até mesmo porque o nosso trabalho organiza um pouco esse setor de urgência pediátrica e adulto, então ela sente nossa falta quando nós não estamos.” (P11)

Setores menores, com atendimentos menos complexos como é o caso de alguns ambulatorios possuem um número menor de funcionários por isso, tende a ter pouco volume de informação tanto para receber quanto para

repassar. Assim nessas unidades o processo de comunicação intersetorial se torna mais eficaz porque sofre menos barreiras e distorções. Além disso, essas unidades têm um círculo de relacionamento intersetorial reduzido porque precisam pouco de outros setores da enfermagem ou da área administrativas.

“São ambulatórios menores, e por serem menores, eles têm uma demanda menor, e acaba assim, facilitando mais o atendimento e a comunicação. É mais fácil, tem menos especificidade. Por exemplo, a pediatria atende só criança e vacina, então quer dizer, é um atendimento mais restrito. A ortopedia também atende gesso e a consulta, então são atendimentos mais restrito.” (P6)

“Eu não tenho maiores problemas, ah você não quer me dar o leito, nos não temos problemas lá, por exemplo, eu ligo lá na ortopedia, igual ontem, eu preciso de um leito, aí eu conversei não foi nem com uma enfermeira, foi com uma técnica, ela falou assim, olha eu tenho uma enfermaria aqui, foi desocupada, tinha um paciente com infecção e ela ainda vai ser lavada, que horas você pode me disponibilizar esse leito? Depois do meio dia, então tudo bem, eu subo com o paciente depois do meio dia, entendeu, tem uma flexibilização, o paciente fica aguardando aqui a hora que puder subir eu subo, sem problema nenhum, então não tem essas coisas, eu vou mandar o paciente agora, você que se vire, põe ele em outra cama, não temos isso, porque não é urgência, é cirurgia letiva.” (P8)

“Na AIH é a mesma coisa, porque é uma coisa que não depende de nós, eu encaminho o AIH pra ela, ela encaminha pra secretaria, aí é com eles, é o tempo deles, não tem como eu falar, ah eu preciso desse AIH, quando é um AIH que eu preciso encaminhar com urgência, aí eu já pego um palpezinho assim e escrevo urgência, aí ela já encaminha pra vir separado, e vem dentro do prazo estipulado, a gente não tem maiores problemas não. A comunicação nossa é boa.” (P8)

“Talvez seja ate o tipo de demanda, de serviço que eles oferecem porque, por exemplo, na ortopedia eu preciso é de leito, se não tem leito eles já falam: não tem leito, ou tem leito, mas vai demorar, é mais simples, quer dizer eu tenho a vaga, mas não tem como. É uma coisa rápida, parece que é meio visual você fala: serve ou não serve, não é igual a manutenção que as vezes depende de aparelho, de pessoas, e muitas vezes são coisas mais difíceis.” (P8)

De acordo com os entrevistados outro modo de ampliar o conhecimento de um setor em relação ao outro e, conseqüentemente, facilitar o processo de

comunicação intersetorial é apresentar boas e convincentes justificativas no momento das solicitações de material e equipamento.

Os participantes relatam que o impresso para requisição e compra de material possui um campo específico para justificativa e que memorandos também podem ser utilizados com essa finalidade.

“Eu escrevo de forma explícita as minhas necessidades né, eu explico. Geralmente nos pedidos de compra de aparelho já vem o local lá pra gente justificar a necessidade do aparelho. Então tudo tem justificativa, porque lá na diretoria de enfermagem, por exemplo, na coordenação, quando eu preciso de um bolsista ou um funcionário eu tenho que mandar memorando justificando também, então se dá dessa forma, a gente manda ofícios, memorandos, ou fala verbalmente justificando sempre as necessidades.” (P1)

“Quando chega uma requisição dessa lá, dobrando o volume, o rapaz que preparo o material não entrega, entrega só o tanto que ele é acostumado a mandar, aí eu fala para ele pedir para a chefe dele me ligar. Então de lá mesmo ela liga pra mim, eu to com uma requisição aqui, é isso mesmo que você quer? É. Porque aumentou desse tanto? Aí eu já as vezes já justifico por telefone, aí ela fala assim, vou mandar o material, e você manda uma justificativa pra mim por escrito, o menino já desce com o material e a justificativa já sobe. Não temos problemas.” (P8)

“Ressaltar a importância daquela solicitação ali no meu serviço, por exemplo no controle de qualidade se não tem o material que de repente é novo, eu também vou mostrar, posso pegar até folheto, folder sobre o que eu to precisando e o resultado que eu vou ter lá com o cliente então faço isso também, a prova, algum artigo eu levo.” (P10)

“Por exemplo, eu vou solicitar um aparelho de PA e eu tenho urgência dele, o aparelho de PA pode esperar talvez ele pode esperar porque vai comprar, ele tá chegando, semana que vem, e as vezes eu to precisando essa semana, aí eles tem por exemplo, um fundo de reserva, aí eu falo olha eu tenho um paciente aqui 95 anos e tal e tal, ele pode nesse momento diante de uma justificativa, eu acho que é melhor eu falar do que levar no papel frio por que a medida que eu coloco a situação pareço que aqueço um pouquinho aquela situação você entendeu? Então eu uso muito isso é sempre quando eu preciso mais rápido eu nunca deixo só o papel, o pedido já tá andando, mas até chegar as mãos da pessoa eu acho que

quando você fala fica mais sólido, porque é uma urgência.” (P12)

“Então pra eu mudar o Reuso precisa de dinheiro, pedidos de compra, precisa pagar, é complexo isso, então tem que entrar na internet, tem que fazer o pedido de compras, tem que avaliar, tem que pegar dados de outras instituições que já usam uma medida até de economia, de melhorar a qualidade, então tem que olhar tudo antes de tirar o pedido. Chegou o pedido de compra via papel a pessoa não entende, aí eu pego o pedido pego os modelos que eu quero e chego no diretor e falo, diretor por isso e por isso que eu quero isso, e nós vamos melhorar a qualidade da assistência, vamos economizar, vamos tornar o processamento igual, padronização, nós vamos usar a segurança, os usuários querem, vai melhor qualidade, então eu vou explicar, é pra entender as especificidades. Se eu mandar o papel de repente põe na gaveta.” (P13)

As falas evidenciam a percepção dos entrevistados quanto à força do contato pessoal na realização das justificativas. Na intenção de serem mais persuasivos muitos enfermeiros gerentes investem em uma argumentação mais enfática por meio do contato pessoal, momento em que aproveitam para aquecer as negociações, facilitar o compreensão dos documentos, envolver mais o receptor e pressioná-lo por uma decisão mais ágil.

Os participantes relatam que a comunicação feita de enfermeiro para enfermeiro flui melhor do que quando acontece entre um profissional da enfermagem e um da área administrativa por exemplo. Assim é possível inferir que buscar, dentro das unidades e setores, receptores que falem a mesma linguagem é um recurso facilitador da comunicação.

“Na Diretoria de enfermagem não tem problema. As pessoas têm conhecimento da necessidade da unidade e trabalham mais organizadas, atendem com mais facilidade, destreza e agilidade a complexidade da assistência nossa e procura assim nos apoiar e resolver a contento essa dificuldade, porque são casos graves de crianças com estado de saúde bastante agravado e eles procuram agilizar o mais rápido possível para nos atender para solucionar o problema.” (P4)

“O que facilitou pra mim é que a enfermeira foi treinada na pediatria aí ela tem conhecimento da real necessidade nossa. Aí muda muito, se fosse outra pessoa aqui eu teria muita dificuldade, mas como ela foi enfermeira daqui é treinada e

compreende a agilidade aqui é muito grande, quando ela conta por vias normais, licitação, às vezes ela até busca através de doação, se vira empréstimo, para nos atender, devido o entendimento da complexidade, da agilidade que tem que ser realizada aqui no almoxarifado, porque diariamente já tem um planejamento lá do controle de estoque, diariamente a gente tem que ser atendida no almoxarifado.” (P4)

“Então a diretora de enfermagem sempre que a gente tem contatos diários a comunicação flui melhor, muitas vezes como ela é enfermeira e eu também e o serviço é muito ligado a ela, eu acho que agente fala a mesma língua.” (P11)

A análise dessas falas evidencia a facilidade de entendimento entre os profissionais da DE mostra um bom nível de coesão e proximidade entre a direção da DE e sua equipe gerencial o que resulta no esforço constante desse setor em alcançar um funcionamento integrado.

No entanto quando a comunicação acontece entre as unidades administrativas e unidades de enfermagem, ou ainda entre estas e a equipe médica o entendimento e a eficácia comunicacional ficam prejudicados em função da diferença de vocabulários e valores profissionais.

Essa divergência de linguagem e entendimento pode ser amenizada com ações que aproximem os setores da DE e da DAF como cursos, oficinas, comissões interdisciplinares de trabalhos, seminários internos e ainda iniciativas pessoais de visitas as unidades. Outro modo de integrar os setores da DE e da DAF no sentido de buscar a eficácia da comunicação é ter dentro das unidades de enfermagem funcionários das áreas administrativas prestando serviço em tempo integral como mostram as falas abaixo.

“Aqui tem uma camareira, como ela está diariamente, ela tem conhecimento da real necessidade da unidade. Está aqui dentro, funciona aqui doze horas, diariamente, tudo ela que vê e toma conta, as providências, tem um contato diário de doze horas. A higienização também fica os funcionários da higienização doze horas para manutenção da unidade então facilita.” (P4)

“Facilita o funcionário daqui ser integrado com o de lá, com o do faturamento, acompanhado assim, o serviço se informando,

então é bem ágil, porque não pode passar do tempo se não perde o faturamento, então é assim bem estreita as relações para não perder dinheiro no faturamento.” (P4)

O intercâmbio de funcionários entre as unidades permite que as áreas administrativas percebam de modo mais real as necessidades e limitações dos setores de enfermagem, o que provavelmente facilita o diálogo e a interação intersetorial. Em virtude do amplo tamanho do hospital estudado, da grande quantidade de setores em trabalho simultâneo e da alta especialização e especificidade de alguns setores a impressão que se tem é que vários hospitais coexistem em um só.

A intensa departamentalização e conseqüente fragmentação do hospital geram uma realidade que dificulta o pensamento sistêmico da organização, incentivando o individualismo e a competitividade entre as unidades. Além de trazer dificuldades administrativas ao criar um ambiente onde a responsabilidade pelo desempenho e qualidade do serviço fica diluída (GONÇALVES, 1998).

A fala dos entrevistados demonstra que o grupo tem clareza da necessidade de visão global, no entanto, ela não se reflete em ações, como é possível perceber ao analisar os fatores que dificultam a comunicação intersetorial.

D) Intensificação das situações problemas

Nesse tópico discuti-se a necessidade de intensificar as situações como aspecto facilitador do processo de comunicação intersetorial da DE. Recurso utilizado por alguns dos entrevistados para alcançar suas solicitações de modo mais ágil e completo.

“Agora tem outro lado da questão, muita gente às vezes faz uma solicitação e fala, olha o paciente ta aqui morrendo, aí o

cara chega lá, é pura conversa. Então quer dizer, você perde seu crédito. Então do mesmo jeito que eu acho que a pessoa tem que confiar nas pessoas, todo mundo tem que fazer por ser confiável.” (P2)

“Às vezes a gente até exagera, olha a gente não pode ficar sem isso aqui, paciente vai morrer, vai chover aqui dentro, a gente usa de recurso também às vezes a gente aumenta a dimensão da coisa pra ta conseguindo, dependendo de certos setores aqui você precisa fazer isso, não consegue com tanta facilidade assim, você tem que aumentar um pouco a sua necessidade, por exemplo, CME, ah não tem uma bandeja pequena cirúrgica, mas eu estou precisando da bandeja de pequena cirurgia ali agora, ah mas não tem sua, então eu falo que eu preciso de uma porque o paciente está já sedado e já ta esperando só o material pra fazer o procedimento, de repente nem é isso, mas é pra conseguir, então são meios as vezes artificiais que a gente lança mão.” (P10)

Na ansiedade de ser rapidamente atendido, ao entrar em contato com outros setores o emissor intensifica a situação de gravidade do paciente para que os recursos solicitados cheguem até ele. Como a lógica de atendimento do hospital prioriza as necessidades do paciente, os setores tendem a se mobilizar mais facilmente.

Os entrevistados relatam que já há algum tempo o setor de almoxarifado tem por conduta limitar a quantidade de material solicitado sem comunicação prévia com o setor solicitante. Assim, por exemplo, se são pedidas 500 luvas para uma unidade de enfermagem, e se essa quantidade não é a pedida de costume, ou se nos registros de estoque do almoxarifado consta que a unidade ainda possui certa quantidade de luvas, então entrega-se 300 luvas e não as 500 solicitadas inicialmente.

Para não terem seus recursos limitados alguns enfermeiros gerentes solicitam uma quantidade bem acima da necessária, prevendo que haverá um racionamento por parte do almoxarifado. Assim se precisam de 10 aparelhos de aferir a pressão solicitam 30 para que os dez sejam entregues.

Apesar de trazer resultados positivos no que se refere a conseguir o solicitado essas estratégias geram várias conseqüências negativas no relacionamento intersetorial junto as seções da Coordenação de Material da

DAF e a CME na DE. Gera descrédito, desconfiança e dúvida entre os colegas, pois não se tem como prever se o que está sendo pedido é necessário ou não. Há um grande desgaste do profissional que na ansiedade de atender o que foi pedido se desdobra e trabalha sobre pressão para conseguir o que muitas vezes não é urgente.

Esse aspecto prejudica o suprimento de todo o hospital, pois se um setor recebe mais material e equipamentos do que os outros, a ponto de fazer um pequeno estoque, provavelmente outras unidades ficarão desabastecidas. Por fim ainda incentiva a competição entre os setores em virtude de alguns se acharem preteridos em função de outros.

E) Postura profissional cooperativa

Essa categoria temática apresenta os aspectos da conduta profissional dos servidores do hospital em estudo que facilitam e favorecem o processo de comunicação intersetorial no que diz respeito ao relacionamento interpessoal tais como o respeito aos colegas e as habilidades interpessoais.

Está também nessa classe temática a atitude de disponibilidade de alguns servidores traduzida nos comportamentos de envolvimento, comprometimento, disposição para ouvir, para procurar respostas, dedicação ao trabalho e compromisso com a organização hospitalar estudada.

Estudos afirmam que a escuta, a clareza na hora de transmitir a informação e a educação no contato interpessoal são competências imprescindíveis para o trabalho de profissionais da saúde. Além disso a falta de esforço colaborativo entre a equipe também pode influenciar negativamente a comunicação (NESTEL; KIDD, 2006).

Todo o processo de comunicação intersetorial perpassa pela comunicação interpessoal assim os entrevistados relatam que ao entrar em contato com outro setor é fundamental tratar os colegas com respeito,

independente de sua função hierárquica, afinal todos são servidores com igualdade de direitos e deveres. Ressaltam a importância de não rebaixar ou desvalorizar o profissional em função de dificuldade de entendimento, ou limitação no atendimento das solicitações. Como evidenciam as falas abaixo.

“Aqui ninguém tem nada contra o outro, exatamente por esse respeito que se tem é que o outro compreende essa necessidade (...). Esse respeito e compreensão que existe que é importante, muito importante.” (P1)

“A primeira coisa que eu costumo muito fazer é a política da boa vizinhança. É a delicadeza, é a educação sabe, e eu vejo que funciona, porque tem gente que já chega, eu preciso e pronto, quero e acabou, de uma forma ríspida de falar, eu tento conversar da forma mais amigável possível, ele é um servidor assim como eu, eu tento assim, não quero ficar em cima e deixar ele em baixo, nos somos do mesmo jeito aqui dentro.” (P10)

A atitude de disponibilidade, ressaltada na fala dos participantes, envolve além da disposição para escuta, a vontade de atender bem mesmo sem recursos e sem funcionários suficientes, a iniciativa de buscar informações e a boa vontade em encontrar alternativas para resolver os problemas daqueles que solicitam. As falas abaixo exemplificam tais comportamentos.

“Eu acho que são vários os fatores que interferem na comunicação né, a vontade da pessoa às vezes de atender o que é solicitado, é a compreensão da necessidade, que ela acha que precisa. Depende da urgência, da pessoa e interesse, mas a urgência de atender a situação.” (P2)

“Na coordenação de material, a gente percebe também que o pessoal é bem envolvido no que faz, tenta te atender bem e resolver o seu problema. AIH a gente percebe também que o pessoal lá é comprometido no que ta fazendo, leva a serio o trabalho e a solicitação que a gente faz às vezes observações. Setor de engenharia clínica de toda a coordenação, da manutenção acho que é o melhor que a gente trabalha, tem uma funcionária agora muito boa também, que atende e tenta mostrar qualidade no serviço, no atendimento.” (P10)

“Eu acho que a dedicação o compromisso, a sua presença aqui faz com que essa comunicação flua bem, tanto do seu lado quanto do lado de lá que são vários setores.” (P10)

“Nesses lugares é bem visível, é fácil de responder, não é visível é fácil de responder é onde as pessoas estão mais frente a frente, essas pessoas estão sempre disponíveis pra você, então tanto no telefone, quanto quando você vai conversar pessoalmente elas estão, por telefone elas atendem, pessoalmente elas te recebem. Estão sempre disponíveis, disponível assim de presença e de cabeça também de comprometimento.” (P12)

“O pessoal, eu percebo assim, que tem um quantitativo de pessoas suficiente pra te atender, sempre tem um pra te atender, o número de funcionários lá é bom. Eu chego lá tem uma bolsista, eu vejo o gerente, rapidinho resolve, eu chego com o papel e rapidinho eu resolvo.” (P13)

“Eu acho importante essas coisas, a pessoa querer te atender, e querer te ajudar, eu acho a gerência de lá muito aberta, eu gosto de pessoas assim muito prestativas.” (P13)

O comprometimento com a organização e a seriedade com o trabalho são vistos como reflexos da disponibilidade. Expressam-se na tentativa de entender a realidade do outro, seja esse outro um colega ou toda uma unidade, na intenção de cuidar dos clientes e atender o hospital com a urgência e agilidade necessária.

A postura individual de cooperação profissional se mostra como ação fundamental no sucesso da comunicação intersetorial da DE, pois é a partir do nível individual e intrapessoal que se constituem todos os outros níveis da comunicação organizacional (THAYER, 1976; TORQUATO, 1986).

Apker *et al.* (2006) afirma que a comunicação efetiva dentro das equipes de saúde é vital para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem positiva. A autora identificou quatro habilidades comunicativas imprescindíveis ao trabalho do enfermeiro, são elas colaboração, credibilidade, compaixão e coordenação.

É o modo de ser e de se relacionar das pessoas que determinam o clima de uma organização. As mudanças organizacionais são operacionalizadas e concretizadas pelos funcionários que só assumem novos comportamentos se estão envolvidos e comprometidos profissionalmente.

Assim um modo eficiente de aperfeiçoar os processos de comunicação do hospital em estudo é investir na formação de seus servidores no que diz respeito às habilidades para o relacionamento interpessoal.

F) Uso da comunicação informal

Esse item se propõe a discutir a utilização de modos alternativos e informais de comunicação tais como o contato pessoal, telefônico e as relações de amizade, ressaltados como aspectos que impulsionam o processo comunicacional intersetorial da DE.

A burocracia e a morosidade dos longos prazos dos processos administrativos ainda característicos das organizações públicas tornam a comunicação formal dos memorandos e requisições ineficientes. Assim os enfermeiros gerentes relatam se sentirem obrigados a lançar mão de estratégias informais de cobrança e pressão, em que utilizam o contato pessoal e o telefone, dois canais muito empregados porque trazem respostas rápidas e não oferecem custo financeiro.

“É de ir até o lugar falando com a pessoa, cobrando a pessoa diretamente; depois que eu já enviei o ofício, já enviei memorando, oh você viu aquele memorando que eu te mandei, como é que é vai ter alguma resposta? Por aí.” (P1)

“Se for uma coisa necessária e urgente, eu uso todas as estratégias possíveis e imagináveis, desde plantão na porta dos outros, desde a hora que a pessoa chega eu já to lá, ela saiu eu to lá, é desse jeito, fico no pé e aí dá certo.” (P2)

“Muitas vezes eu vou atrás, o que funciona melhor é essa busca ativa, assim eu faço seção de compra e tem todo um protocolo que às vezes demora muito tempo e a gente tem que entender que tem outras coisas que tem que ser compradas com urgência, em curto prazo. A gente vai insistindo, mesmo porque, as crianças são graves, casos complicados não podem esperar, a comunicação no hospital é muito deficiente.” (P4)

“Às vezes a gente faz um pedido de compra um medicamento que precisa ser rápido e às vezes fica dois, três dias enrolado para ser realizado, então a gente agiliza por telefone e às vezes funciona melhor ir pessoalmente fazer mais pressão, psicológica até.” (P4)

“Quando eu tenho um pouco mais de pressa eu prefiro fazer o memorando e entregar pessoalmente porque além do memorando, eu reforço o pedido pessoalmente.” (P11)

“Porque o serviço é meio moroso quando agente manda só por escrito, a pessoa lê, pode deixar em cima da mesa, atribulados de serviço eles deixam para depois e tudo, e pessoalmente, quantas vezes eu já fui e esperei a resposta.” (P11)

“Eu acho que quando você conversa antes, por exemplo, eu sei, quando você conversa antes tudo é melhor, eu sei que o gerente da tropical tem uma máquina que ele pode me emprestar, eu vou solicitar por escrito, mas se eu dou um toque por telefone eu quero ter certeza. E também eu acho que fica assim um clima melhor, fala olha o meu paciente é grave ele tá precisando muito disso, sabe? Eu acho que eu já dou uma aquecida no ambiente, sabe?” (P12)

“Eu não posso ficar parada aqui, o computador ajuda, mais eu tenho que ir atrás da informação, é importante ir junto, certas coisas não se resolvem só por telefone, o telefone é bom entendeu me ajuda com o memorando, que é muito burocrático.” (P13)

Os entrevistados narram que não é suficiente apenas encaminhar os pedidos e solicitações por escrito ou receber relatórios com dados sem explicação, equivocados e incompletos. É preciso o encontro pessoal ou o contato telefônico para preencher as lacunas do processo de comunicação, momento de tirar as dúvidas, oferecer uma justificativa mais convincente do pedido com argumentos mais persuasivos, pressionar os responsáveis pela tomada de decisão, sondar a disponibilidade e possibilidade do outro setor em atender e oferecer o serviço.

É no momento da busca pela informação que os vínculos interpessoais de camaradagem se consolidam, ocasião em que os enfermeiros constroem a sua rede de contatos. Nesse processo são selecionados e definidos os colegas disponíveis, mais influentes, mais resolutos e aqueles que têm autonomia para deliberar seus pedidos tanto no fluxo horizontal da comunicação (entre as

unidades de enfermagem), quanto no fluxo ascendente (entre as unidades de enfermagem e as coordenações e Diretoria de Enfermagem) e no fluxo diagonal (entre unidades de enfermagem, coordenações e Diretoria Administrativa).

A informalidade do contato pessoal e telefônico aproxima e vincula os servidores. No fluxo horizontal da comunicação intersetorial as doações, empréstimos, trocas de patrimônios são a expressão da criatividade e do “jeitinho brasileiro” dos enfermeiros gerentes de se adaptarem às limitações dos recursos financeiros.

Ao perceber que o caminho formal da comunicação não atende as especificidades de sua unidade o enfermeiro gerente apela para a intimidade e afetividade, principalmente, por meio do contato pessoal. Conversando aqui, ligando ali consegue então negociar e resolver as dificuldades. A busca pela aproximação informal, baseada nos critérios de amizade e afinidade evidenciam traços da cultura brasileira influenciando o funcionamento da organização em estudo.

A intensa interação social dentro e fora da empresa no processo decisório, bem como a forma de tratamento e interação entre a direção (diretoria, coordenações, gerências) e subordinados, baseada no controle da autoridade e simultaneamente no uso da sedução e do poder de convencimento pela proximidade afetiva, marcam a influência da cultura nacional no desempenho das organizações. Também o desenho organizacional altamente hierarquizado e verticalizado, de algumas empresas e instituições, evidenciam uma distância de poder tão grande quanto à distribuição da renda nacional ou quanto o passado escravocrata (MOTTA, 1997).

Pesquisadores descrevem traços da cultura nacional que marcam o funcionamento das organizações brasileiras: hierarquia, personalismo, malandragem, sensualismo e aventureiro (FREITAS, 1997; MOTTA, 1997; CARBONE, 2000; FONSECA; CASTOR, 2005; PIRES; MACÊDO, 2006).

O processo de comunicação intersetorial da Diretoria de Enfermagem do hospital em estudo é fortemente marcado por três desses aspectos: a hierarquia caracteriza-se por uma tendência de centralização do poder na mão

de uma minoria, pelo distanciamento entre os grupos sociais da organização e ainda o comportamento de passividade e aceitação dos grupos subalternos.

O personalismo se expressa na existência de grupos que se formam com base em relações pessoais, na busca pela proximidade e afeto nas relações profissionais, e no paternalismo. Quando um indivíduo procura construir uma rede de relações sociais no mundo do trabalho, está tentando levar para o âmbito racional da organização um pouco da afetividade do terreno pessoal (FREITAS, 1997; MOTTA, 1997; CARBONE, 2000; FONSECA; CASTOR, 2005; PIRES; MACÊDO, 2006). Personalizando as relações as pessoas sentem-se mais seguras e colocam em ação diversos mecanismos de defesa do ego como a identificação e projeção (FREITAS, 1997).

Alguns pesquisadores ao discutirem esse aspecto, referem-se a um movimento muito comum na cultura brasileira, denominado “malandragem”, caracterizada pelo uso da flexibilidade e adaptabilidade como meio de navegação social, o famoso “jeitinho brasileiro” de invocar pontos de identificação pessoal para transpor ou burlar leis e normas. Em geral, as pessoas que utilizam essa forma de influenciar e buscar soluções são dinâmicas, ativas, tem facilidade para se relacionar e para perceber o perfil psicológico das pessoas, o que lhes permite buscar soluções inovadoras e criativas. No entanto, não seguem os tramites formais da estrutura hierárquica da organização. Desse modo tal conduta, embora reflita no benefício institucional, pode muitas vezes, comprometer o aspecto ético das relações de trabalho (FREITAS, 1997; MOTTA, 1997; PIRES; MACÊDO, 2006).

Desse modo os profissionais mais carismáticos, mais amáveis costumam obter mais sucesso em suas negociações e pedidos em detrimento daqueles que buscam as vias formais e oficiais de solicitação.

“Eu tenho uma simpatia com todos os gerentes, graças a Deus eu tenho um bom relacionamento com todos eles, então eu consigo muitas coisas na base da amizade mesmo. Agora eu também tenho uma relação amável e muito carinhosa com a nossa diretora administrativa, então às vezes eu preciso das coisas eu vou até direto com ela.” (P1)

“Por exemplo, se você está lá na manutenção, faz uma solicitação, dependendo do grau de importância que você tem o receptor da solicitação, pode ver como um fator dificultador ou um fator facilitador (...) Aí você vai, eu às vezes fiquei com a pessoa e fui lá, briguei, falei que não pode... Eles vão dizer: essa mulher é chata. Ô mulherzinha enjoada. Aí na hora que eu for pedir de novo, ele fala, vou deixar ela esperando pra ela deixar de ser besta.” (P2)

Os dados encontrados demonstram que a comunicação informal que se desenvolvem entre os setores da DE e da DAF tem uma força considerável e por isso influencia sobremaneira o funcionamento da organização. No entanto ela não substitui a rede formal, apenas a complementa.

No contexto estudado a rede informal parece se fortalecer por meio das relações interpessoais principalmente no fluxo horizontal. Sua ocorrência está canalizada para o lado positivo e construtivo, pois se presta a ajudar a organização a buscar respostas mais rápidas, facilitando o convívio e a gestão de recursos financeiros e humanos (KUNSCH, 2003).

A rede informal tem um papel essencial, pois nela os trabalhadores constroem relações igualitárias, de cooperação, na tentativa de humanizar e desburocratizar a organização. Essa rede complementa os canais de comunicação oficializados pelo organograma, por isso deve ser estudada e compreendida e não combatida como algo negativo que tenha que ser extinto (LAPASSADE, 1977).

Apesar dos resultados positivos trazidos pelo uso da informalidade e da influência da subjetividade na comunicação intersetorial da DE é importante analisar os aspectos éticos que envolvem tais estratégias.

Sabe-se que a barreira entre o ético e o não ético é estreita e que essa reflexão envolve valores pessoais, culturais e organizacionais. Por isso, é importante refletir, por exemplo, se o encontro pessoal é um modo de apressar uma solução, ou pressionar e intimidar um colega de trabalho. Se o “jeitinho” do empréstimo é uma forma de se adaptar ou burlar as normas do hospital. Se priorizar o atendimento de um servidor por vínculos de amizade é camaradagem ou desrespeito com os demais colegas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho foi descrever e analisar como se estabelece o processo de comunicação entre as unidades de enfermagem de um hospital universitário e entre elas e os setores administrativos com os quais se relacionam por meio da análise dos canais, fluxos e conteúdos bem como dos aspectos que facilitam e dificultam esse processo.

No que se refere aos canais a comunicação intersetorial na DE acontece prioritariamente por contato telefônico, encontros pessoais e documentos de circulação interna como os memorandos, requisições e ordens de serviço, segundo indicaram os dados. Chama a atenção o fato de que o contato telefônico e pessoal são os meios mais utilizados, pois precedem na maior parte das vezes a comunicação escrita. Os enfermeiros gerentes acreditam que o hábito de negociar pessoalmente com seus interlocutores aumenta o nível de sensibilização e mobilização daquele que recebe a comunicação.

No que tange aos conteúdos, a comunicação entre as unidades de enfermagem referem-se a demandas com o paciente, tais como exames, transferência de unidade e empréstimo de material. Com a Diretoria de Enfermagem diz respeito a situações problemas ou relacionadas á assistência ou a parte administrativa de conservação, manutenção predial e solicitação / aquisição de material. Com os setores administrativos as mensagens se orientam para solicitação de serviços, de manutenção e suprimento de materiais.

A pesquisa mostrou que mais do que compreender a dinâmica da transmissão das informações com seus receptores, emissores e mensagens é preciso enfatizar a eficácia desse processo. A maioria dos participantes ressaltou que a comunicação é eficiente em seu objetivo de transmitir informações, porém ela não é eficaz porque não proporciona mudança do comportamento do emissor.

Os fatores que contribuem negativamente para a eficácia da comunicação no contexto do estudo foram organizados em cinco categorias temáticas: limitações estruturais do hospital; complexidade da organização hospitalar; particularidades das organizações públicas e a falta de visão sistêmica de enfermeiros gerentes e demais servidores, as quais evidenciam o adoecimento não apenas do processo de comunicação, mas de todo o funcionamento da organização.

O processo de comunicação acontece, porém com muitas limitações, ruídos e bloqueios que a torna ineficiente por não produzir efeito, nem se concretizar em ações e mudanças de comportamento.

A ineficácia da comunicação gera inúmeros prejuízos ao funcionamento da organização: a qualidade do serviço prestado diminui, aumenta o retrabalho e acúmulo de atividades. Surgem problemas de relacionamento interpessoal em virtude dos constantes conflitos, aumenta o nível de estresse organizacional entre os funcionários.

O distanciamento natural que a estrutura setorial do hospital impõe intensifica o não compartilhamento de informações. Assim alguns setores sentem-se segregados, incompetentes nas habilidades comunicativas e desmotivados para o trabalho em equipe.

Os fatores identificados como impulsores da comunicação intersetorial foram organizados em seis categorias temáticas: agilidade na circulação das informações; suporte da estrutura hierárquica organizacional; articulação e Integração entre unidades e setores; Intensificação das situações problemas; postura profissional cooperativa e uso da comunicação informal.

Algumas das estratégias facilitadoras da comunicação apesar de trazerem resultados positivos ao processo de transmissão de mensagens são baseadas na proximidade pessoal das relações de trabalho, refletindo o “jeitinho brasileiro” que é um movimento comum na cultura brasileira, caracterizada pelo uso da flexibilidade e adaptabilidade como meio de navegação social, bem como da invocação de pontos de identificação pessoal para transpor leis e burlar normas (FREITAS, 1997; MOTTA, 1997; PIRES;

MACÊDO, 2006). Assim o gerente conta mais com sua capacidade de persuasão do que com a utilização dos canais formais, já que esses, na maioria das vezes, são ineficientes.

A fala dos gerentes enfermeiros sugere a busca pela conduta de integração entre os setores por meio da visão global do hospital e o investimento no contato interpessoal socialmente habilidoso, como alternativas para otimizar o processo intersetorial de comunicação. Fatos que indicam um esforço por parte da DE no sentido de alcançar os padrões de funcionamento das organizações modernas.

A DE tem buscado a qualificação profissional dos seus gerentes na perspectiva da visão sistêmica, o que parece não ocorrer no restante do hospital. O que acaba por influenciar a ineficácia da comunicação intersetorial em função da diversidade, da falta de aproximação de linguagem e de visão organizacional.

Por isso é imprescindível que os investimentos que tem sido feitos na formação gerencial da DE se estendam a todas as outras Diretorias desse hospital. Caso contrário a distância, a fragmentação e as diferenças entre elas se tornarão ainda maiores tanto na comunicação quanto no funcionamento da organização como um todo.

O acesso ao organograma da organização, as várias visitas para entrevista evidenciou também que não há no hospital em estudo um setor específico que se dedique à gestão de comunicação organizacional. Existe apenas uma Assessoria de Comunicação na estrutura da Diretoria Administrativa cujo foco é a comunicação externa. Esse fato sugere que a comunicação organizacional no contexto estudado tem sido tratada como uma ferramenta administrativa instrumental e não como recurso organizacional estratégico que pode ser usado a favor dos funcionários e da organização.

A complexidade dos problemas de comunicação encontrados na pesquisa sugere que a tarefa de aperfeiçoar o processo de comunicação organizacional nesse contexto, depende de um conjunto de ações:

- Em curto prazo sugere-se o aperfeiçoamento das competências dos funcionários e gerentes, não só da DE, mas de todo o hospital, através de cursos de desenvolvimento gerencial, desenvolvimento de equipe e treinamento de competências interpessoais.
- Em médio prazo sugerem-se modificações para o alcance da informatização no processo da comunicação entre as Unidades de Enfermagem no que desrespeito a disponibilidade de leitos, agendamento de exames, agendamento de cirurgias, solicitação de medicamentos e assuntos afins. Bem como a informatização nas comunicações entre as Unidades de Enfermagem e as Unidades Administrativas nos assuntos que se relacionam principalmente a requisição de material, solicitação de reparos e compra de materiais.
- Em longo prazo sugerem-se alterações do organograma da instituição no sentido de buscar uma estrutura organizacional mais horizontalizada, baseada em um modelo de gestão compartilhada e democratizada que atinja os princípios da administração moderna da informação pautada em uma visão sistêmica de gerenciamento.

Destaca-se, neste estudo, como vantagens e benefícios a multiplicidade de fontes de coleta de dados por meio de entrevista individual, em grupo, observações e registros no organograma. A construção dos roteiros de entrevista dentro da disciplina “Entrevista no contexto do cuidado e da pesquisa” oferecida pela Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG ofereceu suporte teórico, possibilitando o teste piloto, para garantir a qualidade do instrumento. A oportunidade de confirmar as informações da entrevista individual por meio da entrevista grupal foi essencial para não se perder de vista o ponto de vista dos participantes, garantindo assim a distância e neutralidade da pesquisadora necessárias a interpretação dos dados.

Como todo método de investigação o estudo de caso apresenta benefícios e fragilidades. Dentre os benefícios destacam-se a flexibilidade de planejamento, a possibilidade de alcançar a multiplicidade de dimensões de um objeto de estudo, simplicidade nos procedimentos além de permitir uma análise profunda sobre o assunto pesquisado.

Quanto às fragilidades, as maiores críticas a essa metodologia se referem à dificuldade de generalização em virtude do tamanho limitado das amostras, da seleção não randômica dos participantes, da falta de similaridade com outros casos, da natureza subjetiva do processo de medida. Outro ponto de questionamento é o grande envolvimento do pesquisador com o contexto e objeto de estudo o que pode gerar equívocos subjetivos como negligenciar ou deixar de verificar a fidedignidade dos dados registrados ou da análise dos dados e ainda ter a falsa certeza das conclusões do estudo (BRESSAN, 2000; YIN, 2002; KIMURA; MERIGHI, 2003; STAKE, 2005; VENTURA, 2007). Entretanto, grande parte das fragilidades levantadas podem ser sanadas com uma postura criteriosa e disciplinada do pesquisador.

Assim, evidencia-se como limitações desse estudo a dificuldade de generalização dos resultados para outras instituições hospitalares de saúde em função do uso do método de estudo de caso. Escolhas metodológicas precisaram ser feitas em função do tempo de pesquisa proposto ao título de mestrado, por isso optou-se por realizar o estudo apenas com a DE. Assim, apenas os gerentes enfermeiros foram entrevistados sem que outras categorias profissionais e outros níveis hierárquicos pudessem ser ouvidas.

Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros sejam realizados com a intenção de ampliar a investigação realizada junto às outras diretorias para que se tenha uma visão completa da situação da comunicação organizacional no hospital em questão. Novas pesquisas que se proponham a agregar o ponto de vista das demais categorias profissionais assim como os servidores que não estão em função gerencial podem clarear ainda mais o assunto em questão.

Ressalta-se por fim o quanto foi enriquecedora a experiência desse estudo, pois compreender o valor das pessoas, e das relações interpessoais e

grupais no processo de comunicação no ambiente das instituições públicas hospitalares possibilitou a conquista de um grande amadurecimento profissional e pessoal à pesquisadora responsável.

REFERÊNCIAS

AMADO, G.; GUITTET, A. **A dinâmica da comunicação nos grupos**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ANGELONI, M. T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ci. Inf.**, v. 32, n. 1, jan./abr., p.17-22. 2003.

APKER, J. et al. Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. **Journal of Professional Nursing**, v. 22, n. 3, May/June, p.180-189. 2006.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 2, p.349-361. 2002.

BALDISSERA, R. **Comunicação organizacional: o treinamento de recursos humanos como rito de passagem**. São Leopoldo: Editora da Universidade Vale do Rio dos Sinos, 2000. 116 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: Lisboa Edição 70, 2004. 281 p.

BASTOS, A. V. B. et al. Conceito e perspectivas de estudo das organizações. In: JANELLI, J. C., BORGES-ANDRADE, J. E. e BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação humana: introdução à teoria e à prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 330 p.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, jul./ago., p.861-870. 2007.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 360 p.

BOCCHI, S. C. M.; FÁVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 4, n. 2, jul. 1996.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto, 1994.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, jul., p.410-414. 2007.

BRASIL. **PNHAH - Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. 2001.

_____. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 248 p. 2007.

BRESSAN, F. **O método do estudo de caso**. Administração On Line [Internet]. v.1, n. 1. 2000. Acesso em: 6 de jul. 2007. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Públ.**, v. 14, n. 4, out./dez., p.863-870. 1998.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. **Os desafios da comunicação administrativa na enfermagem**. In: Simp. Bras. Comun. Enferm., 8, 2002, São Paulo (SP). **Anais...** São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Riberão Preto - USP: 2002. p. 6.

CARBONE, P. P. Cultura organizacional do setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura **RAP**, v. 34, n. 2, mar./abr, p.133-144. 2000.

CARDOSO, O. O. Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 6, nov./dez., p.1123-1144. 2006.

CECILIO, L. C. O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 1, n. 2, jun., p.04-26. 2000a.

_____. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 4, out./dez., p.973-983. 2000b.

COELHO, M. A. **Planejamento de enfermagem em hospital da rede pública de ensino e assistência em Goiânia - GO**. 2007(Mestrado), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

CONCEIÇÃO, C. S. et al. **Sistemas de Comunicação na Organização Hospitalar**. RESI – Revista Eletrônica de Sistemas de Informação [Internet], n. 3. 2006. Acesso em: 10 nov.2007. Disponível em: <http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/viewFile/235/142>.

CONTINI, L. T.; CAMARA, S. Comunicação organizacional interna entre gerência e subordinado: uma mediadora de conflitos. **Revista Roteiro**, v. 27, n. 2, jul./dez., p.231-253. 2002.

CORNIANI, F.; GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 34, n. 4, dez., p.347-353. 2000.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p.427-442. 2000.

CRUZ, V. M. B. O papel da comunicação organizacional. Disponível em: http://www.fca.pucminas.br/saogabriel/comorganizacional/textos_novos/comunicacao_organizacional/CRUZ_o_papel_da_comunicacao.pdf. Acesso em: 13 ago. 2007.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, H. P. D. **Informação e Comunicação no contexto dos Hospitais**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXVIII, 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação: 2005. p. 15.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p.479-482. 2006.

CURVELLO, J. J. A. Estudos de comunicação organizacional: entre a análise e a prescrição. **Revista Universa - Ciências Sociais Aplicadas e Jurídicas**, v. 1, dez., p.23-44. 2002.

DECKER, C. B.; MICHEL, M. A imagem nas organizações públicas: uma questão de política, poder, cultura e comunicação - estudo de caso INSS em Pelotas. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas. Disponível em: <<http://bocc.ubi.pt/pag/decker-cleiton-michel-margaret-imagem-nas-organizacoes.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2008. Texto da Biblioteca Online de Ciências da Comunicação.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p.7-14. 2004.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, n. 24, p.213-225. 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, jul./ago. 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 2, p.89-96. 2003.

ETLZ, F. **Qualidade na comunicação**. São Paulo: Casa da Qualidade, 1995. 116 p.

FILHO, J. C. **O&M Integrado à Informática** São Paulo: LTC, 2004. 388 p.

FIÚZA, M. S. S.; KILIMNIK, Z. M. Indicadores de mensuração da qualidade de comunicação – Estudo de Caso em Instituição de Ensino Superior. **Revista Administração On Line – FECAP**, v. 5, n. 2, abril/maio/junho, p.1-20. 2004.

FLAUZINO, D. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Comprometimento de servidores públicos e alcance de missões organizacionais. **RAP - Rio de Janeiro**, v. 42, n. 2, mar./abr, p.253-273. 2008.

FLORY, A. V. Comunicação organizacional: conceitos e modelos. **Estudos - Revista da Faculdade de Ciências Humanas da Unimar**, v. 4, p.135-163. 2000.

FONSECA, C. S. T.; CASTOR, B. V. J. A influência de traços da cultura brasileira sobre a comunicação intra e intercultural no setor automotivo do Paraná. **Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, v. 13, n. 2, dez., p.79-92. 2005.

FONTES, M. C. F.; UTYAMA, I. K. A.; RODRIGUES, I. G. **Comunicação no currículo integrado do curso de graduação de enfermagem da Universidade Estadual Londrina**. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação Enfermeira. São Paulo, 2002. 6 p.

FREITAS, A. B. Traços brasileiros para uma análise organizacional. In: CALDAS, M. P. e MOTTA, F. C. P. **Cultura organizacional e cultura brasileira**: Atlas, 1997. p.38-54.

GALVÃO, C. M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. latino-am. enfermagem** v. 8, n. 5, out., p.34-43. 2000.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 4, dez., p.302-306. 1998.

GILLESPIE, B. M. et al. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 5, p.1019-1028. 2009.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

_____. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

_____. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Rev. Adm. Emp.**, v. 38, n. 1, jan./mar., p.80-90. 1998.

_____. **Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa.** RAE-eletrônica [Internet]. v.1, n. 2. 2002. Acesso em: 10 set. 2007. Disponível em:
<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=980&Secao=HOSPITALAR&Volume=1&Numero=2&Ano=2002>.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão de talentos.** São Paulo: Makron Books, 2002. 161 p.

HERINGER, B. H. F. **A influência da comunicação organizacional no desempenho humano: um estudo de caso da relação entre gerentes e colaboradores em uma empresa do setor de autopeças do Vale do Paraíba.** 2003. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Ciências Econômicas, Administrativas e Secretário Executivo, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2003. 113 p.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para Administradores: A Teoria e as Técnicas da Liderança Situacional.** São Paulo: EPU, 1986. 428 p.

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p.569-577. 2008.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações.** São Paulo: Atlas, 1999. 130 p.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **Psicologia Social das Organizações.** São Paulo: Atlas, 1973. 551 p.

KIMURA, A. F.; MERIGHI, M. A. B. Estudo de Caso. In: PRAÇA, N. D. S. e MERIGHI, M. A. B. **Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.15-18.

KRUMM, D. **Psicologia do trabalho: uma introdução à Psicologia Industrial / Organizacional.** Rio de Janeiro: LTC, 2005. 371 p.

KUNSCH, M. M. K. **Relações Públicas e modernidade: novos paradigmas na comunicação organizacional.** São Paulo: Summus Editorial, 1997. 176 p.

_____. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada.** São Paulo: Summus, v.17, 2003 (Novas buscas em comunicação).

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A., 1977. 318 p.

LEWIN, K. **Problemas de Dinâmica de Grupo.** São Paulo: Editora Cultrix, 1948. 242 p.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, Jul-dez. 2002.

LIMA, S. B. A comunicação organizacional rompendo barreiras. **Rev. CCEI - URCAMP**, v. 7, n. 11, mar., p.32-37. 2003.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, jan./jun., p.105-125. 2005.

LORENZETTI, G. **Os Desafios da Comunicação Interna.** In: Congresso Norte-Nordeste de Comunicação Empresarial e Pública (Conncep), 2008, Fortaleza. Fortaleza: 2008. p. 38.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos.** São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1977. 189 p.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. 320 p.

MARINHO, S. **Comunicação Informal nas Organizações: um estudo de caso em I&D.** In: ALAIC - Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, VII 2004, La Plata - Buenos Aires (Argentina). **Anais...** La Plata - Buenos Aires (Argentina): 2004. p. 24.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, jul./set., p.472-478. 2006a.

_____. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 5, n. 3, July./Sept. 2006b.

MEDEIROS, M. et al. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: GUILDEM, D. Z., F. **Ética na Pesquisa em Saúde**. Brasília: Editora UNB/Letras Livres, 2007. p.99-118.

MEDEIROS, S. M. D. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, ago. 2006.

MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S. Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. **Journal of Nursing Management**, v. 17, p.247-255. 2009.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MORAES, A. S. F.; GONÇAVES, M. Cultura organizacional e a comunicação nas empresas: suas relações com a mudança. **Revista ANGRAD**, v. 4. 2003.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1996. 421 p.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**. Rio de Janeiro: Jose Olympio, 2001. 276 p.

MOTA, M. S.; FOSSÁ, M. I. T. Comunicação e cultura: a influência da comunicação no fortalecimento do comprometimento organizacional. **UNlrevista**, v. 1, n. 3, Jul. 2006.

MOTTA, F. C. P. Cultura e organizações no Brasil. In: MOTTA, F. C. P. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. p.25-37.

MUCHINSKY, P. M. **Psicologia Organizacional**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora, 2003. 82 p. (Coleção Cursos de Enfermagem).

NASSAR, M. R. F. **Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXVII, 2004, Porto Alegre (RS). **Anais...** Porto Alegre (RS): 2004. p. 15.

_____. **Comunicação integrada em hospitais: a prática para a democratização**. In: Colóquio Brasil - Estados Unidos de Ciências da Comunicação, II, 2005. **Anais...** 2005. p. 10.

_____. **O papel da comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXIX, 2006, UNB Brasília (DF). **Anais...** UNB Brasília (DF): INTERCOM: 2006. p. 9.

NASSAR, P.; FIGUEIREDO, S. Pesquisa Comunicação Interna. São Paulo: ABERJE. Disponível em: <http://www.aberje.com.br/novo/acao_pesquisa.asp>. Acesso em: 6 Out 2007.

NESTEL, D.; KIDD, J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. **BMC Nurs.**, v. 5, n. 1, Feb. 2006.

NEVES, J. A.; MOTTA, K. M. Características específicas da implementação de estratégias de melhoria da gestão na área da saúde. **RAS**, v. 4, n. 16, jul. 2002.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 3, ago. 1996.

OLIVEIRA, I. L. **Novo sentido da comunicação organizacional: construção de um espaço estratégico**. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXVI 2003, Belo Horizonte (MG). **Anais...** Belo Horizonte (MG): INTERCOM: 2003. p. 11.

_____. **Comunicação com atores internos: mudanças e desafios.** In: Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, IV, 2004, Porto Alegre (RS). **Anais...** Porto Alegre (RS): PUC do Rio Grande do Sul: 2004. p. 14.

PEREIRA, O. G. **Fundamentos de comportamento organizacional.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. 407 p.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerenciais do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, jul./set., p.492-499. 2006.

PIMENTA, M. A. **Comunicação empresarial: conceitos e técnicas para administradores.** Campinas: Editora Alínea, 2002.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **RAP**, v. 40, n. 1, jan./fev., p.81-105. 2006.

POSTMES, T. A Social Identity Approach to Communication in Organizations. In: S. A. HASLAM, D. V. K., M. J. PLATOW & N. ELLEMERS. **Social identity at work: Developing theory for organizational practice.** Philadelphia, 2003. p.81-98.

RAPOPORT, A. A escassez dos recursos na administração hospitalar: como responder aos conflitos sem abandonar a ética? **Bioética**, v. 5, n. 1, p.49-52. 1997.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Públ.**, v. 12, n. 3, jul./set., p.357-372. 1996.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do comportamento organizacional.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004. 306 p.

ROSENGREN, K.; ATHLIN, E.; SEGESTEN, K. Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership on an intensive care unit. **Journal of Nursing Management**, v. 15, p.522–529. 2007.

RUÃO, T. **O estado da arte em comunicação organizacional. 1900 – 2000: um século de investigação.** In: Actas do VI LUSOCOM – Congresso Lusófono de Ciências da Comunicação, 2004, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Anais... Universidade da Beira Interior, Covilhã: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade: 2004. p. 16.

RUBIN, G.; BALAJI, R. V.; BARCIKOWSKI, R. Barriers to nurse/nursing aide communication: the search for collegiality in a southeast Ohio nursing home **Journal of Nursing Management**. 2008.

SABBATINI, J. N. Uma tipologia possível para análise da Comunicação Organizacional. São Paulo. Disponível em:
<http://www.vertent.net/abrapcorp/www/trabalhos/qt2/qt2_sabbatini.pdf>.
Acesso em: 10 maio 2008.

SANCHES, V. F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z. R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar – uma visão dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 2, ago. 2006.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 2, maio, p.97-108. 2003.

SCROFERNEKER, C. M. A. Trajetórias teórico-conceituais da Comunicação Organizacional. **Revista FAMECO**, n. 31, dez. 2006.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 1, n. 1, Jan - Jun, p.45-55. 2007a.

_____. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 1, n. 1, jan./jun, p.45-55. 2007b.

SHERMAN, R. et al. Development of a leadership competency model. **Journal Nurse Administration**, v. 37, n. 2, Feb., p.85-94. 2007.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.

SILVA, V. O.; LIMA, J. R. **Relatório de Gestão 2002/2006**. Hospital das Clínicas / Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2006.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, v. 3, n. 1, jan., p.114-131. 2002.

_____. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, Out., p.119-127. 2005.

SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M. S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 2, ago, p.157-164. 2004.

SPAGNUOLOI, R. S.; PEREIRAI, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** v. 12, n. 6, Nov./dez. 2007.

SPECTOR, P. E. **Psicologia das Organizações**. São Paulo: Saraiva, 2004. 452 p.

SROUR, R. H. Formas de gestão: o desafio da mudança. **RAE - Eletrônica**, v. 34, n. 4, p.31-45. 1994.

STAKE, R. E. Qualitative Case Studies. In. **The Sage Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. p.443-466.

STIVAL, S. M. Cultura Organizacional e Comunicação Interna: sua influência na gestão estratégica. **Revista Gestão Contemporânea**, v. 1, n. 1, p.27-34. 2004.

THAYER, L. **Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1976. 375 p.

TORQUATO, G. **Comunicação empresarial, comunicação institucional: conceitos, estratégias, sistemas, estrutura, planejamento e técnicas**. São Paulo: Summus, 1986. 183 p.

_____. **Tratado de comunicação organizacional e política**. São Paulo: Thomson, 2002. 303 p.

_____. **Cultura, poder, comunicação e imagem: fundamentos da nova empresa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. 278 p.

TREVIZAN, M. A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 6, n. 5, dez., p.77-82. 1998.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, set./ou. , p.383-386. 2007.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da Comunicação Humana.** São Paulo: Cultrix, 1967. 253 p.

WELCH, S.-A. **Understanding clinical culture: organizational communication in the clinical practicum.** The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice [Internet]. v.4, n. 4. 2006. Acesso em: 18 fev. 2009. Disponível em: <<http://ijahsp.nova.edu/articles/vol4num4/welch.pdf>>.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2006. 528 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método.** Porto Alegre: Bookman, 2002. 205 p.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

Anexo 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) em uma pesquisa, intitulada: ***O Processo da Comunicação Organizacional das Unidades de Enfermagem de um Hospital Universitário – Estudo de Caso***. Meu nome é Fernanda Costa Nunes, sou a pesquisadora responsável, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sobre orientação da Profa. Dra. Denize Boutellet Munari. Após ler este documento para ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final, nas duas vias. Uma delas é sua, a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Se precisar de outras informações pode me ligar a cobrar, nos telefones 3233-2309 ou 9908-0157

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, no telefone 3269 8426 ou 2369 8338.

Trata-se de uma pesquisa com o objetivo geral de analisar e descrever como se estabelece o processo de comunicação entre as unidades da enfermagem, e entre estas e os setores administrativos com os quais se relaciona. Seus objetivos específicos são: identificar os canais, conteúdos, origem e instrumentos utilizados na comunicação intersetorial da Diretoria de Enfermagem; levantar os aspectos que facilitam e dificultam a comunicação intersetorial; mapear os processos e o fluxo da comunicação intersetorial da Diretoria de enfermagem e apresentar estratégias alternativas construídas para o aperfeiçoamento dos processos comunicacionais.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas a cerca do tema, durante entrevista individual e grupal. Estas entrevistas serão registradas por meio de gravador digital. Caso aceite, suas falas serão transcritas e analisadas. Seu nome não será revelado em momento algum, exceto agora, nesse termo. Todos os dados coletados servirão apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros. As gravações serão arquivadas em CD-ROM durante 5 anos, como exige a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e, posteriormente, serão apagadas.

Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano

decorrente da pesquisa poderá procurar seus direitos relativos à indenização. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa.

Você poderá se beneficiar ou não com a participação nesta pesquisa, uma vez que a partir dos resultados encontrados poderão ser elaboradas, em parceria com a Diretoria de Enfermagem do hospital em estudo, estratégias alternativas construídas para o aperfeiçoamento dos processos comunicacionais, se for do interesse dos participantes do estudo.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados à Diretoria de Enfermagem, sem identificar os participantes. Reiteramos que você terá garantia de sigilo, e direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. Os resultados serão publicados em congressos ou revistas científicas, sendo que as informações que forem coletadas permanecerão anônimas.

Espero contar com sua colaboração para concretizar a aplicação da pesquisa. Agradeço a gentileza e a atenção dispensada.

Fernanda Costa Nunes - **Coordenadora da pesquisadora**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO FUNCIONÁRIO NO ESTUDO

Eu, _____, RG/CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo ***O Processo da Comunicação Organizacional das Unidades de Enfermagem de um Hospital Universitário – Estudo de Caso*** sob a coordenação da Psicóloga Fernanda Costa Nunes, como sujeito voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo para o exercício de minhas funções na instituição. Recebi uma cópia deste documento.

Local _____ **Data** ____/____/____

Assinatura

Anexo 3 – Roteiro da entrevista individual semi-estruturada

1. Com quais unidades da DE você mais se comunica?
2. Fora da DE com quais setores sua unidade mais se comunica?
3. Quais os assuntos mais freqüentes na comunicação intersetorial?
4. De que forma essa comunicação acontece?
5. Quais são os meios que você mais utiliza para se comunicar com os outros setores?
6. Quando chega uma solicitação ao seu setor, que critérios você utiliza para priorizar o retorno?
7. Quais mecanismos você utiliza para agilizar o retorno das suas solicitações? Existe um alvo ou uma estratégia para apressar a resposta?
8. Quais são os setores onde a comunicação flui mais facilmente? O que facilita a comunicação com esses lugares?
9. Quais são os setores onde a comunicação mais emperra? O que dificulta a comunicação com esses lugares?

Anexo 4 – Roteiro da entrevista grupal semi-estruturada

1. Como você avalia a comunicação? Entre as unidades da Diretoria de Enfermagem? Entre a Diretoria de Enfermagem e as unidades da Diretoria Administrativa?
2. Do ponto de vista do grupo, ocorrem problemas na comunicação intersetorial da Diretoria de enfermagem? Quais?
3. De que modo os problemas na comunicação intersetorial podem influenciar o funcionamento da Diretoria de Enfermagem?
4. Que estratégias podem ser desenvolvidas para solucionar os problemas da comunicação na Diretoria de enfermagem?
5. Como vocês, gerentes de enfermagem, podem contribuir com a implementação dessas soluções?
6. Qual é o perfil do gerente de enfermagem que facilita a comunicação intersetorial?
7. Qual é o perfil do gerente de enfermagem que dificulta a comunicação intersetorial?

Anexo 5 – Organograma da DE

Anexo 6 – Organograma da DAF

