

Empecilhos e soluções para relação médico-enfermeiro: revisão narrativa

Obstacles and solutions for medical-nurse relationship: narrative review

Mateus da Silveira Cespedes¹, José Carlos Rosa Pires de Souza¹, Suellem Luzia Costa Borges¹

Resumo

Objetivos: Identificar e descrever os empecilhos e as soluções para a boa relação médico-enfermeiro. **Métodos:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura com 10 estudos entre 2006 e 2018 que apresentavam como descritores “Relações Médico-Enfermeiro” e “Equipe de Assistência ao Paciente”, cuja pergunta norteadora foi quais os empecilhos e soluções para uma boa relação médico-enfermeiro? **Resultados:** encontraram-se como empecilhos: déficits na comunicação, pontos de vista conflitantes, alta rotatividade, pressões externas, funções ambíguas, conflito de tarefa, hierarquia, conhecimento técnico e hostilidade prévia. As soluções encontradas foram: redução da carga horária, melhora da estrutura, troca de informações frequentes e sucintas, estímulo às discussões de casos clínicos e propostas terapêuticas conjuntas, valorização dos profissionais mais antigos, delimitação clara da autoridade, responsabilidade e competência de cada profissional, manutenção de relação afetuosa extra-profissional, confiança e valorização dos profissionais. **Conclusão:** é necessário delimitar os fatores de piora na relação e pôr em prática as soluções oferecidas para desenvolver os profissionais e proporcioná-los melhor ambiente de trabalho.

Palavras Chave: Relações médico-enfermeiro, Equipe de assistência ao paciente, Administração hospitalar, Corpo clínico hospitalar, Planejamento hospitalar

Abstract

Objectives: To identify and describe the obstacles and solutions for a good doctor-nurse relationship. **Methods:** it is a narrative review of the literature with 10 studies between 2006 and 2018 that presented as descriptors “Doctor-Nurse Relations” and “Patient Care Team”, whose guiding ques-

tion was what are the obstacles and solutions for a good relationship nurse-doctor? **Results:** found as impediments: deficits in communication, conflicting points of view, high turnover, external pressures, ambiguous functions, task conflict, hierarchy, technical knowledge and previous hostility. The solutions found were: reducing the workload, improving the structure, exchanging frequent and succinct information, encouraging discussions of clinical cases and joint therapeutic proposals, valuing the oldest professionals, clearly defining the authority, responsibility and competence of each professional, maintenance of an extra-professional affectionate relationship, trust and valorization of the professionals. **Conclusion:** it is necessary to delimit the factors that worsen the relationship and put into practice the solutions offered to develop professionals and provide them with a better work environment.

Keywords: Physician-nurse relations; Patient care team; Hospital administration; Teams, health care; Hospital organization and administration

Introdução

Até o século XIX, médicos e enfermeiros pouco se encontravam no decorrer do cuidado ao paciente. A prática dos cuidados em saúde, outrora restrita a sacerdotes e cirurgiões-barbeiros, doravante é realizada por uma equipe - no qual os protagonistas são as figuras do médico e do enfermeiro⁽¹⁾. O desenvolvimento tecnológico e a globalização proporcionaram essa união de profissionais em equipes, nos quais cada profissional é dependente de outrem. Uma importante evolução se deu na segunda metade do século XIX, com os estudos de Florence Nightingale, abordando relação médico-enfermeiro-paciente, medidas sanitárias e delimitando a função da equipe de enfermagem.

O interprofissionalismo significa atuação conjunta de várias categorias profissionais. Essa execução das condutas de forma cooperada geralmente se inicia porque alguns dos cuidados não podem ser prestados por um único profissional. Ao proporcionar complementaridade e integração de cuidados, essas cooperações podem apurar oportunidades, recursos

1. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Curso de Medicina. Campo Grande - MS - Brasil

Trabalho realizado: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Curso de Medicina. Campo Grande - MS - Brasil

Endereço para correspondência: Mateus da Silveira Cespedes. Rua Gomes Freire, nº 131- Bairro Santo Amaro - 79112-050 - Campo Grande - MS - Brasil. Email: mateus.cespedes@hotmail.com.

e resultados em saúde. Há uma crescente necessidade de aparelhamento entre os profissionais e o grande desafio é desenvolver a capacidade de trabalhar em equipes eficazes, de modo a que essa parceria ocorra em sinergia para a melhora dos cuidados em saúde⁽²⁾.

A fim de prover um atendimento de qualidade aos pacientes, objetivando seu cuidado e sua satisfação - como clientes que os são -, é necessária integração e negociação entre os membros da equipe de saúde⁽³⁻⁴⁾. Esses quesitos são imprescindíveis, outrossim, para a satisfação pessoal e saúde mental de cada indivíduo da equipe de saúde.

Atentemo-nos, pois, ao ensaio filosófico de Albert Camus, em 1941: o mito de Sísifo. O personagem foi condenado a repetir eternamente a tarefa de empurrar uma pedra até o topo de uma montanha, sendo que, toda vez que estava quase alcançando o topo, a pedra rolava novamente montanha abaixo até o ponto de partida⁽⁵⁾. Ora, o mito de Sísifo trata, essencialmente, da “condenação” da raça humana ao trabalho. Acaso o trabalho não seja gratificante e não traga satisfação pessoal, o profissional sentir-se-á num ambiente deprimido e condenatório, trabalhando sempre com pesar e, obviamente, transmitirá a sensação conscientemente ou inconscientemente por contratransferência ao paciente durante seu atendimento.

Déficits na comunicação, pontos de vista conflitantes, pouca interação (devido à alta rotatividade), pressões externas, orgulho e pouco treinamento são empecilhos para uma boa relação e têm sido objeto de muitos estudos para superar esses desafios na imprescindível relação médico-enfermeiro. Um destes trabalhos originou a Iniciativa *MedTeam*⁽⁶⁾, a qual propôs protocolos rígidos, aumento da comunicação e liderança da equipe por um médico, com enfoque no setor de emergência de setores de alta complexidade. O programa resultou em diminuição dos erros e dos custos e aumento da satisfação do paciente. Contudo, as diretrizes propostas se mostraram eficazes apenas para o setor de emergência.

Deste modo, propõe-se o estudo dos empecilhos para a boa relação médico-enfermeiro e as soluções para superá-los, a fim de proporcionar um melhor ambiente de trabalho e melhor cuidado ao paciente.

Objetivos

Identificar e descrever os empecilhos e as soluções para a boa relação médico-enfermeiro.

Métodos

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura. O método foi confeccionado em concordância com as diretrizes para Revisões Sistemáticas

da PRISMA, no qual se efetuou: definição da Pergunta de pesquisa (quais os empecilhos e soluções para uma boa relação médico-enfermeiro?), definição dos descritores, definição das estratégias, período e local de busca, critérios de inclusão e exclusão, pesquisa dos trabalhos, exclusão dos artigos não compatíveis com o tema pelo resumo e título e inclusão dos trabalhos com qualidade metodológica científica de acordo mútuo com a duplicata que avaliou os artigos⁽⁷⁻⁸⁾. O resumo deste procedimento e da metodologia está explicitado na Figura 1. A revisão está registrada na plataforma PROSPERO (ID: 112416). A pesquisa foi realizada em outubro de 2018, sem limites quanto à língua do artigo.

O trabalho foi realizado a partir de pesquisa de artigos nas bases de dados *Scielo* e *Pubmed*, com enfoque em estudos quantitativos e qualitativos de equipes de atenção secundária e terciária contendo médicos e enfermeiros. Considerou-se critério de inclusão os estudos que correspondessem à pesquisa dos descritores da Biblioteca Virtual da Saúde e da MeSH: “Relações Médico-Enfermeiro”, “Equipe de Assistência ao Paciente”, “Physician-Nurse Relations” e “Patient Care Team”, bem como os estudos que apresentassem devida coerência com o tema proposto - “Empecilhos e soluções para boa Relação Médico-Enfermeiro” - no título e resumo. O período de 2006 a 2018 foi escolhido de forma a padronizar os estudos e limitar os vieses temporais, uma vez que trabalhos muito antigos apresentaram ótica e relacionamento profissional consideravelmente distintos, devido aos novos procedimentos médicos, à constante informatização e à alteração do ambiente profissional, político e social como um todo. Os critérios de exclusão foram metodologia inadequada ou pouco definida e não abordagem ao tema. Desse modo, foram excluídos os trabalhos que não apresentassem abordagem ao tema proposto, os trabalhos que focassem na atenção primária, que não possuíam caráter científico adequado e os que fossem anteriores a 2006. Os métodos de pesquisa e critérios de inclusão e exclusão supracitados foram delimitados no projeto de pesquisa, anteriormente à realização da mesma. Não foi necessário reavaliar ou modificar nenhum dos métodos pré-delimitados e supracitados.

Os trabalhos foram selecionados conjuntamente em duplicata (autor MSC e um voluntário independente), sendo selecionados apenas os estudos que apresentassem aprovação de ambos. Após a seleção, os seguintes dados referentes às características dos estudos foram extraídos por dois autores: autor, amostra, local de realização do estudo, tipo de estudo, tipo de serviço de saúde (atenção primária, secundária, terciária ou clínicas), empecilhos encontrados pelos autores e soluções implementadas para minimizá-los.

Um banco de dados com os resultados da pesquisa com os descritores supracitados foi gerado usando

a ferramenta EndNote X7. Todos os dados finais de síntese foram tabulados em planilhas do programa Excel 2013.

Esta presente revisão sistemática não apresentou fontes externas de financiamento. Também nós, autores, declaramos não haver conflito de interesse nesta pesquisa, conforme documento anexado segundo ICMJE. Por abranger pesquisas qualitativas, não foi realizada metanálise dos dados obtidos.

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando-se a deliberação do CONEP: “as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP”.

Resultados

Os trabalhos pesquisados constituíam estudos observacionais, estudos qualitativos transversais

e revisões sistemáticas, sendo avaliados quanto ao rigor metodológico (corte de 80% de qualidade) via COREQ, STROBE e PRISMA, respectivamente. A heterogeneidade de desenho metodológico, amostra e de apresentação resultados dos estudos presentes não representa um viés para esta revisão sistemática, uma vez que, na síntese de resultados, não se realizou metanálise e optou-se por apresentá-los qualitativamente, de forma a abranger todos os empecilhos para a relação profissional. Considerou-se como possível viés desta revisão a presença de estudos sem grupo controle (quando da implementação das soluções, não sendo possível avaliá-las significativamente).

Ao iniciar a busca, foram encontrados 4843 artigos, dos quais, após leitura superficial do título e resumo, apenas 24 corresponderam aos objetivos do presente trabalho e foram selecionados para serem abordados nesta revisão. Destes, 14 não foram contempladas por esta revisão por tratarem do tema na atenção básica, por apresentarem desenhos de editorial ou comentário e por não abordarem a temática do conflito satisfato-

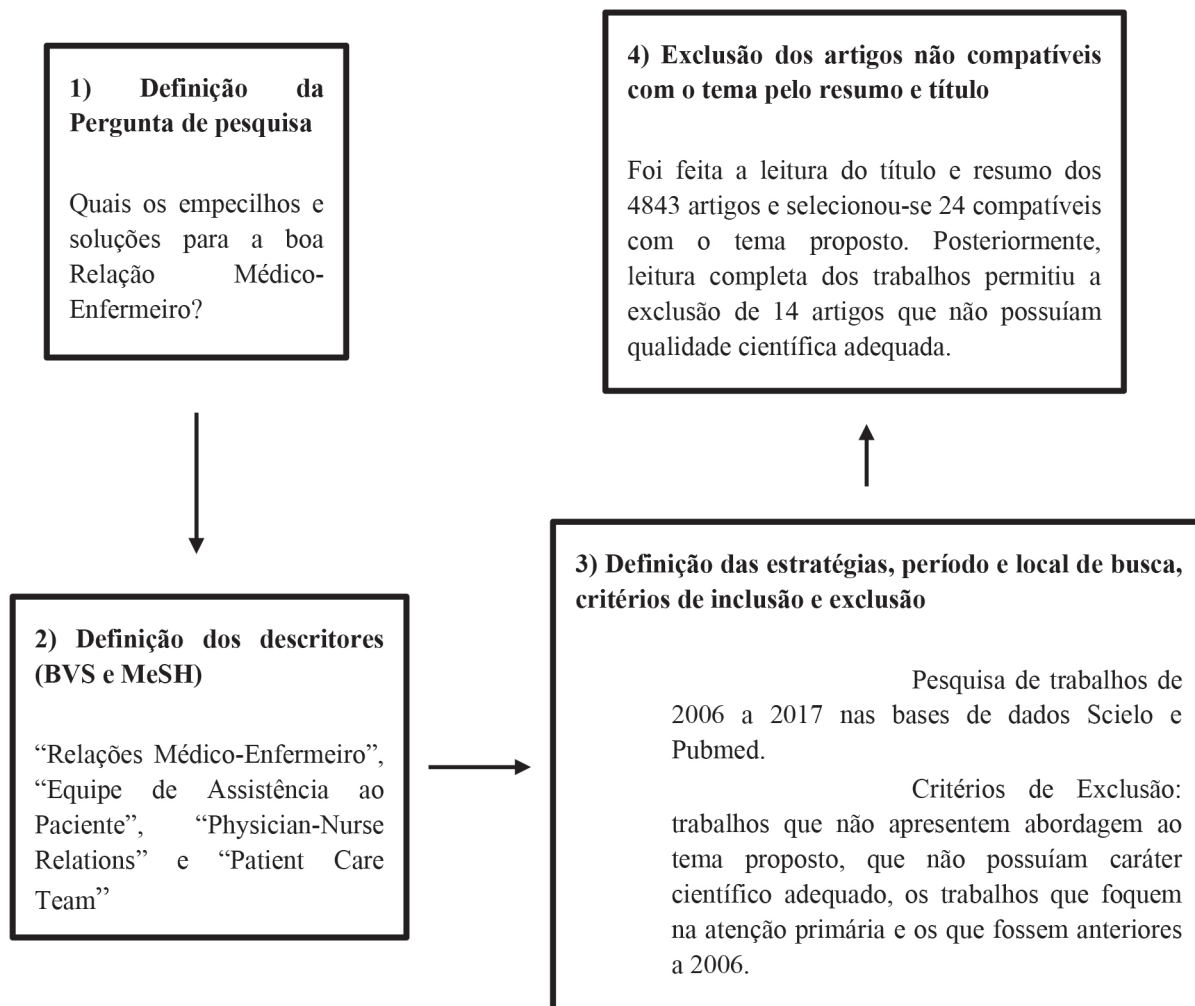


Figura 1 - Síntese dos procedimentos metodológicos

riamente. O rigor metodológico foi avaliado segundo os instrumentos PRISMA (para revisões sistemáticas), STROBE (para estudos observacionais) e COREQ (para pesquisas qualitativas), excluindo-se os estudos que não obtivessem 80% de respostas positivas ou da pontuação máxima nesses instrumentos. Selecionou-se, pois, 10 estudos para a construção desta revisão sistemática, os quais estão listados no quadro 1. Nenhum estudo contemplado por esta revisão apresentou de forma explícita seus meios de financiamento. A síntese dos estudos foi elaborada de forma narrativa.

Dos estudos contemplados pela revisão, um (10%) trabalho era relato de experiência, um (10%) consistia em revisão de literatura, um (10%) era pesquisa quantitativa e sete (70%) se tratavam de estudos qualitativos. Dos estudos qualitativos, foram utilizados, principal-

mente, entrevistas com indagações pré-definidas e escala de colaboração de Jefferson. A amostra média foi de 100 participantes por estudo. Os trabalhos estão listados no Quadro 1.

Neves, em sua revisão sistemática em 2010 sobre as equipes em atenção básica, encontrou que as condições *sine qua non* para o bom atendimento são a partilha dos conhecimentos entre os profissionais e a compreensão e o respeito das funções de cada membro da equipe⁽²⁾.

Em um trabalho realizado na atenção terciária com 128 profissionais de enfermagem em 2011, os autores encontraram que há uma relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de estresse. Além disso, explicitaram que a base de coerção exercida pelos médicos prediz estresse em profissionais de enferma-

Quadro 1

Síntese dos estudos abrangidos pela revisão.

Trabalho	Autor/Ano/País	Participantes	Metodologia	Resultados
Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico	Costa e Martins. 2011. Brasil (MG) ⁽⁹⁾ .	124 técnicos e auxiliares de enfermagem	Aplicação das Escalas de Estresse no Trabalho, de Percepção de Bases de Poder do Supervisor e de Percepção de Conflitos Intragrupais e um formulário de dados sociodemográficos	58% perceberam baixos níveis de estresse. Conflito de tarefa e poder de coerção foram preditores diretos de estresse.
Comunicação e acesso à informação na avaliação da qualidade do atendimento multiprofissional de pacientes	Cavalheiro, Andreoli, Medeiros, Mendes, Oliveira, Cordeiro, Figueiredo e Bork. 2010. Brasil (SP) ⁽¹⁰⁾ .	312 profissionais de distintas áreas	Entrevista sobre informações clínicas dos pacientes	Não houve diferenças estatisticamente significativas
Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência	Santos, Lima, Pestana, Colomé, Erdmann. 2016. Brasil (RS) ⁽¹¹⁾ .	20 enfermeiros	Estudo de caso qualitativo	As estratégias utilizadas foram: articulação das ações profissionais; estabelecimento de relações de cooperação; construção e manutenção de vínculos amistosos; e gerenciamento de conflitos
Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study	Tang, Zhou, Chan, Liaw. 2018. Cingapura ⁽¹²⁾ .	19 médicos e enfermeiros	Estudo qualitativo com entrevistas sobre a colaboração da equipe	Reconheceram a colaboração importante e entenderam como obstáculo a ela a ausência do enfermeiro na tomada de decisão
Implementation of Physician and Nurse Patient Rounding on a 42-Bed Medical Unit	Pritts, Hiller. 2014. Inglaterra ⁽¹³⁾ .	10 Médicos e enfermeiros	Entrevistas antes e depois da implementação de discussões de beira de leito entre profissionais	Melhores interações de equipe e ambientes de prática mais saudáveis para estabelecimento de metas mútuas

Quadro 1 (cont.)				
Síntese dos estudos abrangidos pela revisão.				
Trabalho	Autor/Ano/País	Participantes	Metodologia	Resultados
Physicians' perceptions of physician-nurse collaboration in Japan: effects of collaborative experience	Onishi, Komi e Kanda. 2013. Japão ⁽¹⁴⁾ .	248 médicos	Estudo transversal com aplicação da Escala de Jefferson	As experiências de aprendizagem na graduação e fora do hospital e as experiências de trabalho em equipe foram significativamente associadas a maiores escores de prática colaborativa
The challenges of nurse-physician communication: a review of the evidence	Crawford, Omery e Seago. 2012. Estados Unidos ⁽¹⁵⁾ .	15 artigos	Revisão de literatura sobre comunicação entre médicos e enfermeiros	Empecilhos: falta de comunicação estruturada. Solução: comunicação sucinta e respeitosa
Involvement of practice nurses in patient care, possible areas of increased involvement and existing barriers	Rosemann, Joest, Korner, Schaefer, Heiderhoff, Szecsenyi. 2006. Alemanha ⁽¹⁶⁾	20 médicos, 20 enfermeiros e 20 pacientes.	Estudo qualitativo por meio de entrevistas	Enfermeiros são pouco envolvidos em decisões acerca do tratamento dos pacientes devido à alta carga de trabalho
Leading change to create a healthy and satisfying work environment	Sanders, Krugman e Schloffman. 2013. Estados Unidos ⁽¹⁷⁾	Não se aplica	Relato de Experiência da promoção de diversas mudanças no hospital	Resultado: ambiente de trabalho positivo caracterizado por baixa rotatividade e alta retenção
Facilitators and Barriers for Interprofessional Rounding: A Qualitative Study	Hendricks, LaMothe, Kara e Miller. 2017. Estados Unidos ⁽¹⁸⁾	4 equipes de saúde (12 profissionais)	Estudo qualitativo com entrevistas	Foram encontrados como facilitadores da colaboração: baixa rotatividade de equipe, abordagem de compartilhamento de informações estruturada, confiança na equipe, habilidades de comunicação, organização e carga horária compatível.

gem, embora a base percebida como a mais utilizada pelos médicos tenha sido a de poder legítimo e que a percepção de conflito intragrupal (especialmente conflito de tarefa) é um preditor de estresse ocupacional⁽⁹⁾. Desse modo, a possível solução para o conflito seria, novamente, a partilha dos conhecimentos entre os profissionais, de modo a diminuir o embate de poder (legítimo devido ao conhecimento) e solucionar diferenças de técnicas durante tarefas.

Outro estudo delimitou que a comunicação e a assistência prestada por equipes e não encontrou diferença estatística significativa⁽¹⁰⁾. No entanto, a qualidade foi pouco superior nas equipes nas quais os enfermeiros possuíam as informações relevantes sobre o atendimento interdisciplinar (97,4%), utilizavam adequadamente o formulário do Plano de

Cuidados (97,0%) e realizavam discussões com os médicos (88,2%).

Estudo de 2016 identificou que as relações da equipe de enfermagem com outros profissionais qualitativamente em um hospital de emergência. No trabalho, através de entrevistas, vê-se que os principais problemas no relacionamento foram devidos ao conflito com a farmácia e com os profissionais da triagem. Outrossim, encontram-se as soluções adotadas para os conflitos foram: estabelecer relações de cooperação e estabelecer vínculos amistosos⁽¹¹⁾. O conteúdo das entrevistas mostra que o tempo de trabalho na instituição é inverso à quantidade de conflito e a presença de diálogo com contexto extra-profissional inibiu conflitos.

Um estudo qualitativo em 2012 encontrou que a colaboração entre os profissionais era maior quando

havia mais responsabilidades para os enfermeiros e quando estes ajudavam na tomada de decisão e delimitaram como maior entrave a essa colaboração a elevada carga de trabalho. Para tanto, propôs-se que os enfermeiros-líderes assegurassem que os enfermeiros da enfermagem tenham um tempo designado para participar das sessões de enfermagem com os médicos e que tenham acesso a uma ferramenta de comunicação que os auxilie a contribuir proativamente no processo de tomada de decisão do atendimento ao paciente⁽¹²⁾.

Em 2014, um hospital inglês implementou a discussão entre profissionais na beira do leito e os autores demonstraram que houve maior colaboração, estabelecimento de metas mútuas e melhor interação na equipe⁽¹³⁾, confirmando a proposição de Tang *et al* supracitada.

Uma pesquisa transversal em 2013 com 248 médicos, abordando sua percepção de colaboração e cruzou os dados com experiências prévias. O trabalho explicitou que a experiência prévia de trabalho em equipe (na graduação e em outras instituições) foi determinante para maior colaboração com os profissionais de enfermagem⁽¹⁴⁾.

Uma revisão de literatura em 2012 encontrou manifestações de erros clínicos decorrentes da comunicação deficitária entre médicos e enfermeiros. Dentre os empecilhos, expuseram a falta de uma comunicação estruturada com foco no paciente. Como soluções, elencaram: saudar respeitosamente colegas, aumentar oportunidades de diálogo e troca de informações, profissionais devem ser oportunos e sucintos uns com os outros na atualização de informações dos pacientes e eliminar o excesso de informações e telefonemas⁽¹⁵⁾.

Um estudo qualitativo em 2006 sobre colaboração e envolvimento de enfermeiros nas decisões terapêuticas encontrou que os enfermeiros são, em geral, marginalizados do processo de decisão terapêutica. Isso se deveu à desconfiança dos médicos do compartilhamento de responsabilidades, bem como ao afastamento dos próprios enfermeiros das decisões devido à alta carga de trabalho⁽¹⁶⁾. Tais achados corroboram a tese de que o compartilhamento de conhecimentos e facilitação da troca de informações (permitida com a diminuição da carga de trabalho) favorecem a colaboração entre os profissionais. O estudo ainda propõe maior reconhecimento aos profissionais de enfermagem, a fim de facilitar a colaboração na equipe.

Outro trabalho evidenciou a iniciativa de promover na instituição refeições ininterruptas, a criação de ambiente lúdico para os profissionais na unidade de terapia intensiva, estratégias para gerenciar melhor os volumes de pacientes, melhorar a infraestrutura, melhorar as relações médico-enfermeiro e um programa de bem-estar hospitalar. O resultado foi profissionais de enfermagem altamente engajados, bem-educados

e comprometidos, gerando um ambiente de trabalho positivo caracterizado por baixa rotatividade e alta retenção⁽¹⁷⁾.

Um estudo qualitativo baseado em entrevistas com 12 profissionais de saúde de um hospital universitário e concluiu que as principais barreiras para o relacionamento entre os trabalhadores eram a alta rotatividade, o ceticismo na equipe, comunicação hesitante e alta carga horária. Os facilitadores, em oposição, foram: baixa rotatividade de equipe, abordagem de compartilhamento de informações estruturada, confiança na equipe, habilidades de comunicação, organização e carga horária compatível⁽¹⁸⁾.

Desse modo, constata-se que, como explícito no Quadro 2, os principais empecilhos para a boa relação médico-enfermeiro e para a colaboração no ambiente hospitalar encontrados na literatura foram: déficits na comunicação, pontos de vista conflitantes, alta rotatividade, pressões externas, funções ambíguas, conflito de tarefa, hierarquia, conhecimento técnico e hostilidade prévia. As soluções propostas pelos trabalhos para serem adotadas são: redução da carga horária, melhora da estrutura, troca de informações frequentes e sucintas, estímulo às discussões de casos clínicos e propostas terapêuticas conjuntas, valorização dos profissionais mais antigos, delimitação clara da autoridade, responsabilidade e competência de cada profissional, manutenção de relação afetuosa extra-profissional, confiança e valorização dos profissionais^(2, 9-18).

Discussão

Atualmente, estudos e artigos de imprensa têm dado especial enfoque na qualidade de vida e na atuação correta dos profissionais da saúde. O presente estudo dedicou-se à revisão sistemática da literatura científica sobre os empecilhos e as soluções para a boa relação médico-enfermeiro, um tópico de especial importância para a qualidade de vida e a diminuição das condutas incorretas no ambiente profissional, como já supracitado. Os artigos abrangidos por esta revisão referiram como causas da deficiente relação médico-enfermeiro os déficits na comunicação, os pontos de vista conflitantes, a alta rotatividade, as pressões externas, as funções ambíguas, o conflito de tarefa, a hierarquia, o conhecimento técnico e a hostilidade prévia. Foram obtidos trabalhos utilizando-se dos descritores, contudo poucos obtinham rigor metodológico de estudo quantitativo ou qualitativo, ou ainda cumprimento de todos os objetivos. Um ponto notório foi a análise psicológica dos profissionais de uma equipe de saúde em um dos estudos.

Observou-se que a maioria dos artigos era recente, de modo a evidenciar a pesquisa constante e a importância deste tema abordado.

Quadro 2

Síntese dos resultados gerados por esta revisão, abordando empecilhos e suas respectivas soluções a nível de gestão e de profissional.		
<i>Empecilhos</i>	<i>Soluções (Gestores)</i>	<i>Soluções (Profissionais)</i>
Déficits na comunicação ^{2,10,13,15}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular autonomia de negociação entre os profissionais (fornecendo tempo, sala particular e autoridade). 2. Estimular aumento das informações compartilhadas sobre os pacientes. 3. Explicitar ao setor de Recursos Humanos necessidade de busca de experiência prévia de trabalho em equipe (na graduação e em outras instituições) nos candidatos à vaga de emprego. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preenchimento correto de prontuários. 2. Informações oportunas e sucintas. 3. Discussões de caso clínico. 4. Oferecer espaço e abertura para troca de informações e diálogo. 5. Não hesitar na comunicação.
Pontos de vista conflitantes ^{2,10,12,13,16}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desencorajar atitudes interpessoais que geram hostilidade. 2. Explicitar ao setor de Recursos Humanos necessidade de busca de experiência prévia de trabalho em equipe (na graduação e em outras instituições) nos candidatos à vaga de emprego. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partilha dos conhecimentos entre os profissionais. 2. Discussões de caso clínico. 3. Valorizar saberes do colega.
Alta rotatividade ^{2,18}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuir rotatividade de profissionais em uma mesma equipe. 	Não se aplica
Pressões externas ²	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular suporte empático mútuo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer relação amistosa com colegas e diálogo com contexto extra-profissional. 2. Cumprimentar respeitosamente o colega.
Funções ambíguas Conflito de tarefa Hierarquia ⁹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delimitar responsabilidades claras e qual procedimento cada profissional fará isoladamente. 2. Distribuir responsabilidades e incentivar tomada de decisão terapêutica conjunta entre os profissionais. 3. Organizar volume de pacientes para que enfermeiros e médicos tenham tempo de discutir casos clínicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão e o respeito das funções de cada membro da equipe. 2. Partilha dos conhecimentos entre os profissionais. 3. Demonstrar confiança na equipe.
Hostilidade em geral (relação inversa com tempo de trabalho) ^{14,17}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizar com maior remuneração e confiança os profissionais com maior tempo na instituição. 2. Promover melhora da infraestrutura, criação de um ambiente de lazer para profissionais e evitar a interrupção de refeições e de descanso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solucionar relações conflituosas prévias com outros profissionais e setores da instituição. 2. Estabelecer relação amistosa com colegas e diálogo com contexto extra-profissional. 3. Cumprimentar respeitosamente o colega.
Conhecimento técnico ^{2,9,12}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar programas de treinamento regulares. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atualização profissional frequente. 2. Compartilhar conhecimentos individuais aos colegas.

O déficit na comunicação esteve presente como empecilho em 30% dos estudos abordados, demonstrando sua expressividade na relação médico-enfermeiro. Pontos de vista conflitantes, alta rotatividade e falta de compartilhamento de responsabilidades estiveram presentes em 20% dos trabalhos desta

revisão. As soluções mais frequentemente citadas como significativas foram estímulo à autonomia de negociação e discussão de casos clínicos e técnicas de procedimentos entre os profissionais (50% dos estudos), estabelecimento de vínculos amistosos (30% dos artigos) e diminuição da rotatividade dos profissionais

nas equipes (30% dos trabalhos). Encontrou-se diversas queixas entre os profissionais e distintas soluções foram propostas nos artigos pesquisados, criando uma rica estrutura de observação para os gestores e os profissionais. Contudo, estes elencados neste parágrafo predominaram dentre os estudos abrangidos por esta revisão.

Conclusão

Com esse estudo, concluímos que os empecilhos foram déficits na comunicação, pontos de vista conflitantes, alta rotatividade, pressões externas, funções ambíguas, conflito de tarefa, hierarquia, conhecimento técnico e hostilidade prévia. Tais empecilhos se mostraram agudos no agravamento às relações de trabalho e resultaram em déficit na qualidade do atendimento ao paciente. As soluções encontradas para esses empecilhos foram redução da carga horária, melhora da estrutura, troca de informações frequentes e sucintas, estímulo às discussões de casos clínicos e propostas terapêuticas conjuntas, valorização dos profissionais mais antigos, delimitação clara da autoridade, responsabilidade e competência de cada profissional, manutenção de relação afetuosa extra-profissional, confiança e valorização dos profissionais. É necessário, contudo, pôr em prática as soluções oferecidas para desenvolver os profissionais e proporcioná-los um melhor ambiente de trabalho.

Acerca das limitações do estudo, destacam-se a quantidade escassa de trabalhos com qualidade mínima e delimitação de objetivos, métodos e resultados para a realização desta revisão foi uma fraqueza do trabalho e da literatura. Ademais, muitos dados pesquisados foram publicados de maneira não uniforme e qualitativa, dificultando a análise estatística e sua significância na população abordada nos estudos, bem como a comparação posterior por esta pesquisa. Espera-se que, através do estímulo ao estudo do tema por este artigo, outros trabalhos bem elaborados auxiliem a incrementar a literatura quanto ao tema abordado.

A boa relação médico-enfermeiro é imprescindível para o efetivo cuidado do paciente, em especial nos ambientes de atenção secundária e terciária. Os empecilhos para a boa relação e suas respectivas soluções encontradas por este estudo, ao serem adotadas pela instituição e pelos próprios profissionais médicos e de enfermagem, proporcionarão o efetivo trabalho em equipe, o atendimento satisfatório com o paciente e a satisfação do indivíduo no trabalho.

Referências

1. Rooney A. A História da Medicina - Das primeiras curas aos milagres da medicina moderna. São Paulo: M.Books do Brasil; 2013.

2. Neves MMAMC. O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: revisão sistemática da literatura. *Rev Enf Ref*. [Internet]. 2012; serIII (8):125-34. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013&lng=pt.
3. Humphris D. Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward? *Contemp Nurse*. 2006; 26(1):48-55.
4. Rocha S, Almeida MC. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 8(6):96-101.
5. Camus A. *Le mythe de Sisyphe: Essai sur l'absurde*. Paris: Gallimard; 1942.
6. Risser D, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department: The MedTeams Research Consortium. *Ann Emerg Med* 1999. 34(3):373-83.
7. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão sistemática: noções gerais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1260-6.
8. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese de critérios científicos. *Rev Bras Fisioter*. 2007; 11(1):83-9.
9. Costa DT, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1191-8.
10. Cavalheiro LV, Andreoli PBA, Medeiros NS, Mendes TAB, Oliveira R, Cordeiro JJR, et al. Comunicação e acesso à informação na avaliação da qualidade do atendimento multiprofissional dos pacientes. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8(3):303-7.
11. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Rev Gaúch Enferm*. 2016; 37(1):e50178.
12. Tang CJ, Zhou WT, Chan SW, Liaw SY. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: a qualitative exploratory study. *J Nurs Manag*. 2018; 26(1):11-8.
13. Pritts KE, Hiller LG. Implementation of physician and nurse patient rounding on a 42-bed medical unit. *Medsurg Nurs*. 2014; 23(6):408-13.
14. Onishi M, Komi K, Kanda K. Physicians' perceptions of physician-nurse collaboration in Japan: effects of collaborative experience. *J Interprof Care*. 2013; 27(3):231-7.
15. Crawford CL, Omery A, Seago JA. The challenges of nurse-physician communication: a review of the evidence. *J Nurs Adm*. 2012; 42(12):548-50.
16. Rosemann T, Joest K, Korner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract*. 2006; 7:14.
17. Sanders CL, Krugman M, Schloffman DH. Leading change to create a healthy and satisfying work environment. *Nurs Adm Q*. 2013; 37(4):346-55.
18. Hendricks S, LaMothe VJ, Kara A, Miller J. Facilitators and barriers for interprofessional rounding: a qualitative study. *Clin Nurse Spec*. 2017; 31(4):219-28.

Trabalho recebido: 02/04/2020

Trabalho aprovado: 08/10/2020

Trabalho publicado: 21/10/2020