

Artigo original

Souza MRC, Ribeiro AC.

Cuidado interprofissional e a relação entre enfermeiros e médicos no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250261.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250261.pt>

Cuidado interprofissional e a relação entre enfermeiros e médicos no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros

Interprofessional care and the relationship between nurses and physicians in the hospital setting: nurses' perceptions

Atención interprofesional y la relación entre enfermeras y médicos en el ámbito hospitalario: percepciones de las enfermeras

Matheus Ricardo Cruz Souza^a <https://orcid.org/0000-0001-5787-8736>

Antônio César Ribeiro^b <https://orcid.org/0000-0003-1607-3215>

^aFaculdade Católica de Mato Grosso (FACC-MT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

^bUniversidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza MRC, Ribeiro AC. Cuidado interprofissional e a relação entre enfermeiros e médicos no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250261. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250261.pt>

RESUMO

Objetivo: descrever, a partir da percepção dos enfermeiros, o modelo de trabalho em equipe e as relações interprofissionais estabelecidas entre enfermeiros e médicos no cuidado em saúde no setor de clínica médica e cirúrgica de um hospital público da Região Centro-Oeste do Brasil.

Método: estudo qualitativo, descritivo que utilizou o método estudo de caso. A pesquisa foi desenvolvida entre julho de 2024 e abril de 2025, no setor de clínica médica e cirúrgica de um hospital público. Foram aplicados 140 instrumentos de caracterização do perfil dos enfermeiros, analisados 75 prontuários, 20 sessões de observação não-participante e 10 entrevistas semiestruturadas com enfermeiros assistenciais. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática e a triangulação de dados.

Resultados: constatou-se que há desvalorização do cuidado interprofissional, baixa interação entre médicos e enfermeiros na perspectiva do cuidado ao paciente, além da ocorrência expressiva de relações conflituosas, afetando o trabalho em equipe. Ademais, em que pese os esforços dos enfermeiros para promover o trabalho em equipe, os médicos seguiram a tendência de monopolizar as decisões terapêuticas.

Considerações finais: na percepção dos enfermeiros, as práticas colaborativas foram limitadas em razão da existência de cultura organizacional que normatiza a hierarquização e sobreposição de saberes e práticas entre médicos e enfermeiros.

Descritores: Relações Médico-Enfermeiro; Sistema Único de Saúde; Hospitais; Prática Profissional.

ABSTRACT

Objective: To describe, from the nurses' perspective, the teamwork model and the interprofessional relationships established between nurses and physicians in healthcare in the medical and surgical ward of a public hospital in the Central-West Region of Brazil.

Method: A qualitative, descriptive study that used the case study method. The research was conducted between July 2024 and April 2025 in the medical and surgical ward of a public hospital. 140 instruments were applied to characterize the nurses' profile, 75 medical records were analyzed, 20 non-participant observation sessions were conducted, and 10 semi-structured interviews were carried out with nursing assistants. Thematic content analysis and data triangulation techniques were used.

Results: It was found that there is a devaluation of interprofessional care, low interaction between physicians and nurses from the perspective of patient care, in addition to the significant occurrence of conflicting relationships, affecting teamwork. Furthermore, despite the nurses' efforts to promote teamwork, the physicians continued the trend of monopolizing therapeutic decisions.

Final considerations: in the nurses' perception, collaborative practices were limited due to the existence of an organizational culture that normalizes the hierarchy and overlapping of knowledge and practices between physicians and nurses.

Descriptors: Physician-Nurse Relationships; Unified Health System; Hospitals; Professional Practice.

RESUMEN

Objetivo: Describir, desde la perspectiva de las enfermeras, el modelo de trabajo en equipo y las relaciones interprofesionales establecidas entre enfermeras y médicos en la atención médica en el servicio médico-quirúrgico de un hospital público de la región Centro-Oeste de Brasil.

Método: Estudio cualitativo descriptivo con estudio de caso. La investigación se llevó a cabo entre julio de 2024 y abril de 2025 en el servicio médico-quirúrgico de un hospital público. Se aplicaron 140 instrumentos para caracterizar el perfil de las enfermeras, se analizaron 75 historias clínicas, se realizaron 20 sesiones de observación no participante y se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas con auxiliares de enfermería. Se utilizaron técnicas de análisis de contenido temático y triangulación de datos.

Resultados: Se encontró una devaluación de la atención interprofesional, una baja interacción entre médicos y enfermeras desde la perspectiva de la atención al paciente, además de la significativa incidencia de relaciones conflictivas, lo que afecta el trabajo en equipo. Además, a pesar de los esfuerzos de las enfermeras por promover el trabajo en equipo, los médicos continuaron monopolizando las decisiones terapéuticas.

Consideraciones finales: En la percepción de las enfermeras, las prácticas colaborativas eran limitadas debido a la existencia de una cultura organizacional que normaliza la jerarquía y la superposición de conocimientos y prácticas entre médicos y enfermeras.

Descriptores: Relaciones médico-enfermera; Sistema Único de Salud; Hospitales; Práctica Profesional.

INTRODUÇÃO

A interprofissionalidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) representa marco importante para qualificação do cuidado e emerge de uma construção cuja perspectiva visa contemplar as necessidades de saúde por meio das práticas colaborativas no sentido da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação do indivíduo. Como expressão do trabalho coletivo na área da saúde, devem-se recompor os saberes e práticas, que por sua vez, encontram-se fragmentados, constituindo fator determinante na integralidade da atenção à saúde⁽¹⁾.

O modo de organização do trabalho em saúde e sua natureza complexa reforça a necessidade da articulação das práticas profissionais, uma vez que os saberes profissionais são segmentados e especializados. O modelo assistencial prevalente segue a tendência de atender às necessidades sociais, entretanto, de modo fragmentado, representando os reflexos da forma de organização do trabalho na sociedade, sobretudo, expressa a partir das influências impostas pela divisão social do trabalho⁽²⁾.

No que diz respeito ao trabalho em saúde no Brasil, este tem sido representado como um desafio complexo e dinâmico, tendo em vista as influências dos aspectos sociais, econômicos e o perfil epidemiológico da sociedade, exigindo cada vez mais modelos de cuidados que seguem a tendência de integração das práticas. Contudo, sabe-se que as profissões consistem em um corpo de conhecimento específico em determinada área do campo do saber, nesse sentido, o seu modo de olhar para o objeto perpassa a lógica de atender especialmente as necessidades dos usuários que estejam dentro de seu escopo de atuação e de sua competência técnica e legal. Essas condições reforçam que a falta de integração dos saberes implica a ineficiência do cuidado integral ao indivíduo⁽²⁻⁴⁾.

O cuidado interprofissional tem sido conceituado como modelo de trabalho que visa a integração e reciprocidade entre diferentes profissões, por meio de troca de instrumentos, técnicas e métodos de trabalho. O artigo produzido no Brasil⁽⁴⁾ analisou o processo de trabalho em saúde e tipificou o trabalho em equipe, destacando a existência de dois modos de

trabalho coletivo: a equipe integração e a equipe agrupamento. No caso da primeira, o trabalho é articulado e há interação entre os agentes, já no segundo, há justaposição e agrupamento dos agentes, refletindo a dicotomia de modelos de trabalho em equipe que culmina em distintos resultados frente ao processo de trabalho em saúde, sobretudo na integralidade do cuidado⁽⁴⁾.

Em que pese a reconhecida necessidade da articulação das práticas profissionais e da expressiva presença de enfermeiros e médicos no contexto hospitalar, estudos ainda apontam importantes desafios para a integração do trabalho entre essas categorias. Ademais, no cotidiano dos serviços hospitalares, as fragilidades nas interações interprofissionais comprometem a efetivação da integralidade do cuidado, repercutindo negativamente na qualidade da assistência e na segurança do paciente, potencializando os riscos de iatrogenias⁽⁵⁻⁷⁾.

Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade de aprofundar a compreensão do cuidado interprofissional no contexto hospitalar, considerando a essência do trabalho colaborativo, bem como a tipologia das equipes⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, tornam-se imprescindíveis reflexões críticas sobre a temática, com vistas a subsidiar debates e formulação de políticas públicas orientadas à melhoria dos processos de trabalho em saúde nos hospitais brasileiros. Parte-se, assim, do pressuposto de que os aspectos relacionais e comunicacionais constituem elementos determinantes para a articulação do cuidado interprofissional entre enfermeiros e médicos.

Portanto, o presente estudo teve por objetivo descrever, a partir da percepção dos enfermeiros, o modelo de trabalho em equipe e as relações interprofissionais estabelecidas entre enfermeiros e médicos no cuidado em saúde no setor de clínica médica e cirúrgica de um hospital público da Região Centro-Oeste do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que utilizou o método de estudo de caso. A escolha do referido método se deu em razão de sua adequação ao objeto proposto, considerando a necessidade de explorar fenômenos complexos de natureza qualitativa, a partir da representação de parte do cenário em que há ocorrência do problema de estudo. Desse modo, é necessária a delimitação precisa do cenário de estudo, bem como o uso de diferentes técnicas de coleta de dados para explorar profundamente o objeto de investigação⁽⁸⁾.

No que se refere ao local de estudo, foi escolhido o setor de clínica médica e cirúrgica de um hospital público situado na região Centro-Oeste do Brasil. Optou-se pelo setor

mencionado acima em razão do quantitativo de profissionais lotados e pelas maiores oportunidades de eventos de interesse para o estudo, bem como pela *expertise* dos pesquisadores. Após a delimitação do cenário de estudo, utilizaram-se diferentes técnicas de coleta de dados para maior apreensão da realidade, seguindo a recomendação do método estudo de caso ⁽⁸⁾.

A escolha do hospital foi influenciada pela sua estrutura física, recursos tecnológicos e pela sua estrutura organizacional, representando um dos maiores hospitais do Estado de Mato Grosso, sendo referência de diversas especialidades, principalmente, para o serviço de ortopedia e neurocirurgia. Possui total de 315 leitos, divididos entre 222 leitos de enfermaria adulto; 30 leitos de enfermaria pediátrica; 6 leitos de saúde mental; 50 leitos destinados para tratamento intensivo adulto; e 10 leitos para tratamento intensivo infantil.

A pesquisa foi desenvolvida entre julho de 2024 e abril de 2025. A equipe de pesquisa foi preparada antes de iniciar a coleta e os materiais de orientação do trabalho de campo foram revisados e impressos. No período da coleta, o hospital contava com 175 enfermeiros divididos em diferentes turnos e setores, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Em relação aos médicos, havia 339 cadastrados como vínculo ativo, não necessariamente em exercício. Desse quantitativo, estavam distribuídos entre clínico geral, especialistas e residentes, com jornada de trabalho prevalente de 20 horas semanais.

Os participantes do estudo foram constituídos diretamente pelos enfermeiros assistenciais e, indiretamente, pelos médicos, uma vez que foram analisados os registros destes profissionais em prontuários e sua interação com os enfermeiros no cotidiano. Como critério de inclusão dos participantes, consideramos todos os enfermeiros assistenciais lotados no setor de clínica médica e cirúrgica (N=76), independente da natureza do vínculo e do turno de trabalho.

A decisão de elaborar roteiro semiestruturado para entrevistar exclusivamente os enfermeiros surge das particularidades que caracterizam o trabalho do enfermeiro, sobretudo, pela sua proximidade com as necessidades dos pacientes e pelo seu papel central frente à gestão do cuidado, tornando, por vezes, articulador do cuidado⁽⁹⁾. No que diz respeito à coleta de dados aplicou-se um instrumento de caracterização de perfil sociodemográfico e profissional apenas para os enfermeiros do hospital com objetivo de delinear o perfil, totalizando (n=140) instrumentos aplicados, adiante, procedeu-se com a análise de prontuários (P).

Utilizou-se o sistema eletrônico instituído no hospital para seleção da amostra e para análise dos prontuários eletrônicos. Assim, definiram-se como critérios de inclusão: pacientes

que estiveram internados no setor de clínica médica e cirúrgica entre o período de abril e junho de 2024, que permaneceram por mais de 10 dias e que receberam alta por qualquer natureza. Com esses critérios obteve-se (N=323), desse quantitativo, inicialmente, selecionou-se 50 prontuários por conveniência, os quais foram identificados a partir do número de boletim de atendimento. Houve pré-análise e discussão dos dados coletados, sendo considerada pelos pesquisadores a necessidade de ampliar a amostra, totalizando 75 prontuários analisados (n=75).

Como parte relevante do estudo, a análise de prontuário foi realizada pelo pesquisador, utilizando instrumento próprio que contemplava campos específicos para identificação dos prontuários e anotações de dados subjetivos e objetivos, servindo como norteador e facilitador dos registros. A ferramenta utilizada permitiu conhecer a natureza dos registros profissionais, comparar registros de enfermagem e de médicos em busca de padrões de anotações que expressassem ações de cuidados conjuntos, prática de sobreposição ou justaposição de saberes, monopolização ou articulação do cuidado, bem como tomada de decisão clínica compartilhada ou unilateral ⁽⁴⁾. Após a coleta dos dados, foram processados, constituindo parte do material do estudo e analisados conforme etapas recomendadas para análise de conteúdo⁽¹⁰⁾.

De posse dos dados da documentação da prática, iniciou-se a observação não-participante (OBS), passando-se a observar a dinâmica de trabalho do enfermeiro com o médico, a fim de extrair dados da realidade do cotidiano que, em partes, não foram documentadas, mas que representam condições relevantes para explorar as relações interprofissionais. Os dados de observação foram registrados em diário de campo e gravados em MP3 para posterior transcrição e análise ⁽¹⁰⁾. Totalizou-se 20 sessões com duração de duas horas e divididas em diferentes turnos e internações.

Posteriormente, foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros assistenciais com duração média de 43 minutos, contudo, antes de iniciar as entrevistas foi elaborado um roteiro norteador da entrevista adequado ao objetivo do estudo, considerando a pré-análise dos dados coletados anteriormente. Ademais, foi realizada uma entrevista teste para avaliar a adequação do roteiro e todas as entrevistas foram gravadas em formato de áudio e transcritas pelo *software Transkriptor®*, seguidas de revisão audiovisual. A entrevista permitiu elucidar e complementar elementos não contemplados em outras técnicas utilizadas, sobretudo, no que diz respeito aos aspectos relativos à percepção e pensamento dos enfermeiros no cotidiano de trabalho.

A pré-análise de todos os materiais ocorreu de modo concomitante à coleta de dados, condição que permitiu identificar os padrões de concordância ou discordância sobre o conteúdo coletado. Tais condições permitiram dimensionar e analisar a frequência de aparição de dados semelhantes, a fim de se definir, conjuntamente, o momento em que os respectivos dados alcançaram a saturação^(10, 11), tornando os dados sem novos elementos importantes para o estudo.

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo do tipo temática⁽¹¹⁾, contemplando cinco momentos: 1) Pré-análise, momento em que foi realizada a leitura flutuante e na íntegra do material para definição dos Corpus; 2) Exploração do material, incluiu codificação de dados, representados no presente estudo como frases, constituindo as unidades de registro seguindo coerência interna no universo do sentido. Os dados foram referenciados a partir dos seguintes exemplos: (ENF1) para primeira entrevista, (P2) para o segundo prontuário analisado e (DC3) para o diário de campo da terceira sessão de observação. 3) Categorização foi elaborada a partir de núcleos de sentidos, que abarcou consideráveis unidades de registros, contribuindo para o enquadramento de subcategorias e posterior consolidação de categoria empírica resultando em duas categorias; 4) Tratamento dos resultados e 5) Inferências: os dados foram armazenados em arquivos do pacote Microsoft Word® e processados de modo individual para posterior integração, considerando os núcleos de sentidos e categorias provenientes de outras técnicas^(10, 11).

Portanto, os dados provenientes dos registros de prontuários, observação e entrevista, foram submetidos à triangulação de dados, a fim de integrar os *corpus* de análise para descrever a complexidade dos mesmos fenômenos, na perspectiva de cercar o objeto com diferentes fontes de informação e obter o produto real acerca das relações interprofissionais estabelecidas no cotidiano de trabalho no ambiente hospitalar.

O estudo seguiu as recomendações do guia *COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*⁽¹²⁾. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso, CAAE N.º 78748624.1.0000.8124, que foi aprovado conforme Parecer N.º 6.952.634/2024.

RESULTADOS

No que se refere ao perfil dos enfermeiros que compuseram a força de trabalho no hospital do estudo, destacou-se a prevalência de trabalhadores de enfermagem do sexo

feminino, representando 88,6% (n=124) de enfermeiras e 11,4% (n=16) enfermeiros. As idades mais comuns situaram-se entre 30 e 49 anos, representando 62,9% (n=95) do total. Em termos de Unidade da Federação, 77,9% dos enfermeiros relataram que são do Estado de Mato Grosso e 73% do total declararam não conviver com companheiro ou companheira.

Em relação ao tempo de funcionamento, é fundamental observar que a unidade hospitalar foi oficialmente aberta em 18 de novembro de 2019, contando com pouco mais de cinco anos de operação. Dessa forma, o período de trabalho na instituição variou, em meses, de 48 (38,3%) a menos de 12 meses (18,8%). Além disso, 18,8% dos entrevistados relataram uma experiência de 12 a 24 meses, enquanto 24,1% estiveram no hospital entre 25 e 48 meses. Todos os respondentes (100%) possuem vínculo temporário com a instituição, por meio de uma empresa pública.

No que diz respeito à formação e qualificação, 28,5% afirmaram ter apenas a graduação, enquanto 70,0% completaram algum curso de especialização, dos quais 52,0% (n = 51) possuem duas especializações. Um percentual reduzido, de 1,4%, informou ter pós-graduação *stricto sensu* no nível de mestrado na área. Em relação às especializações *lato sensu*, a maior parte (29,7%) se dedica a emergências em urgência e emergência, seguida por 18,3% em terapia intensiva para adultos, 5,1% em obstetrícia e 4,1% em terapia intensiva pediátrica e neonatal.

Frente à caracterização dos aspectos gerais relativos aos participantes do estudo, passou-se a explorar os dados de natureza qualitativa, considerando a essência do trabalho colaborativo, na perspectiva da interação entre os trabalhadores. Assim, consideramos a comunicação e as ações interprofissionais como base para o processo de integração dos saberes e práticas. Nesse sentido, emergiram duas categorias empíricas provenientes da triangulação de dados, a saber:

(Des)valorização da prática interprofissional entre enfermeiros e médicos

A desvalorização das práticas interprofissionais foi mais prevalente entre trabalhadores médicos em comparação com os enfermeiros. Ademais, evidenciamos falas, expressões e comportamentos estabelecidos durante o cuidado que reproduzem ideias e tendências à hierarquização e centralização do cuidado ao paciente na figura do médico, afastando-os do trabalho colaborativo. Vejamos nos fragmentos a seguir:

“Os médicos da clínica médica confiam mais na gente. Entre outras especialidades é mais difícil, tem especialidade que parece que a gente nem existe ali, eles acham que

a gente não tem autonomia nenhuma no setor, que é o que eles falam e pronto”. (ENF3)

“Todos os cuidados foram realizados conforme prescrição médica. [Anotações de enfermeiros e técnicos de enfermagem]”. (P39, P71, P75)

[...] Eu ainda vejo uma falha (...) a gente passa informações e elas não são acolhidas, sabe? Não sei se você me entendeu. A gente passa e quando é no final, a pessoa [o médico] não faz, sabe?” (ENF4)

Tem uns médicos que são bem prestativos, né? E tem os que têm muita dificuldade de interação com a gente, não acatam a maioria das vezes o que a gente solicita. (ENF9)

Percebo que os médicos valorizam as falas da enfermeira quando se trata de assuntos relacionados ao fluxo da instituição em determinadas situações, mas não houve falas que remetessem a ideia de discussão do caso clínico ou situações desta natureza. (DC4)

As falas contidas nos discursos dos enfermeiros expressam a necessidade de conquistar a confiança dos médicos em relação à sua própria *expertise*, para que esta seja considerada em um dado momento do trabalho em saúde. Além disso, a falta de consciência coletiva interprofissional implica a inexistência de um objetivo comum e potencializa os conflitos de poderes no contexto de prática profissional.

Contudo, a partir dos dados oriundos do campo empírico, reconhece-se que as falas e comportamentos dos enfermeiros expressam esforços do cotidiano para que ocorra o trabalho colaborativo, de modo a aproximar suas práticas das do médico para o cuidado compartilhado. No entanto, há ênfase de maior dificuldade e distância na interação entre enfermeiros e os médicos especialistas.

Em contrapartida, apesar da prevalência expressiva das práticas não colaborativas no ambiente de trabalho, houve duas unidades de registros que, em partes, expressaram aspectos positivos na interação entre enfermeiros e médicos, conforme descrito:

“Eles escutam bastante a gente, as nossas opiniões eles levam em conta. A gente os chama, conversa, sugere algumas coisas e eles aceitam. Eles acatam, sim. Até hoje não tive nenhum problema com os plantonistas nem com o visitador” (ENF5)

“A gente tem uma boa relação com a equipe médica. Só tem um médico que não acata aquilo que a gente está falando para ele. Ele vai investigar e vai buscar as informações.” (ENF6)

Nesse sentido, as relações estabelecidas no cotidiano revelam certa relatividade, indicando que, a depender do comportamento e contexto em que o enfermeiro atua, os saberes interprofissionais são considerados. No que diz respeito à participação da enfermagem, a natureza e nível de interação, destacamos os seguintes excertos do diário de campo:

O comportamento da enfermeira em relação ao médico varia para maior interação e empoderamento ou menor, a depender do médico e do assunto que se trata na comunicação [demandas administrativas e confirmação de exames realizados] (DC9)

Percebo que a equipe de enfermagem supervaloriza o trabalho do médico. Entretanto, tal fato não é recíproco, pois o médico não tomou como fato importante os gestos e as falas da enfermeira, bem como não interagiu com ela durante todo o momento que permaneceu no setor. (DC8)

A partir da cultura organizacional, constatou-se que a natureza da comunicação entre esses trabalhadores, majoritariamente, refere-se às demandas de caráter institucional, administrativo e burocrático. Em boa medida, enfermeiros e médicos possuem relações desiguais, entretanto, a construção da relação no cotidiano tem sido apontada nos discursos como fator importante para que suas falas e práticas sejam reconhecidas e valorizadas pelos médicos.

A identidade profissional é um elemento importante no contexto do trabalho em equipe e contribuiu para definição das práticas, delimitando de forma consistente o campo do conhecimento e de práticas, de modo que outros trabalhadores reconheçam o papel e a importância de todos frente às demandas do cotidiano. Já a falta de identidade implica de forma negativa na valorização do trabalho em equipe.

Em suma, a individualidade contida nos comportamentos das equipes de saúde demonstra desinteresse e desvalorização em relação às práticas colaborativas, sobretudo, não se estima, de modo consciente, a importância da articulação das ações interprofissionais e seus impactos sobre o objeto comum no qual se opera o cuidado.

Ademais, a reivindicação de reconhecimento de um espaço profissional requer grande capacidade de articulação e convencimento entre os diferentes agentes envolvidos no processo, especialmente, ao considerarmos o campo da saúde, cuja relação é cercada pelos conflitos de interesse que perpassam a disputa pelo campo de jurisdição e território profissional.

Dificuldades nas relações interprofissionais entre enfermeiros e médicos no espaço hospitalar

Na presente categoria, torna-se evidente a desarticulação do trabalho entre enfermeiros e médicos, representada pelas relações conflituosas que se estendem por diferentes turnos e equipes, exibindo o retrato geral e prevalente de condições desfavoráveis no cotidiano no setor de clínica médica e cirúrgica.

Assim, observam-se os excertos extraídos das diferentes técnicas de coleta de dados, evidenciando os elementos determinantes para compreendermos a essência da relação interprofissional no ambiente do estudo:

[...]Tem os (médicos) que têm muita dificuldade de interação com a gente (enfermeiros). (ENF9)

Eu passo as informações ao plantonista (médico) [...], aí ele fica questionando, você vê que ele está inseguro, que ele não está colocando credibilidade, né? (ENF2)

[...]Ele (médico) vai investigar e vai buscar as informações. Eu acho que é falta de confiança na enfermagem.” (ENF6)

Os médicos da clínica médica confiam mais na gente (ENF3)

Há indiferença e falta de cordialidade entre médicos e enfermeiros. (DC12, DC18)

Descrédibilidade, dificuldade de interação, falta de confiança na enfermagem e insegurança foram termos representados pelos enfermeiros como condições que poderiam explicar as dificuldades dos médicos para acatarem as sugestões ou valorizarem suas falas e ações no sentido da integração no cuidado ao paciente.

No cenário do presente estudo, evidenciamos comportamentos que remetem à invisibilidade entre os profissionais de medicina e enfermagem, e, apesar de os enfermeiros e médicos estarem diariamente no convívio no setor de internação, mesmo em diferentes turnos, houve prevalência de comportamentos compatíveis com a tipologia da equipe agrupamento e, por vezes, promovendo relações desarmônicas e conflituosas.

No que diz respeito às dificuldades relacionais, essas possuem natureza semelhante e recorrentes e, neste sentido, passou-se a explorar o aspecto comportamental do enfermeiro e suas ações frente às dificuldades presentes no cotidiano. Assim, os enfermeiros revelaram que:

“Tem muitos enfermeiros que têm conhecimento, mas tem medo, sentem acuados quando o médico responde não. Mas quando você demonstra domínio do que você está falando, a abordagem se torna outra.” (ENF1)

[...] Eu tenho uma boa convivência. Eles me respeitam e é justamente sobre isso, sua postura e o seu posicionamento. Mas depende, depende muito, eu já tive embate com vários plantonistas (Médico). (ENF10)

Diferente de outros momentos, o médico ouviu a enfermeira e expressou valorização de suas falas. Compreendi que a interação positiva para o cuidado ao paciente depende do posicionamento do enfermeiro e da reciprocidade e interesse do médico. (DC6)

Entre os aspectos positivos houve destaque às seguintes palavras: posicionamento, postura, comportamento, conhecimento e domínio. Ou seja, o enfermeiro precisa associar o “saber-ser” para se posicionar frente à interação no cotidiano do trabalho, tendo em vista que a cultura social e organizacional, por si só, coloca o médico em uma posição hegemônica/hierarquizada em relação ao cuidado.

Desse modo, ambientes de trabalho com profissionais qualificados e a existência de metas e objetivos coletivos podem resultar em relações interprofissionais de respeito mútuo e interdependência, contribuindo para o modelo ideal de trabalho em equipe, consequentemente qualificando o cuidado e a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

DISCUSSÃO

A cultura organizacional associada ao pensamento de existência de hierarquia entre os integrantes das equipes de saúde, implicam a sobreposição de saberes e práticas e na desarticulação do trabalho colaborativo entre as categorias. A enfermagem, por sua vez, ocupa o espaço central no contexto de cuidado em saúde, configurando-se como a categoria mais próxima dos usuários, entretanto, a medicina dentro de sua estrutura organizacional tem assegurado o controle e o monopólio sobre a prática (diagnóstico e terapêutica), condições que colocam a prática médica em posição hegemônica no espaço do hospital, e, a partir disso, as decisões terapêuticas tendem a prescindir da posição e parecer técnico da enfermagem ⁽⁴⁾.

Nesse sentido, as contribuições da teoria do agir comunicativo, elucidam caminhos para superação dessa cultura construída e enraizada nos serviços de saúde, cuja influenciada remonta aos pensamentos e práticas da hegemonia médica. Entre os avanços nas discussões acerca da temática, problematiza-se o modelo de equipes de saúde, conforme a tipologia e nível de interação. Assim, sob a ótica de Habermas, além da interação, destaca-se o envolvimento e cooperação entre os diferentes agentes no processo de trabalho^(13, 14).

No aspecto relacional e de cooperação, os resultados do presente estudo evidenciaram pouca interação entre enfermeiros e médicos, sobretudo, motivada pela prática médica de ações compatíveis com a desvalorização do trabalho do enfermeiro, reduzindo sua participação nas decisões terapêuticas. Sabe-se que a interação constitui elemento indispensável para o trabalho colaborativo, e, nessa lógica, evidenciam o tipo de equipe denominada agrupamento, caracterizada pela sobreposição do saber e inexistência de trabalho articulado ⁽⁴⁾.

Entre os elementos de um modelo ideal de equipe, emerge a necessidade de efetivação do envolvimento entre as diferentes profissões, sobretudo, numa perspectiva cuja dependência mútua torna-se o atributo fundamental para o desenvolvimento de um trabalho eficiente, valorizando as práticas e saberes constituídos dentro de um determinado campo do conhecimento. Assim, a ocorrência expressiva de condições opostas à interação, implica na ausência da cooperação e modelo de equipe ineficiente ⁽¹⁴⁾.

No que diz respeito às limitações para efetivação do trabalho colaborativo entre as equipes de saúde, destaca-se a existência de estudos nacionais apontaram que dificuldades nas interações entre enfermeiros e médicos sofrem as influências das desigualdades de gênero, uma vez que no cenário brasileiro mais de 84% dos trabalhadores de enfermagem são do sexo feminino e as influências históricas e ideológicas são determinantes para a formulação de cultura e do modo de viver, considerando o pensamento de submissão da mulher ao homem ⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto limitante apontado na literatura científica, diz respeito ao distanciamento teórico, de modo que médicos aplicam no discurso e prática conjuntos de conhecimento clínico restrito, condição que impede que outros trabalhadores participem. Em contraponto, o subdimensionamento e excesso de tarefas dos enfermeiros fora do âmbito direto de cuidado pode promover a baixa apropriação do espaço de decisão terapêutica no contexto da prática clínica ^(16,17).

Ainda nessa perspectiva, estudos nacionais e internacionais evidenciaram que a cultura organizacional, sobrecarga de trabalho, satisfação no trabalho, rotatividade de trabalhadores e a falta de definição dos papéis profissionais são variáveis de natureza distinta, porém representam elementos de grande impacto para o desempenho individual de cada profissão, e, por conseguinte, para o trabalho em equipe ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Para além do contexto brasileiro, os desafios relacionados à efetivação do cuidado interprofissional entre enfermeiros e médicos configuram-se como um problema complexo, de alcance global, presente em diferentes contextos dos principais países da Europa, do

Oriente Médio, da América do Norte e do Continente Asiático⁽²⁰⁻²³⁾. Contudo, nota-se que tais limitações permeiam até mesmo os países com elevado índice de desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, destacam-se as diversas estratégias utilizadas a fim de atingir o cuidado integral e minimizar condições desfavoráveis no cotidiano de trabalho hospitalar. Na Itália, um estudo descreve como estratégia o uso de uma ferramenta de educação interprofissional, enfatizando que esta representa mecanismo vital para o aprimoramento das práticas interprofissionais, a partir do fomento da comunicação profissional e incentivo de maior envolvimento na tomada de decisão clínica⁽²⁰⁾.

Já na Jordânia, destacaram-se estratégias de promoção de cultura hospitalar, treinamentos e educação continuada para promover a integração dos saberes e práticas interprofissionais para qualificação do cuidado⁽²¹⁾. Nos EUA, o trabalho em equipe foi evidenciado de forma positiva, numa perspectiva de integração de práticas entre outras profissões. O estudo americano destacou a presença de fluxos de trabalho multidisciplinares específicos e consolidados, associados à cultura organizacional e definições das ações profissionais. Assim, a delimitação precisa do escopo de atuação profissional tornou-se evidente no contexto de prática, e, conseqüentemente, contribuiu para inibir a subordinação entre as diferentes profissões⁽²²⁾.

Em Singapura, como estratégia para garantir a integração do cuidado, monitoramento e segurança do paciente, foi apresentada ferramenta tecnológica de comunicação criada a partir da Teoria de Experiências em Ambientes de Saúde. O artefato descrito no estudo teve como objetivo facilitar a prática colaborativa entre enfermeiros e médicos, por meio de uma ferramenta de bate-papo interprofissional destinado à discussão de casos específicos, e, portanto, sua finalidade visou à promoção de barreiras para mitigar erros e facilitar a comunicação interprofissional em ambientes hospitalares e ambulatoriais⁽²³⁾.

Em síntese, destacam-se múltiplos mecanismos e esforços para estabelecer a relação interprofissional na área da saúde em diversos países, sobretudo, reconhecendo a comunicação interprofissional e a cooperação como elementos centrais para o trabalho colaborativo. Não obstante, entre os fatores limitantes mais apontados, foram as influências das condições de trabalho, a cultura organizacional, falta de investimento em educação continuada e necessidade de qualificação dos profissionais. Tais elementos constituem caminhos necessários para tornar o ambiente de prática propício para o trabalho interprofissional e colaborativo⁽¹⁹⁻²³⁾.

Por outro lado, a dissociação entre a competência legal e competência técnica tem sido mencionada como condição desfavorável nos serviços de saúde, uma vez que o conjunto de competências legais e jurisdicionais, por si só, não garante a qualificação da prática, evidenciando a necessidade de apropriação da competência técnica para o exercício profissional com qualidade, autonomia e capacidade de tomada de decisão segura⁽²⁴⁾.

Por fim, entende-se que o presente estudo possui suas limitações, uma vez que seu desenvolvimento ocorreu restritamente no setor de clínica médica e cirúrgica, condição que impede análises comparativas entre os diferentes setores no espaço hospitalar. Ainda assim, os resultados revelaram a ocorrência expressiva de conflitos relacionais e a necessidade de elaborar estratégias para efetivar o cuidado interprofissional no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de atingir o cuidado integral e minimizar condições desfavoráveis no cotidiano de trabalho hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos enfermeiros sobre as relações estabelecidas no cuidado entre enfermeiros e médicos foi representada a partir de um padrão relacional conflituoso, e, como consequência, estima-se o comprometimento do trabalho colaborativo. Além disso, há expressão da inexistência do trabalho em equipe no setor de clínica médica e cirúrgica, mesmo havendo esforços de alguns enfermeiros para promover a integração da equipe e a participação conjunta nas decisões terapêuticas dos pacientes. Desse modo, a tipologia ideal de equipe de saúde tem seus elementos centrados na cooperação e na interdependência em torno do cuidado dos usuários, condições que influenciam diretamente no produto do trabalho, podendo resultar em eficiência e integralidade do cuidado. Entretanto, no cenário do estudo, tais elementos apresentaram-se distantes da realidade, caracterizando a equipe como mais próxima do modelo denominado agrupamento, demarcada pela prática de sobreposição de saberes e monopolização do cuidado pelos médicos.

Frente ao exposto, constatou-se importantes fragilidades na comunicação entre médicos e enfermeiros e baixa interação na perspectiva do cuidado ao paciente no ambiente hospitalar. Portanto, acredita-se que as contribuições do presente estudo podem provocar reflexões e promover mudanças na percepção dos profissionais e gestores sobre investir e promover mudança na cultura organizacional e no modelo de gestão e equipe de cuidado nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saúde Pública. 2016;32(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>
2. Freidson, E. Renascimento do Profissionalismo. São Paulo: Edusp, 1998.
3. Spagnol CA, Ribeiro RP, Araújo MGF, Andrade WV, Luzia RWS, Santos CR, et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. Saúde Debate. 2022;46(spe6):185–95. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E616>
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103–9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
5. Chaves LD, Almeida EC, Pantoja VJ, Gleriano JS. Gestão do cuidado e trabalho interprofissional: reflexões estratégicas alinhadas ao Programa Brasil Saudável. Enferm Foco. 2025;16(Supl1):e-202519. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2025.v16.e-202519SUPL1>
6. Francisco AF, Santos BMP, De Jesus PC, Souza LM. Comunicação na transferência de cuidados para realização de exames de imagem na ótica da enfermagem. J Nurs Health. 2024;14(2):e1425789. <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i2.25789>
7. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública. 2020;36(12):e00223019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223019>
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Atlas; 1987. 87 p
9. Barros ACL, Menegaz JC, Santos JLG, Polaro SHI, Trindade L L, Meschial WC. Conceitos de gerenciamento do cuidado de enfermagem: scoping review. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20220020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020>
10. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
11. Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo. Lisboa Edições, 70, 225.
12. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
13. Mattar e Silva TW, Velloso ISC, Araújo MT, Fernandes ARK. Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20180629. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>
14. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
15. Santos BMP, Gomes AMF, Lourenção LG, Cunha ICKO, Cavalcanti AJCA, Silva MCN, et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da

- COVID-19. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(10):2785–96. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09772023>
16. Gonçalves LAP, Mendonça ALO, Camargo KR. A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):683–92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.32162016>
 17. Oliveira JLC, Rodrigues NH, Acosta AM, Ribeiro RG, Mergen T, Silva AR. Comparação do nível de dependência de Enfermagem e dimensionamento entre unidades de internação clínica e cirúrgica. *Esc Anna Nery*. 2024;28:e20230109. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0109pt>
 18. Baltazar-Gómez DY, Rosas-González E, García-Rodríguez I, Ibarra-Gutiérrez MJ, Pirez-Lindoro MÁ. Relación entre cultura organizacional, satisfacción laboral y desempeño en trabajadores de salud en Querétaro, México. *SANUS Rev Enferm*. 2022;7(18):e295. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.295>
 19. Pradelli L, Risoli C, Summer E, Bellini G, Mozzarelli F, Anderson G, Guasconi M, Artioli G, Bonacaro A, Sarli L. Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: a systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open*. 2025 Mar 21;15(3):e087268. doi: 10.1136/bmjopen-2024-087268. PMID: 40118478; PMCID: PMC11931918.
 20. Bovo A, Veronese M, Zanotti R, Danielis M. Percepções das interações entre enfermeiros e médicos: insights dos estudos clínicos de estudos de medicina. *Med Educ Online*. 2025;30(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2025.2500560>
 21. Hijazi H, Alyahya MS, Alolayyan MN, Ajayneh F, Al Abdi R, Hossain A, et al. Exploring the impact of interaction dynamics and professional capacity and development on cognitive medical errors: a multiple-case study of healthcare professionals in Jordan. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):598. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07082-1>
 22. Serber SL, Wachtel N, Fox M, Petrushonis C. A multidisciplinary approach to increase dysphagia compliance in stroke patients. *J Neurosci Nurs*. 2024;56(5):180-5. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000778>
 23. Yann Foo Y, Tan K, Rao J, Lim WS, Xin X, Cheng Q, et al. Visualizing interprofessional collaboration through the lens of networked ecological systems theory. *J Interprof Care*. 2022;36(6):777-785. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.2007864>
 24. Souza MRC, Ribeiro AC. Características do perfil profissional de enfermeiros e os reflexos sobre seu trabalho. *Cad Pedagógico*. 2025;22(9):e17944. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n9-086>

Disponibilidade de dados e material

Os dados não foram disponibilizados por compromisso firmado com a instituição parceira. Porém, o acesso ao conjunto dos dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ao Sistema Único de Saúde do Município de Cuiabá-MT.

Contribuição de Autoria

Conceituação: Antônio César Ribeiro;

Curadoria de dados: Matheus Ricardo Cruz Souza;

Análise formal: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro;

Aquisição de financiamento: Matheus Ricardo Cruz Souza;

Investigação: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro;

Metodologia: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro;

Administração de projeto: Antônio César Ribeiro;

Recursos: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro;

Software: Matheus Ricardo Cruz Souza;

Supervisão: Antônio César Ribeiro;

Validação: Antônio César Ribeiro;

Visualização: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro;

Escrita - rascunho original: Matheus Ricardo Cruz Souza;

Escrita - revisão e edição: Matheus Ricardo Cruz Souza e Antônio César Ribeiro.

Conflito de Interesses

Não houve conflito de interesses.

Autor correspondente

Matheus Ricardo Cruz Souza

E-mail: mtmatheusricardo@gmail.com

Recebido: 22.08.2025

Aprovado: 22.01.2026

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira