

Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI

Ana Cleide Soares Victor¹, Laura Misue Matsuda^{2*}, Silvia Maria dos Santos Saalfeld¹ e Yolanda Dora Martinez Évora³

¹Hospital Universitário de Maringá-HUM, Maringá, Paraná, Brasil. ²Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. ³Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, EERP - USP. *Autor para correspondência. E-mail: lmisue@terra.com.br ou lmmatsuda@uem.br

RESUMO. O presente estudo contou com 27 sujeitos e investigou o conteúdo e as formas como a comunicação se processa entre a equipe médica e os visitantes de uma UTI-adulto. Os dados foram coletados por intermédio de entrevista estruturada, após consentimento por escrito. Dentre os resultados, 8 não compreenderam todas as informações, 24 não receberam informações por escrito, 25 não foram solicitados para fazer *feedback* e 12 não receberam estímulos para fazer perguntas. Sobre o que foram informados, mencionaram: a respeito da doença (22), resultados de exames e tratamento (8 respectivamente). 14 referiram que gostariam de receber informações sobre o estado geral do cliente e 8 apontaram o prognóstico. As sugestões mais citadas para melhoria foram: mais detalhes a respeito do estado geral, abertura para fazer perguntas e receber informações por escrito. Observou-se que o processo de comunicação entre os dois grupos necessita ser otimizada. Sugere-se, para tanto, a perspectiva da interdisciplinaridade.

Palavras-chave: UTI, comunicação verbal, informação, equipe médica, interdisciplinaridade, visitantes.

ABSTRACT. Physician team verbal communication: perceptions and needs of visitors at an adult intensive care unit. The present study, consisted by 27 subjects, investigated the content and the forms of verbal communication between physician team and visitors of an Adult Intensive Care Unit (ICU). Data were collected through a structured interview after written consent. The results showed that 8 subjects did not understand all information given, 24 did not receive written information, 25 were not requested to do feedback and 12 did not feel free to make questions. Regarding to what was informed to the visitors, they mentioned topics concerning: the disease (22); exams results and treatment (8 respectively). Some visitors (14) affirmed that they would like to receive information about the client general condition and 8 referred to the prognostic. The most mentioned suggestions for improvement were: receiving more details regarding to the client general condition, an overture to make questions and written information. In conclusion, the communication process between these groups needs to be optimized. Therefore, the interdisciplinary perspective is suggested.

Key words: ICU, verbal communication, information, physician team, interdisciplinary, visitors.

Introdução

A comunicação é um processo complexo que envolve a transmissão, a recepção e a compreensão de informações, por meio da fala, da escrita, de gestos, da mímica, de diferentes tipos de sons (tom de voz, pausas...) e de apresentação. De acordo com Silva (2002), a comunicação ocorre em três formas: verbal, não-verbal e paraverbal ou paralinguagem.

Quanto ao conceito comunicação, Littlejohn (1978) já afirmava que, devido à natureza complexa e multidisciplinar do processo, naquela época não

existia uma definição concisa, clara e universal do termo. Ainda hoje, os achados na literatura que aborda o tema parecem não ser conclusivos.

Para efeitos deste estudo, pautaremos-nos na definição de Vestal *apud* Marquis e Huston (1999: 324) que definem a comunicação como: “a troca de significados entre e no meio de indivíduos através de um sistema compartilhado de símbolos (verbal e não-verbal) que possui o mesmo sentido tanto para o emissor, quanto para o receptor da mensagem”. Nessa definição, a paralinguagem, que é outra

dimensão da linguagem não-verbal, não é explicitada pelas autoras.

Nas últimas décadas, a crescente tecnologia dos meios de comunicação tem obtido importantes avanços produzindo benefícios à humanidade como: a transmissão/troca de informações em tempo real de locais distantes e a facilidade de comunicação entre diferentes idiomas (Matsuda *et al.*, 2000). Como fatos mais recentes, ressaltamos a capacidade de comunicação em rede por meio eletrônico e o uso do telefone móvel os quais ampliam as possibilidades comunicativas e o desenvolvimento humano.

Acreditamos que, no contexto dos serviços de saúde, a comunicação é o fator mais importante a ser considerado, pois variáveis tempo e técnica, muitas vezes determinantes da manutenção ou da recuperação da vida, devem ocorrer de forma concomitante. Assim, a comunicação deve ultrapassar os limites das disciplinas (aqui caracterizadas como profissões) que direta ou indiretamente atuam nos processos do cuidar. No sistema hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local onde normalmente abriga cliente em estado crítico, o que gera angústias e apreensões nos familiares e/ou nas pessoas próximas. Dos profissionais que atuam nesse meio, exige-se permanente atenção, tomada de decisões, execuções rápidas e seguras dos procedimentos. Nesse contexto, a comunicação intra e extra-equipe assume capital importância para que não ocorram distorções e nem falhas nos processos de atendimento.

Na enfermagem, estudos como o de Plowright (1996) Domingues *et al.* (1999), Scarelli (1993), Nascimento e Martins (2000) e Santos *et al.* (1999), que abordam a respeito das famílias¹ (visitantes) de UTIs, afirmam que a comunicação (informação) consiste em um dos principais meios capazes de gerar ou de minimizar angústias nos familiares. Outro fator citado pelos autores e que é também constatado na nossa vivência profissional, é que o visitante pode e deve ser considerado como um importante aliado na recuperação da saúde do cliente.

Ao falar da qualidade na saúde, no que tange à categoria médica, Mirshawka (1994) e Nogueira (1994) apontam a necessidade desses profissionais se aterem à comunicação efetiva nos processos de atendimento. Já Knobel (1998), ao comentar a respeito da humanização em UTI, destaca a

importância da comunicação como meio para diagnosticar e solucionar as dificuldades.

Quanto à comunicação verbal (escrita ou falada) efetuada entre a equipe médica e os visitantes de UTIs, não encontramos nenhuma publicação específica sobre esse tema. Nesse sentido, Plowright (1996) também salienta a escassez de estudos. De maneira semelhante, mas com enfoque na comunicação da equipe de enfermagem, Matsuda *et al.* (2003)² constataram que o volume e a qualidade das informações fornecidas não correspondiam às necessidades dos visitantes.

No nosso cotidiano hospitalar, temos observado que a comunicação do profissional médico, assim como dos outros profissionais com os familiares dos clientes, não é valorizada, e quando ela ocorre, quase sempre é escassa, breve e não-sistematizada, confirmando o que nos diz Robertson (1996).

Tendo em vista a complexidade e a abrangência da comunicação nos processos de atendimento à saúde, as informações veiculadas nesse meio devem objetivar a maior otimização possível. Para tanto, a participação de todos os envolvidos, com o propósito de melhor atender o cliente, consiste em condição *sine qua non*.

Não obstante a hegemonia médica (que reduz as possibilidades de diálogo na área de saúde) tenha prevalecido em nossa sociedade por muitos anos e a sua manutenção ainda consista em luta da categoria, a interdisciplinaridade é uma questão que vem sendo discutida com maior ênfase nos cenários da educação e da pesquisa, mas ainda de maneira incipiente na saúde. Em nosso entender, discussões a respeito são necessárias, visto que toda profissão carece de conhecimentos de outras áreas seja do âmbito científico, do empírico e outros.

Segundo Sabbatini e Cardoso (2001: 2), “interdisciplinaridade ‘é o trazer junto os componentes distintivos de duas ou mais disciplinas’ na pesquisa ou educação, conduzindo a novos conhecimentos que não seriam possíveis se não fosse esta integração”. Esses autores também ressaltam que a interdisciplinaridade, ocorre quando disciplinas se integram e colaboram entre elas mesmas.

Para Fazenda (2003: 2), “o pensar interdisciplinar parte do princípio de que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional”. A autora ressalta que é preciso dialogar o conhecimento científico com outras formas de conhecimento,

¹ No contexto deste estudo os termos visitantes/familiares serão utilizados com o mesmo significado. Portanto, não se pauta em laços de consanguinidade.

² Artigo de título “A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes”, de autoria de Matsuda *et al.* Aguarda publicação na Rev. do 8.º SIBRACEn, 2002.

inclusive com o conhecimento do senso comum para que possa ampliá-lo e assim “enriquecer a nossa relação com o outro e com o mundo”.

A comunicação em saúde, de modo que possa agir em prol daquele que tem a sua integridade afetada (que nesse caso tanto pode ser o cliente como os seus familiares ou ambos), carece contar com pessoas bem informadas e integradas. Conscientes disso é que nos motivamos à realização deste estudo.

Consideramos que o desenvolvimento de pesquisas, como esta que ora apresentamos, deve ser reconhecido como estratégia que amplia a visão e as formas de atuação dos profissionais de diferentes disciplinas, no sentido de fornecer subsídios que otimizem a inter-relação entre as pessoas. Isso tudo, ao nosso ver, tende a resultar em benefícios globais voltados ao cuidado, às profissões e à sociedade.

O nosso objetivo é investigar a respeito do conteúdo e da forma como se processa a comunicação verbal entre a equipe médica e os visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto.

Material e métodos

O presente estudo, do tipo exploratório-descritivo, contou com a participação de 27 visitantes de uma UTI-adulto de 4 leitos, de um hospital escola situado no interior paranaense. Compuseram a amostra, homens e mulheres, visitantes de clientes internados no serviço antes mencionado, com idade igual ou maior a 18 anos, que tivessem capacidade de verbalização oral e/ou escrita.

Os dados foram coletados entre fevereiro-março de 2002, após terem visitado o cliente na UTI e também conversado com o médico de plantão daquele setor. Lembramos que nesse serviço o médico conversa com apenas um visitante de cada cliente, no horário de visitas da tarde. À noite também tem horário para visitas, mas não são fornecidas informações pelo médico de maneira sistemática, porém dependendo do caso e do profissional, essa conduta é flexibilizada.

Para a realização da pesquisa, obtivemos o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade à qual o hospital é vinculado. A seguir, solicitamos a anuência do Diretor Superintendente e da Diretora do Serviço de Enfermagem.

A coleta dos dados foi precedida por um breve contato com os visitantes, ainda no *hall* da UTI, onde a pesquisadora apresentava os objetivos da pesquisa e solicitava a participação dos sujeitos. Mediante o consentimento verbal, estes eram orientados a se dirigirem, após a visita, a uma sala,

para efetuarmos a entrevista que só se concretizou após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo respondente. As entrevistas foram efetuadas individualmente e em local privativo.

O instrumento de coleta de dados, após ter sido validado por cinco visitantes, constituiu-se de um formulário com duas questões fechadas, duas mistas e três abertas, conforme constam nas Tabelas 1 e 2, onde os resultados são apresentados.

Tratamento e apresentação dos dados

As frequências das questões fechadas e mistas foram agrupadas, somadas e, em seguida, transformadas em porcentagens.

Quanto aos dados das respostas abertas, seguimos em parte a técnica da pesquisa qualitativa abordada por Bardin (1977). Primeiramente, as respostas foram lidas várias vezes e os trechos ou o todo que continham algum significado com a questão do estudo foram destacados. Após isso, reunimos todos os trechos e eliminamos as partes que eram iguais ou possuíam o mesmo sentido para uma mesma resposta e participante. A seguir, agrupamos por igualdade ou semelhança, as respostas de todos os participantes para uma mesma questão. Só no final é que as frequências foram contadas e registradas.

A apresentação dos dados será efetuada por intermédio de tabelas, de acordo com o tipo das perguntas (abertas, fechadas ou mistas). A análise dos dados foi embasada em diversos autores, visto que até o momento não identificamos nenhuma publicação específica a respeito do tema em questão.

Resultados e discussão

Dentre os 27 visitantes que participaram do estudo, a maioria, 15 (55,6%) se enquadrava na faixa etária de 31 a 50 anos e 14 (51,9%) eram do sexo feminino. Quanto ao grau de escolaridade, tivemos: 8 (29,6%) analfabetos, 13 (48,1%) com Ensino Fundamental incompleto, 6 (22,2%) com Ensino Médio completo e nenhum com curso superior.

Observamos que o grau de escolaridade consiste em barreira na comunicação entre o visitante e a equipe de saúde, pois muitos referiram se sentir inibidos e até temerosos em fazer perguntas e expor as suas necessidades e angústias ao médico. Em que pese à falta de estrutura física do setor, que também dificulta a inter-relação entre as duas categorias em estudo, a comunicação tende a ser otimizada se os profissionais assumirem a postura de que as pessoas mais próximas ao cliente podem e devem ser co-participes do processo de cuidar. Ademais, a

acessibilidade às informações a respeito do seu ente hospitalizado consiste em direito legal.

Scarelli (1993), em estudo com familiares de clientes internados em UTI, afirma que o nível de escolaridade pode ser um dos fatores que interferem na comunicação entre os profissionais da saúde e o cliente e isso, segundo a autora, influencia na recuperação do mesmo. Também no sentido da comunicação prejudicada com os familiares, cremos que as conseqüências não são diferentes.

Dentre o grau de parentesco dos visitantes, prevaleceu aquele que se situa em primeiro grau (filho, mãe/pai, esposa/marido). Esse fato se justifica pela UTI ser uma unidade crítica que, além dos terríveis estereótipos designados a este setor, como visto no estudo de Matsuda *et al.* (2003)³, é restrito às visitas e acompanhante.

De acordo com a Tabela 1, observamos que do total da amostra (27), a maioria (70,4%) referiu ter compreendido todo o conteúdo das informações fornecidas pelo médico, entretanto um número significativo de 8 (29,6%) respondeu não. Ainda nessa mesma questão, quando perguntados sobre o que não entenderam, 4 (14,8%) referiram que foi a respeito do estado geral do cliente, 2 (7,4%) apontaram a dieta, 1 (3,7%) não entendeu quando o médico disse o porquê da cirurgia da esposa e 1 (3,7%) não respondeu.

Tabela 1. Distribuição das respostas às questões fechadas e mistas, apresentadas por 27 visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal da equipe médica durante a visita. Maringá, estado do Paraná. 2002.

Pergunta	Resposta	Freq.	%
O Sr.(a) compreendeu tudo o que o médico lhe informou?	Sim	19	70,4
	Não	8	29,6
Se NÃO , o que o sr.(a) não entendeu?	Estado geral do cliente	4	14,8
	Dieta/alimentação	2	7,4
	O porquê da cirurgia	1	3,7
	Não respondeu	1	3,7
O médico permitiu ou estimulou que o(a) Sr.(a) fizesse perguntas?	Sim	12	44,4
	Não	12	44,4
	Às vezes	3	11,2
Após dar alguma informação o médico solicitou para que o(a) Sr.(a) repetisse/confirmasse o que ele disse?	Sim	2	7,4
	Não	25	92,6
Alguma vez nesta UTI o médico entregou alguma informação e/ou orientação por escrito?	Sim	3	11,1
	Não	24	88,9
Se SIM , qual foi o conteúdo?	Não lembra	3	11,1

A dificuldade na compreensão das orientações fornecidas pelo médico pode ser outro indicativo da

baixa escolaridade dos sujeitos deste estudo como referido anteriormente.

Os números enunciados são relevantes, visto que os riscos e as angústias resultantes da falta e/ou da má compreensão das informações podem resultar em conseqüências difíceis de serem solucionadas, seja na dimensão biológica quanto na psicológica e/ou social do cliente e de seus familiares. Essa importância pode ser observada na fala de Souza (1994), quando afirma que os familiares de clientes de UTIs tendem a aceitar mais as recomendações do médico do que de outros profissionais. Consideramos esse fato um reflexo da formação social e cultural da nossa sociedade, visto que o médico sempre deteve o poder de decisão junto à equipe de saúde e sem dúvida, quando se considera a atuação em nível de tratamento, é o profissional que possui maior grau de autonomia.

Embora a hegemonia do poder de decisão ainda esteja circunscrita, na maioria das vezes, à categoria médica, no serviço em estudo tem-se procurado aglutinar os conhecimentos e dissolver o poder decisório nos processos de cuidado, por intermédio das visitas diárias à beira do leito, com a participação dos diversos profissionais que compõem a equipe. Essa é uma estratégia que merece ser destacada, pois embora vivencie as dificuldades inerentes às deficiências estruturais de um hospital público, a conduta da equipe corresponde às necessidades profissionais e organizacionais apontadas por estudiosos da qualidade na saúde dentre os quais citamos Nogueira (1994) e Silveira (1998). A participação dos usuários, entretanto, não está sistematizada no serviço.

A questão seguinte, referente ao recebimento por escrito de alguma informação e/ou orientação pelo médico, 3 (11,1%) referiram que sim e 24 (88,9%) responderam não. Aos que responderam sim, solicitamos que dissessem o conteúdo do que foi comunicado por escrito, mas todos referiram não se lembrar.

Silva (1997) refere que numa inter-relação, a fala consiste em apenas um terço do que é comunicado. Esse fato nos faz pensar na importância da comunicação escrita que, além de induzir à maior responsabilidade pelos dados, pode ser revista e melhorada em diferentes momentos.

Quanto à realização de *feedback* pelo médico, por meio da solicitação ao visitante para que repetisse as informações fornecidas, apenas 2 (7,4%) referiram ter vivenciado essa conduta e 25 (92,6%), ou seja, a absoluta maioria respondeu não. Consideramos que o *feedback* deve ser tomado como uma condição necessária, tanto para avaliar a compreensão das

³ Artigo de título "Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto", de autoria de Matsuda, M. M.; Silva, N.; Tisolini, A. M. Aguarda para ser publicado na *Acta Scientiarum*.

informações quanto para melhorar o nível interacional entre ambos. Outra razão está na pouca escolaridade dos sujeitos deste estudo que, conforme mencionamos anteriormente, parece provocar inibição e dificuldades na manifestação das suas dúvidas e sentimentos.

No que tange à “abertura”, acessibilidade por parte do médico para fazer perguntas, 12 (44,4%) perceberam essa intenção por parte do médico. Também em igual número responderam não e 3 (11,2%) afirmaram que, às vezes, esse fato ocorreu. Sabemos que a demanda elevada por atendimento associada à complexidade e ao tecnicismo nas UTIs dificulta a interação com os visitantes e clientes, mas, sempre que possível, a oportunidade de expressão deve ser possibilitada.

O ato de evitar conversar com os visitantes (e clientes) manifestado pela equipe de saúde pode ser em decorrência de vários fatores como aqueles mencionados por Matsuda (1989) ao abordar a questão da humanização no hospital e também, àqueles mencionados por Knobel (1998), quando aborda a humanização em UTIs. De uma perspectiva diferente, ao falar do tema educação médica e a relação deste com o paciente, Gonçalves (1999) aponta a tecnologia como um meio de distanciamento do profissional. Concordamos com o autor mencionado e associamos a isso o aparecimento de inúmeras especializações as quais fragmentam cada vez mais o ser humano e o cuidado.

Ainda Gonçalves (1999) ressalta a importância de assistir o cliente na dimensão holística, ou seja, nos aspectos físicos, biológicos, psicológicos, espirituais, sociais e outros. Consideramos confortante o que esse autor nos diz, visto que, no âmbito do atendimento médico, a abordagem holística permeada pela comunicação individual e efetiva (especificamente com a família) não é freqüente. Outro autor que ressalta essa necessidade é Knobel (1998), o qual aponta a comunicação de maneira honesta e freqüente, como a necessidade mais importante dos clientes e familiares nas UTIs.

Conforme observamos na Tabela 2, os três itens mais abordados pelos médicos, segundo os visitantes, foram: a doença (45,8%), resultados de exames e tratamento (16,6%) respectivamente. Aspectos relacionados às normas/rotinas, alimentação, orientações de como a família pode contribuir no tratamento, prognóstico e outros, foram também citados, porém em menor freqüência.

Tabela 2. Distribuição das repostas às questões abertas, apresentadas por 27 visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal da equipe médica durante a visita. Maringá, estado do Paraná, 2002.

Pergunta	Resposta*	Freq.	%
O que o médico lhe informou?	Sobre a doença	22	45,8
	Resultados de exames	8	16,6
	Tratamento	8	16,6
	Normas/rotinas	2	4,2
	Dieta/alimentação	2	4,2
	Como a família pode contribuir no tratamento	2	4,2
	Prognóstico	1	2,1
	Cuidados pós-alta	1	2,1
	Estado psicológico do cliente	1	2,1
	Aparelhos em uso	1	2,1
Total		48	100
Sobre o quê gostaria de ser informado pelo médico após a visita?	Estado geral	14	53,8
	Prognóstico	8	31
	Dieta/alimentação	2	7,6
	Humanização	1	3,8
	Cuidados preventivos	1	3,8
Total		26	100
Que sugestão daria para melhorar a comunicação verbal entre os médicos desta UTI e os visitantes?	Fornecer mais detalhes a respeito do estado geral do cliente	6	50
	Mais abertura para fazer perguntas	3	25
	Dar informações por escrito	2	16,7
	O médico deve conversar com mais de um visitante por vez	1	8,3
	Total		12

* mais de uma resposta por respondente

A questão seguinte referente a que o visitante gostaria de ser informado pelo médico após a visita, 14 (58,8%) mencionaram que gostariam de saber mais detalhes a respeito do estado geral do cliente, 8 (31%) referiram o prognóstico e 2 (7,6%) a dieta. Orientações relacionadas à humanização e aos cuidados preventivos foram referenciadas apenas uma vez respectivamente.

Pensamos que a necessidade de saber a respeito do estado geral e do prognóstico se relaciona ao estigma atribuído pela sociedade, porque para muitos, se o doente está na UTI, é porque está “muito grave”, “... está lá para morrer”, “... está no fim da linha” ou “tem poucas horas de vida”, conforme atesta Matsuda *et al.* (2003)³.

Os itens mais enfocados pelos médicos e também pelos visitantes nas duas questões anteriores se justificam pelo fato de que a UTI é o local onde comporta enfermos com maior risco de vida, sendo os enfoques na doença e no tratamento mais evidentes.

Quanto às sugestões para melhorar a comunicação verbal da equipe médica referidas pelos respondentes, destacaram-se: fornecer mais detalhes a respeito do estado geral do cliente (50%), possibilitar mais “abertura” para fazer perguntas (25%), fornecer informações por escrito (16,7%) e o médico deve conversar com mais de um visitante por vez (8,3%).

³ Ibid.

Notamos que receber informações a respeito do estado geral do ente internado na UTI, segundo o ponto de vista dos visitantes, consiste no conteúdo mais importante da comunicação entre eles e o médico, entretanto muitas informações fornecidas por esses profissionais não correspondem às necessidades daqueles. Ao nosso ver, essa dissonância pode causar mais angústias nos familiares, visto que, diante da limitação de tempo e da frequência dos contatos com o médico, associada às dificuldades em se expressarem, as informações tendem a não ocorrer de maneira dialógica e efetiva. Uma medida prática para minimizar esses problemas poderia ser a adoção, pelos profissionais, de uma postura acolhedora, associada ao questionamento sistemático dos visitantes, sobre quais itens e quanto gostaria de ser informado. A presença de mais de um visitante para a “troca” de informações, também merece ser considerada.

Em nossa vivência profissional em UTIs, temos observado que, mesmo quando as informações são fornecidas de maneira detalhada (segundo o ponto de vista dos profissionais), os familiares mostram-se inseguros e angustiados. Isso ocorre porque, muitas vezes, estes não compreendem os termos utilizados pelo médico ou então porque desejam ouvir informações a respeito de situações que o médico não pode fornecer com exatidão, como é o caso da sobrevivência e/ou data da alta do cliente.

Mesmo quando a compreensão não é barreira para a comunicação com a equipe, sabemos que em UTIs ela pode ser limitada. Possivelmente, muitos já vivenciaram internações de seus próprios parentes ou de profissionais da mesma área cuja equipe que o assiste evita maiores contatos com as pessoas próximas ao cliente. Na entrevista publicada por Soares (2001), o médico Alex Botsaris faz um importante desabafo e relata o drama vivido por ele, quando o seu filho, que nasceu prematuro (e faleceu), ficou internado numa UTI neonatal. Conta esse profissional que o que o deixou mais angustiado, durante todo o período, foi a falta de comunicação/informação por parte dos seus colegas de profissão.

Visto que o trabalho em saúde se insere principalmente nas dimensões biológica e social, a atuação nessa área, e em particular em UTIs, exige uma diversidade de competências pessoais e profissionais (conhecimento, destreza, relacionamento, adaptação, ver-se no mundo, etc.) que os qualificam para tal. Conviver em meio tão complexo onde o dinamismo e a diversidade (e por que não dizer também a contrariedade) estão sempre presentes, habilita-nos a apontar a premência da

interdisciplinaridade nos diversos níveis de atenção à saúde, tal qual discutida por Fazenda (2003), Rocha e Almeida (2000) e Sabbatini e Cardoso (2001). A população como co-partícipe nos processos de atenção à saúde, considerada a especificidade de cada momento, ao nosso ver, também consiste em ponto pacífico dessa discussão.

Considerações finais

Atualmente, a abordagem holística já faz parte da agenda de algumas disciplinas relacionadas às áreas biológicas e humanas. Ao nosso ver, isso só será possível mediante estudos e discussões voltadas à melhoria nos padrões de conhecimento e conduta daqueles que, efetivamente, exercem atividades na área.

A profissão médica que ao longo dos anos tem se firmado como ocupação de maior *status* atribuído pela sociedade, tem obtido grandes avanços nos campos científico e tecnológico que otimizam a área instrumental do trabalho, mas não àquele que se refere à área expressiva (interacional) voltada aos usuários.

Pensamos que as iniciativas de pesquisas, como a que ora apresentamos, com vistas à comunicação dos profissionais que atuam e decidem diretamente pela vida das pessoas, podem subsidiar futuras discussões e mudanças acerca da perspectiva de atendimento integral do cliente.

Dentre os resultados obtidos dos 27 participantes deste estudo, destacamos: 8 pessoas referiram não ter entendido tudo o que o médico informou, 24 nunca tinham recebido informações por escrito a respeito do cliente que visitara e 25 mencionaram não ter percebido nenhum estímulo por parte do médico, para repetir as orientações fornecidas e assim fornecer *feedback*. A abertura/disponibilidade do médico à realização de perguntas pelo visitante foi mencionada por 12 respondentes. Este mesmo número, entretanto, apontou não ter percebido essa intenção.

Verificamos ainda que as informações emitidas pelo médico da UTI estudada situam-se quase que exclusivamente em torno da patologia do cliente (doença, resultados de exames e tratamento). Isso parece não corresponder à necessidade da maioria dos visitantes que referiu que gostariam de receber mais informações a respeito do estado geral e do prognóstico, citados 14 e 8 vezes respectivamente.

Quanto à principal sugestão para melhorar a comunicação verbal do médico com os visitantes, estes sugeriram para que sejam fornecidas informações mais detalhadas a respeito do estado geral do cliente.

De acordo com os resultados deste estudo, ao comunicar-se com os visitantes, o médico utiliza-se basicamente da forma verbal, unilateral e dirigida à doença. Esse modo de agir dificulta a interação com as pessoas diretamente envolvidas com o cliente o que pode prejudicar a recuperação do mesmo.

Apesar da UTI onde o presente estudo foi efetuado consistir num ambiente considerado pela maioria dos clientes que participaram do estudo de Matsuda *et al.* (2003)³ como sendo favorável, percebemos que as informações fornecidas pela equipe médica para os entes dos que estão internados necessitam ser sistematizadas e otimizadas.

Consideramos que os resultados obtidos estão a contento com o objetivo estabelecido para este estudo e que os pontos por nós discutidos, consistem apenas em uma pequena mostra do que ocorre no universo complexo de uma UTI, em que a comunicação é fator preponderante para o alcance da qualidade do cuidado.

Conscientes de que o cuidado em saúde é por si só complexo e que os profissionais que atuam nessa área necessitam de informações contextualizadas e freqüentes, advindas dos mais diversos segmentos, sugerimos para que a realização de estudos voltados à comunicação intra e extradisciplinar, sejam encorajadas.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- DOMINGUES, C. I.; SANTINI, L.; SILVA, V. E. F. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 39-48, 1999.
- FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade: definição, projeto, pesquisa*. 2003. Disponível em: <<http://www.profelipe.locaweb.com.br/valeriainterdisciplinaridade.htm>>. Acesso em: 15 ago.2003.
- GONÇALVES, E. L. A educação médica e a relação médico-paciente. *Pediatria*, São Paulo. v. 21, n. 3, p. 174-181. 1999.
- KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 2. ed., São Paulo: Atheneu, 1998.
- LITTLEJOHN, S. W. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 1999.
- MATSUDA, L. M. *Humanização no hospital: principais expectativas dos pacientes versus equipe de enfermagem*. Ribeirão Preto, 1989. Monografia (Especialização em Administração de Serviços de Saúde) - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1989.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Nursing*, São Paulo, n. 29, p. 16-20, 2000.
- MIRSHAWKA, V. *Hospital fui bem atendido!!!: A vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Nursing*, São Paulo, n. 29, p. 26-30, 2000.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- PLOWRIGHT, C. I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. *Nursing*, Ed. Portuguesa, Lisboa, n. 102, p. 30-32, 1996.
- ROBERTSON, L. Informação é a chave para dar responsabilidade à família. *Nursing*, Ed. Portuguesa, Lisboa, n. 99, p. 29-30, 1996.
- ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latinoam. Enf.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-1001, 2000.
- SABBATINI, R. M. E.; CARDOSO, S. H. *Interdisciplinaridade e o estudo da mente*. Disponível em: <<file:///A:/Interdisciplinarity and the Study of Mind.htm>> Acesso em: 27 ago. 2001.
- SANTOS, C. R. *et al.* Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem - família. *Nursing*. São Paulo, n. 17, p. 26-29, 1999.
- SCARELLI, E. M. *Orientação à família do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva*. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
- SILVA, M. J. P. Qualidade e comunicação. *Rev. IEHE.*, Rio de Janeiro, n. 14 (suplemento), p. 18-24, 1997.
- SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.
- SILVEIRA, J. A. M. Novas estratégias para a melhoria da qualidade no setor da saúde. *In: MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. (Ed.) Qualidade na saúde: práticas e conceitos*. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. cap. XXI, p. 237-254.
- SOARES, L. Doutores na berlinda. *Veja*, São Paulo, n. 50, edição 1731, p. 1-15, 2001.
- SOUZA, M. F. *Unidade de terapia intensiva: opinião de familiares*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

Received on June 13, 2003.

Accepted on October 20, 2003.

³ Ibid.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações pertinentes sobre a pesquisa de título "**Comunicação Verbal de uma Equipe Médica: Percepções e Necessidades de Visitantes de uma UTI**" e ciente dos meus direitos a seguir relacionados, concordo em participar sob as seguintes condições:

- 1 - ter a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa;
- 2 - ter a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa ou outrem;
- 3 - ter a garantia de que em hipótese alguma serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- 4 - ter garantido o compromisso de que o(a) pesquisador(a) me proporcionará informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando;
- 5 - ter o compromisso de se fazer cumprir a legislação em caso de dano;
- 6 - que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Maringá - PR. ____/____/____.

Assinatura do respondente.

Nome do(a) entrevistador(a).
N.º do COREN- PR.: