



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

PATRÍCIA MENEZES TREFILIO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO À LUZ DO
HUMANIZA SUS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO
EM FORTALEZA**

**FORTALEZA
2015**



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

PATRÍCIA MENEZES TREFILIO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO À LUZ DO
HUMANIZA SUS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO
EM FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Administração de Empresas.

Área de Concentração: Fundamentos e Processos Estratégicos para a Sustentabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Dantas de Figueiredo

**FORTALEZA
2015**

C331a Carvalho, Patrícia Menezes Trefilio de.

Análise dos processos de comunicação à luz do humaniza SUS em um hospital público de ensino em Fortaleza / Patrícia Menezes Trefilio de Carvalho. - 2015.

87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2015.

“Orientação: Profa. Dra. Marina Dantas de Figueiredo.”

1. Comunicação organizacional. 2. Hospitais universitários – Fortaleza (CE).
3. Administração hospitalar. 4. Sistema Único de Saúde. I. Figueiredo, Marina Dantas de. II. Título.

CDU 658:005.57

PATRÍCIA MENEZES TREFILIO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO À LUZ DO
HUMANIZA SUS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO
EM FORTALEZA**

Dissertação julgada e aprovada para obtenção do título de Mestra em
Administração de Empresas, outorgado pela Universidade de Fortaleza.

Área de Concentração: Fundamentos e Processos Estratégicos para a Sustentabilidade
Linha de Pesquisa: Estratégias Organizacionais

Data de Aprovação: 08/04/2015

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marina Dantas de Figueiredo
(Orientadora/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Profa. Dra. Fátima Regina Ney Matos
(Membro/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Prof. Dr. Francisco Roberto Pinto
(Membro/Universidade Estadual do Ceará - UECE)

Profa. Dra. Carolina Dantas de Figueiredo
(Membro/Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Marina Dantas pelo apoio e orientação.

CARVALHO, Patrícia Menezes Trefílio de. **Análise dos Processos de Comunicação à Luz do Humaniza SUS em um Hospital Público de Ensino em Fortaleza**. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas (PPGA), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, 2015.

Perfil da autora: Graduada em Administração pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 2008). Atua na Área de Consultoria e Assessoria em Gestão Hospitalar.

RESUMO

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar o processo de comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado em um hospital universitário conveniado ao SUS brasileiro. Apresentam-se como objetivos específicos: observar as práticas de comunicação dos profissionais de enfermagem no atendimento prestado ao paciente internado; identificar os sujeitos envolvidos na comunicação com o paciente internado na unidade hospitalar; identificar a necessidade de comunicação do paciente durante o período de internação. A análise da comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado possibilitou a observação da aplicação de políticas públicas de saúde propostas por meio de leis, ações e programas assim como a atuação dos hospitais de ensino e dos profissionais de saúde no processo de atendimento ao paciente internado. Sob a perspectiva da gestão hospitalar e do processo de comunicação no atendimento ao paciente, foram observados e avaliados aspectos pertinentes: às práticas gerenciais; à administração de recursos e infraestrutura; ao contexto do paciente internado; aos objetivos de comunicação dos profissionais de saúde; às demandas de comunicação por parte de pacientes e acompanhantes; à interação e à troca de informações entre os profissionais de saúde para assistir e se comunicar com o paciente internado; as tomadas de decisões e autonomia de equipes de enfermagem na prestação de serviços. Para referendar a observação do processo comunicativo e do modelo de gestão, vigente em uma unidade de internação hospitalar pública e de ensino, foram consideradas as teorias de comunicação; os modelos de gestão mecanicista e burocrático; a comunicação escrita como mecanismo de segurança e assistência adequada ao paciente; as habilidades e técnicas de comunicação; a capacidade de ouvir das organizações e os respectivos canais de comunicação utilizados; a comunicação formal e a comunicação informal como instrumentos complementares e necessários à uma gestão técnica e também mais humanizada nos hospitais.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Gestão Hospitalar. Sistema Único de Saúde. Humanização. Comunicação. Modelo Mecanicista. Comunicação Organizacional.

CARVALHO, Patrícia Menezes Trefilio de. **Analysis of the Communication Processes of to Humaniza SUS in the Light of a Public Teaching Hospital in Fortaleza.** 2015. 87 f. Dissertation (Master in Business Administration) – Graduate Program in Business Administration (PPGA), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, 2015.

Profile of the author: Graduated in Business Administration by the Universidade Federal do Ceará (UFC, 2008). It operates in the Area Consulting and Consulting in Hospital Management.

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the process of communication between the nursing professional and the patient in a university hospital conveniado the Brazilian SUS. They present as specific objectives: to observe the communication practices of nurses in the care provided to hospitalized patients; identify the subjects involved in communicating with the patient hospitalized at the hospital; identify the need for communication of the patient during hospitalization. The analysis of the communication between the nursing professional and the patient hospitalized allowed the observation of the implementation of public health policies proposed by laws, actions and programs as well as the performance of teaching hospitals and health professionals in the care process to inpatient. From the perspective of hospital management and communication process in patient care, were observed and evaluated relevant aspects: the management practices; the administration of resources and infrastructure; the context of inpatient; the health professional communication objectives; the communication demands by patients and caregivers; the interaction and exchange of information among health professionals to assist and communicate with the patient hospitalized; decision-making and autonomy of nursing staff in providing services. To endorse the observation of the communicative process and management model, existing in a unit of public hospital and teaching, we considered the communication theories; Models of mechanistic and bureaucratic management; written communication as a safety mechanism and adequate patient care; skills and communication techniques; the ability to hear the organizations and their communication channels used; formal communication and informal communication as complementary instruments necessary to the technical management and also more humane in hospitals.

Keywords: Health Public Policy. Hospital Management. Health System. Humanization. Communication. Mechanistic model. Organizational Communication.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros	Página
1 Modelo Lasswell (1948)	14
2 Teorias de comunicação.....	20
3 Modelos de gestão e tipos de comunicação organizacional.....	24
4 Habilidades básicas do bom ouvinte e os resultados esperados.....	26
5 Técnicas de Comunicação Terapêutica	33
6 Elementos e ações de comunicação em uma unidade de internação hospitalar.....	35
7 Ouvidoria Hospital Walter Cantídio – UFC	44
8 Lei do acompanhante do paciente internado em unidade hospitalar	45
9 Ação HumanizaSUS	46
10 Problemas SUS e disfunções do modelo de gestão mecanicista.....	48

Figuras	Página
1 Esquema do sistema de comunicação geral	15
2 Modelo de Newcomb (1950)	17
3 Avaliação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.....	31
4 Diretoria Assistencial HUWC.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde
e-MAG	Acessibilidade em Governo Eletrônico
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SGEP	Secretária de Gestão Estratégica e Participativa
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Problema de pesquisa e objetivos.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Teorias da comunicação.....	13
2.2 Modelos de gestão e tipos de comunicação organizacional.....	20
2.3 A capacidade de ouvir, as palavras não ditas e o papel da ouvidoria nas empresas.....	24
2.4 Políticas públicas de saúde e gestão hospitalar	27
2.5 Comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado.....	31
3 METODOLOGIA	36
3.1 O método	36
4 RESULTADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL	42
4.1 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).....	42
4.2 HumanizaSUS	44
<i>4.2.1 Objetivos.....</i>	<i>44</i>
<i>4.2.2 Princípios</i>	<i>45</i>
<i>4.2.3 Ações</i>	<i>46</i>
<i>4.2.4 Problemas.....</i>	<i>47</i>
5 RESULTADOS E ANÁLISE.....	49
6 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A – Lista de palavras chaves e termos relacionados aos temas de comunicação e gestão hospitalar	79
ANEXO B – Modelo de roteiro de anamnese de enfermagem	81
ANEXO C – Termo de confidencialidade (carta da pesquisadora ao hospital no início da pesquisa).....	83
ANEXO D – Organogramas do Hospital Universitário Walter Cantídio.....	84
ANEXO E – Roteiro de entrevista: profissional de enfermagem (proposta inicial).....	85
ANEXO F – Roteiro de observação não participativa: processo de comunicação	86

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa pretende analisar questões relevantes relacionadas à qualidade da prestação de serviços nos hospitais públicos e de ensino no Brasil, tomando como foco específico as relações de comunicação entre pacientes e enfermeiros sob a perspectiva dos modelos de comunicação organizacional, comunicação interpessoal e o modelo de gestão mecanicista.

A comunicação em uma unidade hospitalar contempla a troca de informações entre o profissional de saúde e o paciente. Assistir o paciente internado inclui perguntar sobre questões clínicas e o bem estar do paciente internado, esclarecer dúvidas, orientar e também atentar para o registro de informações no prontuário do paciente.

A saúde está entre as necessidades básicas de sobrevivência de uma população e, ao mesmo tempo, exige investimentos financeiros elevados para a sua manutenção. A complexidade dos serviços prestados ao paciente em um hospital também contribui para a necessidade de estudos na área de saúde.

A variedade de profissionais de saúde que assistem o paciente tais como médicos especialistas, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogos, e as respectivas divisões e departamentos mostram a necessidade de identificar quem são os sujeitos do processo de comunicação e como ocorre a comunicação entre eles e com o paciente. Outro aspecto importante é verificar as necessidades de comunicação do paciente durante o período de internação.

Os hospitais públicos de ensino abrangem desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por seu caráter de referência concentram os pacientes mais graves, que exigem mais recursos e atenção (ABRAHUE, 2007, p. 1).

Amparado por um conceito amplo de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O resultado do último Censo 2010 indica, “190.732.694 pessoas para a população brasileira em 1º de agosto, data de referência. [...] Esse número demonstra que o

crescimento da população brasileira no período foi de 12,3%, [...] em 2000, 81% dos brasileiros viviam em áreas urbanas, agora são 84%” (IBGE, 2010).

O atendimento hospitalar prestado aos pacientes, em unidades de internação, concentra-se geralmente nas equipes de enfermagem. Estas têm como atividades principais: coordenação, administração de medicação, higienização, atendimento de solicitações, procedimentos, orientações, registros de sinais vitais e outros. Os profissionais de enfermagem, segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), (2011), são compostos por Enfermeiros e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Segundo Robazzi e Marziale (1999), os profissionais de enfermagem oferecem serviços essenciais dentro de um hospital, uma vez que estabelecem contato contínuo com os pacientes, gerenciam o cotidiano das atividades operacionais e se constituem como o maior grupo de trabalhadores com vínculo empregatício formal nas organizações hospitalares.

O contexto relatado sobre os serviços de enfermagem, em uma unidade hospitalar, apresenta a comunicação enfermeira paciente¹ como primordial na vida cotidiana dos hospitais. Além da assistência ao paciente relacionada às técnicas de enfermagem (administração de medicação, higiene pessoal, controle de pressão, curativos), o profissional de enfermagem é instrumento de comunicação entre a instituição e o paciente quando esclarece dúvidas, orienta, atende solicitações e reclamações.

Os objetivos de comunicação e as técnicas de comunicação aplicadas pelos profissionais de enfermagem influenciam a prestação de serviços hospitalares e necessitam de avaliações em relação ao aspecto humano no atendimento, ampliando a assistência para além da doença e do tratamento.

O Humaniza SUS é uma das ações do SUS com o intuito de ampliar esse contato e a comunicação entre as pessoas e grupos nos hospitais, assistindo o paciente de uma forma mais corresponsável; trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde; o usuário e sua rede sócio-familiar devem assumir posição protagonista com relação a sua saúde (PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASILEIRO, 2013).

¹ No presente estudo adotou-se o gênero feminino “enfermeira” quando fala-se do profissional de enfermagem que assiste o paciente internado em uma unidade hospitalar; essa opção deveu-se ao discurso observado entre os profissionais de enfermagem, médicos e pacientes e também em função da maior presença de profissionais do sexo feminino no ambiente hospitalar.

O CartaSUS (2011) é mais uma ação do SUS e do Ministério da Saúde para ampliar a participação da população na gestão pública. Essa ação contribui para o objetivo de humanizar o atendimento ao paciente por meio de uma aproximação, mesmo que posterior ao período de internação, e pretende ouvir o paciente assim como relatar os procedimentos e custos inerentes á internação. O paciente responde sobre a qualidade do serviço prestado.

Com isso, analisar a comunicação na organização hospitalar, mais precisamente a comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado, parece revelar questões pertinentes: ao SUS brasileiro e às propostas de humanizar cada vez mais a relação com o paciente; à administração hospitalar, com suas políticas, regras e processos; e á qualidade do atendimento prestado ao paciente internado.

1.1 Problema de pesquisa e objetivos

A pesquisa propõe-se a responder a seguinte questão: Como o processo de comunicação influencia o atendimento prestado ao paciente internado em uma unidade hospitalar?

O objetivo geral dessa pesquisa é: Analisar o processo de comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado em um hospital universitário conveniado ao SUS brasileiro.

Apresentam-se como objetivos específicos:

- a) observar as práticas de comunicação dos profissionais de enfermagem no atendimento prestado ao paciente internado;
- b) identificar os sujeitos envolvidos na comunicação com o paciente internado na unidade hospitalar;
- c) identificar a necessidade de comunicação do paciente durante o período de internação.

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma: na primeira seção tem-se a introdução. Na segunda seção estão organizados o referencial teórico com três subseções principais, quais sejam: Teorias da Comunicação, Comunicação Organizacional e Comunicação e Sistema Hospital. Na terceira seção, está a metodologia com as subseções que tratam sobre o método, o campo de pesquisa e o relato sobre o primeiro contato com o hospital pesquisado. A quarta seção foi organizada em duas subseções: na primeira estão

contidas as informações sobre as políticas públicas de saúde, especialmente em hospitais, e na segunda os resultados e análises da pesquisa de campo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Analisar a comunicação entre o paciente internado e o profissional de enfermagem exige buscar estudos e teorias que influenciam essa atividade sob as perspectivas dos indivíduos, das instituições e das políticas públicas. O texto foi organizado nas seguintes seções: Teorias da Comunicação, Modelos de gestão e tipos de comunicação organizacional, A capacidade de ouvir, as palavras não ditas e o papel da ouvidoria nas empresas, Políticas públicas de saúde e gestão hospitalar e Comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado.

2.1 Teorias da comunicação

Fiske (1990, p. 1) questiona se “Podemos considerar como um campo de estudo algo tão diverso e multifacetado quanto à comunicação humana, concluindo pela natureza multidisciplinar da comunicação e definindo-a como ‘interação social através de mensagens?’”.

A complexidade e a subjetividade do estudo da comunicação estimulam ainda mais a curiosidade científica tendo em vista a carência de entendimento das causas, efeitos e influências do processo de comunicação nas relações interpessoais e no bem-estar das pessoas. Desta forma, se faz necessário avaliar quais as influências e os benefícios da comunicação para os indivíduos, organizações e sociedade.

No século III antes de Cristo (a.C.) Aristóteles já estudava a comunicação dirigida para determinada audiência. Os estudos sobre a retórica, desenvolvidos pelos sofistas, enfatizavam a transmissão da informação como processo de persuasão, composta por três elementos básicos: locutor, discurso e ouvinte. Segundo Berlo (1999, p. 7):

Aristóteles definiu a retórica (comunicação) como “todos os meios disponíveis de persuasão”. Discutiu outros possíveis objetivos de quem fala, mas deixou nitidamente fixado que a meta principal da comunicação é a persuasão, a tentativa de levar outras pessoas a adotarem o ponto de vista de quem fala.

O modelo para o estudo da comunicação proposto por Harold D. Lasswell em 1948 por meio do texto “A estrutura e a função da comunicação da sociedade” abordava elementos da comunicação como influenciador de comportamentos e da opinião pública. Dessa forma,

organizações, assim como sociedades, utilizam a comunicação para colocar em prática seus objetivos e rotinas e estabelecer a cultura desejada.

Segundo Martino (2010), o modelo de Lasswell procura dar conta de uma articulação linear entre os vários elementos de uma interação, de modo que o processo de comunicação é apresentado com começo, meio e fim, respectivamente: emissor, mensagem e receptor.

Nesse modelo possíveis ruídos ou interpretações equivocadas das mensagens enviadas pelo receptor são pouco valorizados e o receptor assemelha-se a um alvo (imóvel). Segue quadro 1 – Modelo Lasswell.

Quadro 1 – Modelo Lasswell (1948)

QUEM	DISSE	O QUE	A	QUEM	Com	que
	Com intenções	Em que canal	Em condições		efeitos	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

O modelo de Lasswell expõem uma sequencia, conforme figura 1 acima, em um único sentido, nomeando os elementos e os enumerando. A frase “Quem disse o que a quem” é apresentada com a qualificação de cada elemento posteriormente ao sujeito responsável por iniciar a comunicação: com que intenções foi dito; em que canal e em que condições a mensagem foi transmitida; e finalmente com que efeitos.

Em uma unidade de internação hospitalar e na comunicação com o paciente internado, esses aspectos e a sequencia apresentada pelo modelo auxiliam na identificação das intenções de comunicação a partir de propostas, políticas e normas e por meio de avisos, manuais, prescrições médicas, orientações direcionados ao paciente internado.

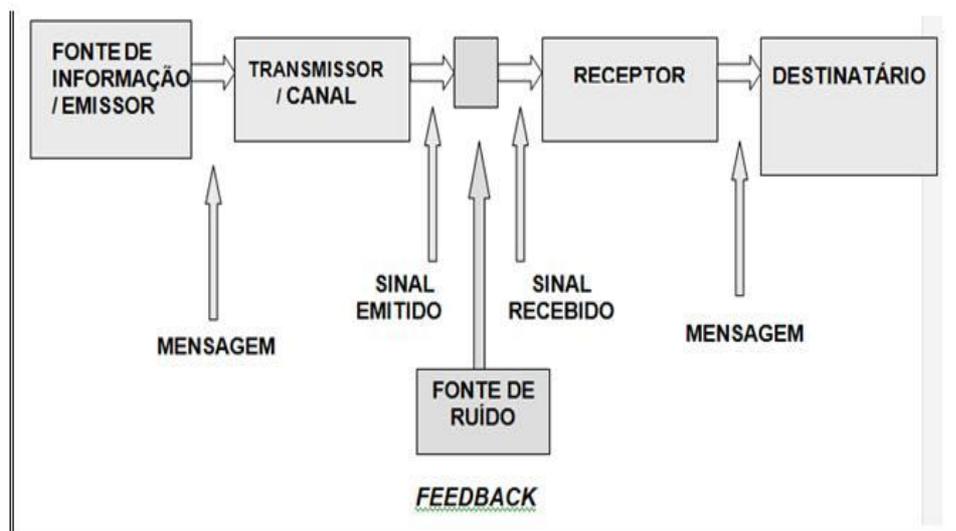
Um dos primeiros modelos do processo comunicativo surgiu com a Teoria da Informação (SHANNON; WEAVER, 1949). O modelo apresenta a comunicação como um processo organizado em etapas; há a participação de um ou mais sujeitos que estabelecem uma “ponte” que serve como condutor do conteúdo a ser transmitido, recebido e compreendido. A Teoria da Informação considera a possibilidade de ocorrer ruídos ou interrupções no fluxo de informações.

Vê-se na Teoria da Informação a presença e a participação do sujeito que recebe as informações ou orientações quando inclui no processo de comunicação a possibilidade de ruído ou feedback, diferentemente do modelo de Lasswell que subentende que quem recebe a

mensagem não interage com quem inicia a comunicação. Esse complemento deve-se à proposta de uma comunicação com caráter de troca ou acréscimos.

No esquema do sistema de comunicação geral, proposto por Lasswell, conforme figura 1 a seguir, pode-se identificar um emissor e um destinatário, o canal utilizado, a mensagem originada pelo emissor e a mensagem recebida pelo destinatário. Essa sequencia mostra a fonte de ruído como um obstáculo ao objetivo de comunicação e, ao mesmo tempo, uma influencia na mensagem que chega ao destinatário, podendo alterá-la. Vê-se que são apresentadas duas mensagens, uma ao sair do emissor e outra ao chegar ao destinatário.

Figura 1 – Esquema do sistema de comunicação geral



Fonte: Shannon e Weaver (1949, p. 34).

Vê-se, de acordo com o Esquema do Sistema de Comunicação gera (FIGURA 2), que há sempre uma fonte ou nascente da informação a partir da qual é emitido um sinal, por meio de um aparelho transmissor; esse sinal viaja pelo canal, ao longo do qual pode ser perturbado por um ruído. Quando sai do canal, o sinal é captado por um receptor que o converte em mensagem que, como tal, é compreendida pelo destinatário. O esquema não contempla outros sujeitos no processo comunicativo assim como outros sistemas influenciadores, trata-se de um sistema fechado.

A comunicação interpessoal permeia quaisquer interações entre os seres humanos. Compreender o processo de comunicação interpessoal é tarefa difícil, seja nas organizações familiares ou comunidades ou empresas. Os fatores que motivam a comunicação são diversos, as percepções e os interesses das pessoas envolvidas no processo variam de acordo com a

realidade social e esta, para Martino (2010, p. 76), “é construída a partir de relações de comunicação, no sentido de atribuir às práticas, valores e ações um significado compartilhado”.

A comunicação interpessoal considera os três elementos básicos da comunicação, o emissor, a mensagem e o receptor. Uma vez que os sujeitos do processo de comunicação hora trocam de papéis, pode-se fazer uma analogia com a educação onde há troca de informação, aprendizado e alteração por parte tanto do professor (a princípio, o emissor) como do aluno (no início, o receptor). Nesse processo comunicativo, a mensagem é constantemente modificada.

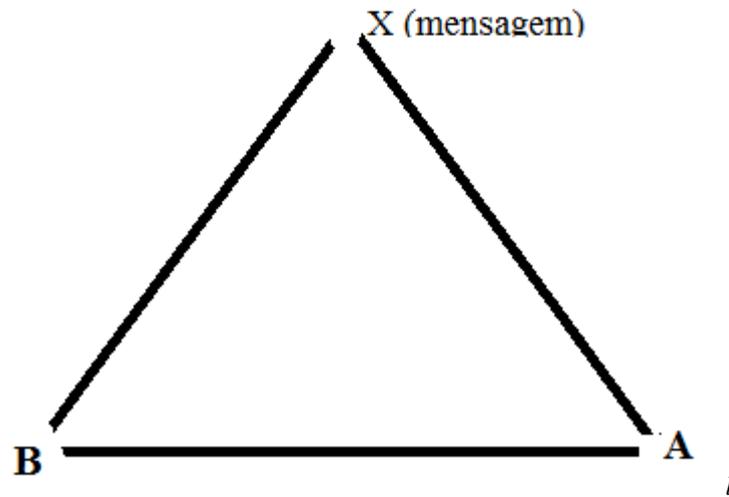
Martinelli e Almeida (1997) propõem um modelo de comunicação simplificado e definem comunicação como o processo pelo qual a informação é trocada e compreendida por duas ou mais pessoas, normalmente com a intenção de motivar ou influenciar o comportamento. Para os autores, tem-se os seguintes elementos em um processo de comunicação: transmissor, receptor, mensagem, canal e *feedback*.

Para transmitir uma mensagem, tem-se também a codificação e a decodificação da mesma. A codificação consiste em selecionar símbolos com os quais se compõe uma mensagem; já a decodificação é a interpretação dos símbolos utilizada em uma mensagem, com o propósito de interpretar seu significado. (MARTINELLI; ALMEIDA, 1997, p. 40).

No início dos anos 1950, segundo Martino (2010), o modelo ABX de Newcomb tinha como objetivo compreender de que maneira a comunicação interpessoal é mutuamente orientada entre duas pessoas para se referir a um determinado objeto e como os conteúdos ditos influenciavam um ao outro.

Newcomb (apud MARTINO, 2010) partia do princípio de que seres humanos tendem a evitar o conflito e buscar equilíbrio nas relações pessoais, evitando o desconforto de sustentar uma discussão. Também em suas pesquisas, conforme figura 2 a seguir, o autor define que na dinâmica de uma conversa entre duas pessoas A e B, sem um alto grau de intimidade, as opiniões divergentes em relação a um elemento X tendem a ser abandonadas conforme os interlocutores notem um no outro, as direções a seguir; e mais, a interação A/B relativa à X pode se alterar conforme o tempo de duração do relacionamento.

Figura 2 – Modelo de Newcomb (1950)



Fonte: Elaborada pela autora (2015).

Newcomb percebeu que na relação interpessoal buscava-se o consenso e os pontos em comum eram valorizados. Essa abordagem teria grande utilidade nos estudos dos anos seguintes sobre opinião pública e decisão pessoal na tentativa de compreender o impacto do fenômeno da cultura de massa pelos meios de comunicação.

Os conflitos e frustrações no processo de comunicação interpessoal, segundo o modelo ABX, podem ser intencionalmente evitados para que prevaleça a harmonia nas relações, porém, deve-se investigar o grau de importância e de necessidade dos envolvidos de compreender um fato, esclarecer dúvidas, obter orientação ou apenas dizer sua opinião.

A partir do modelo proposto por Newcomb, pode-se supor que, no processo de comunicação entre dois sujeitos, questões que geram conflitos, discussões ou desinteresse, por ambas as partes ou por uma das partes, tendem a desaparecer do fluxo de comunicação entre os envolvidos. Sob a perspectiva da comunicação organizacional, quando os conflitos ou insatisfações são omitidos para prevalecer a harmonia, entre funcionários ou setores ou com clientes, pode-se perder a qualidade positiva da interação comunicacional. Por exemplo, uma reclamação não dita pode favorecer à permanência do status quo.

Para Berlo (1999, p. 17), “a análise de qualquer situação de comunicação deve levar em conta ambos os pontos de vista: como pretendia a fonte de comunicação atingir o receptor da mensagem, e como pretendia o receptor influenciar a si ou a outros (inclusive a fonte)?”.

Conforme o mesmo autor, “nosso objetivo básico na comunicação é nos tornar agentes influentes, é influenciarmos os outros, nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornar agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas” (BERLO, 1999, p. 12). Em suma, nós nos comunicamos para influenciar – para influenciar com intenção. Essa perspectiva complementa o modelo de Newcomb, em especial no ambiente organizacional, quando um dos sujeitos influencia e determina e o outro, para evitar o conflito, se ausenta de questionamentos.

O biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy em 1933 inicia estudos nas áreas sociais e humanas, que mais tarde ficaria conhecido como Teoria Geral dos Sistemas, aproximando-se das ciências naturais e exatas para dar maior credibilidade às pesquisas; essa teoria compara as organizações a organismos vivos, nos quais a comunicação e as trocas entre os subsistemas (partes menores do sistema) são essenciais para o sistema como um todo.

Sob a perspectiva da Teoria Geral dos Sistemas, a comunicação é vista como um instrumento primordial na vida em sociedade, nas relações humanas e na transferência de conhecimento. Em seu dicionário de cibernética, Klaus (1969, *apud* Gonçalves, Conde e Araújo em 2011), definiu comunicação como “a troca de informação entre sistemas dinâmicos capazes de receber, estocar ou transformar informação”.

A visão sistêmica considera o todo e as influências do meio em que os indivíduos estão inseridos, de seus históricos de vida, da cultura vigente e outros aspectos de difícil identificação. Segundo Santaella (2001, p. 54)

O modelo sistêmico permitiu tornar menos linear o modelo de Shannon (Teoria da Informação) ao incorporar o papel que o conceito de feedback (retroalimentação) pode desempenhar no processo comunicativo. Feedback, o monitoramento e a adaptação que o emissor faz de sua própria mensagem, através da observação do efeito desta no receptor.

A interação entre uma ou mais pessoas por meio da fala, escrita, expressões faciais ou movimentos ocorre por meio de uma linguagem própria do indivíduo, do contexto em que está inserido, dos seus costumes e cultura. Os significados e as intenções da comunicação são apresentados como elementos complexos.

A partir das perspectivas do modelo sistêmico, surgem as escolas de semiótica com a publicação de Barthes em 1957 do texto “Elementos de semiologia”, referentes às ideias desenvolvidas por Ferdinand Saussure, dando continuidade ao movimento de valorizar o

indivíduo e sua linguagem e o contexto, em 1975, Umberto Eco publica o “Tratado geral de semiótica”.

Emergem do Tratado elementos da comunicação como o texto, a interpretação, os processos de codificação e decodificação da linguagem. “[...] o destinatário é estimulado a interrogar as flexibilidades e as potencialidades do texto que interpreta como as do código a que faz referência” (ECO, 1977, p. 224).

Para Santaella (2001, p. 57), “o modelo semiótico-informacional introduziu, como elemento constitutivo da comunicação, o seu caráter intrínseco do processo de negociação entre emissor e receptor”. O termo negociação refere-se à capacidade dos sujeitos envolvidos no processo de comunicação de serem compreendidos e de se fazerem compreender pelo outro por meio da linguagem.

Na linguagem são utilizados signos que representam a realidade e que devem ser contrastados com códigos. Conforme Martino (2012, p. 106), “[...] um signo é uma representação [...] o significado do signo é dado a partir do código ou referência no qual ele está inserido”. Sendo assim, “[...] um signo pode ter vários significados conforme o código contra o qual é contrastado”.

Como exemplo da relação entre signo e código tem-se a música composta por quando uma pessoa adulta olha para a bandeira de seu país (um signo) pode ficar emocionada (decodificação), pois traz em sua lembrança experiências (código) associadas ao amor à pátria; já uma criança de dois anos ao olhar para a mesma bandeira certamente ficará atenta às cores e desenhos, ou seja esta dá um significado diferente ao mesmo signo. Então, surge a necessidade de uma linguagem comum e acessível aos sujeitos envolvidos no processo comunicativo.

O problema da necessidade de linguagem legítima. Para fins de compartilhamento dos próprios conhecimentos, principalmente para explicitar os conhecimentos tácitos, é necessário o desenvolvimento de uma linguagem comum, aceitável por todos (difusível). (VON KROG; ICHINO; NONAKA 2001, p. 19).

Com base nas teorias e conceitos de comunicação expostos, escolheu-se cinco autores, quadro 2 a seguir, que se relacionam com o processo comunicativo abordado na presente pesquisa, em especial nos hospitais e nas unidades de internação. A sequência e enumeração dos autores mostram a evolução temporal das teorias e modelos; a descrição, de forma

resumida, apresenta os elementos e a estrutura do processo comunicativo de cada uma das teorias ou modelos.

Quadro 2 – Teorias de comunicação

Autor (ano)	Descrição
1. Aristóteles (III a.C)	Persuasão: locutor, discurso e ouvinte.
2. Lasswell (1948)	Articulação linear: emissor, mensagem e receptor.
3. Shannon e Weaver (1949)	Teoria da Informação: emissor, mensagem, canal, sinal emissor, fonte de ruído, feedback, sinal receptor, receptor e destinatário.
4. Newcomb (1950)	ABX: duas pessoas tendem a abandonar assuntos ou mensagens divergentes.
5. Barthes (1957)	Semiologia: indivíduo, linguagem e contexto.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

As teorias da comunicação, citadas no quadro 2, são úteis para representar a realidade e explicar como é percebido o processo de comunicação, sua estrutura, função, elementos e construção. A comunicação está presente em qualquer organização social, família, empresa pública, empresa privada e outros; em cada uma dessas instituições citadas existem processos de comunicação complexos com influências internas e externas que impactam no objetivo de comunicação pretendido.

Assim, analisar o processo de comunicação requer a apresentação de modelos, elementos e objetivos de comunicação para que se possa contrastá-los com um contexto ou situação sob análise. Os primeiros quatro modelos citados no quadro 2 referem-se à perspectiva mecanicistas e modelos que propõem estruturas organizadas, com associações e sequências pré definidas. No item 5, em que é citado a semiologia, por meio do modelo de Barthes (1957), pode-se verificar um distanciamento do modelo mecanicista tendo em vista que o indivíduo e sua linguagem e seu contexto são considerados, o processo de comunicação perde seu caráter linear e estrutural e abre um espaço para um modelo de comunicação mais humano.

2.2 Modelos de gestão e tipos de comunicação organizacional

A Revolução Industrial iniciou-se na Inglaterra em meados do século XVIII e expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX. Trouxe para as sociedades mudanças no processo produtivo e na forma de atuar das empresas, a medida que a máquina foi substituindo a atividade humana.

Para Ferreira et al. (2006, p. 34), com a segunda Revolução Industrial já consolidada, no início do século XX foram delineados os primeiros modelos de gestão racionalmente construídos, com o objetivo de dotar as organizações de maior eficiência produtiva.

As relações humanas nas organizações e a maneira de se comunicar também foram alteradas; as economias de escala e o foco na eficiência (produzir mais e com menores custos) contribuíram para o surgimento dos fenômenos da cultura de massa e da mecanização das ações, entre outros. Assim, a comunicação tornou-se meio de fortalecer os interesses de escala, eficiência e padronizações.

As pesquisas na área de Administração de Empresas e Comunicação Social voltaram-se para a descoberta de práticas mais eficazes de comunicação com o objetivo de influenciar consumidores, funcionários e grupos de interesse das empresas.

A imagem e o discurso começaram a ser mais valorizados. Segundo Wolf (1995, p. 25), “existe uma relação direta entre exposição às mensagens e o comportamento”. Se uma propaganda veiculada na TV tem o poder de convencer o telespectador a agir de uma determinada maneira, então um gerente de uma empresa, conforme citação a seguir de Berlo (1999, p. 5) também pode influenciar o comportamento de seus funcionários e conseguir processos e rotinas mais eficientes.

Com o desenvolvimento da automação e da produção em massa, vimos o aparecimento do gerente profissional, o homem que chega ao topo da escada não pelo que é capaz de fazer com as coisas mas pelo que pode fazer com as pessoas – por meio da comunicação. (BERLO, 1999, p. 5).

Entretanto, estudos conduzidos por Eric Trist e Ken Bamforth, na Inglaterra em 1951, sobre a tentativa de mecanizar o processo de mineração por meio do processo em linha, a principio com o objetivo de aumentar a eficiência, trouxe problemas sociais associados ao ambiente fabril com estruturas de trabalho que isolam os funcionários durante a jornada de trabalho, impedindo-os de se comunicar.

A vida organizacional é frequentemente rotinizada com a precisão exigida de um relógio. [...] As organizações planejadas e operadas como se fossem máquinas são comumente chamadas de burocracias. (Morgan, 1996, p. 23 - 24).

O modelo burocrático, apesar de caracterizado por alta eficiência produtiva, gera baixa capacidade de inovação [...] deixa de levar em conta o inter-relacionamento dos vários sistemas da organização, [...] negligencia completamente a integridade dos indivíduos como autônomos na tomada de

decisões, [...] a comunicação é frustrada, ou desvirtuada, por causa das divisões hierárquicas. (BENNIS, 1976, p. 15).

Para Morgan (1996, p. 48), “[...] ao se planejar ou administrar qualquer tipo de sistema social, [...] deve-se ter em mente a interdependência entre a parte técnica e as necessidades humanas”. Em instituições hospitalares o contexto é desafiador tendo em vista que o paciente internado, imerso na produção assistencial e técnica realizada por enfermeiras, médicos e outros profissionais, possui necessidades sociais e psicológicas que precisam ser levadas em consideração para a elaboração de políticas, planejamento e implementação de rotinas.

As organizações possam a considerar dois tipos de comunicação: a formal e a informal. Para Robbins (2002), as duas processam informações de formas diferentes, em situações próprias e com projetos específicos. As chamadas redes formais são verticais e seguem a hierarquia da empresa e/ou instituição, ou seja, retratam a cadeia de autoridade. As redes informais fluem em qualquer direção, passando, muitas vezes, por cima dos níveis de autoridade.

Os registros de atas, normas e rotinas são exemplos de comunicação formal assim como os roteiros de entrevistas e abordagens junto aos clientes; a formalidade está associada aos acordos sobre planos, rotinas, atividades e processos que devem ser seguidos pelos membros da organização; outro aspecto importante é o registro de informações de como o plano foi executado, os obstáculos e ocorrências não planejadas.

A comunicação formal define como as mensagens serão transmitidas e compreendidas, se por meio de discursos de diretores e gerentes ou se também os conteúdos comunicados serão reforçados pela comunicação visual e escrita (murais, panfletos, e-mails, cartas). De acordo com Simon (1979, p. 164),

[...] o sistema formal de comunicação de toda organização – o conjunto de canais e meios de comunicação estabelecidos de forma consciente e deliberada – é suplementado, por pouco tempo, por uma rede informal de comunicações, igualmente importante, e que se baseia nas relações sociais intra-organizativas. A relação entre esses dois sistemas pode ser mais bem compreendida pelo estudo dos meios de comunicação.

A comunicação informal, diferentemente da formal, apresenta discursos não planejados e nem sempre alinhados às políticas e objetivos institucionais. Também podem referir-se a conversas de conteúdos particulares, muitas vezes motivados por problemas ou sentimentos

fora do contexto da organização; entretanto, discursos divergentes podem conter percepções úteis às organizações e seus sistemas.

Em organizações onde o controle de rotinas, atividades e processos são rigorosos, e o agir de funcionários está fortemente prescrito (rotinas previamente definidas), a necessidade humana de autonomia e de individualidade, que geralmente são representadas pela comunicação informal, são colocadas em segundo plano. Segundo Morin (2003, p. 16-17),

[...] o excesso de especialização, decorrente da mecanização do trabalho, afastou o homem do seu contexto, tornando-o alheio a grande parte da realidade que o cerca, uma vez que concentra sua energia sobre tarefas específicas, perdendo a noção do todo complexo. Essa mecanização também restringe o comprometimento e inibe qualidades humanas como a intuição e a criatividade.

A intuição e a criatividade citadas por Morin (2003), quando permitidas e valorizadas pelas empresas, podem contribuir fortemente para a motivação dos funcionários e a satisfação de clientes, pois considerar o indivíduo apenas como uma peça importante de uma máquina (empresa) é desperdiçar suas experiências e conhecimentos que certamente agregam valor às suas atividades e objetivos dentro do contexto organizacional.

Instituições tais como hospital, empresas do ramo da construção civil, aeroportos, corpo de bombeiros, que possuem atividades de risco para o seu cliente e a população, tendem a adotar padrões e protocolos para quaisquer atividades – o que restringe as possibilidades de exercício criativo sobre os processos comunicacionais. Isso porque a flexibilidade no agir pode aumentar a possibilidade de acidentes e erros de procedimentos. Segundo Morin (1996, p. 37-38),

Centros cirúrgicos, departamentos de manutenção de aeronaves [...] e outras organizações nas quais a precisão, a segurança e a responsabilidade claras sejam valorizadas são também, com frequência, capazes de implementar enfoques mecanicistas com sucesso, pelo menos em certos aspectos das suas operações.

Goldhaber (1991) destaca três pontos comuns quando se estuda a comunicação organizacional: 1) ela ocorre em um sistema complexo e aberto, que é influenciado e influencia o meio ambiente; 2) abrange aspectos estruturais como mensagens, fluxo, propósito e direção; 3) inclui aspectos humanos como pessoas, suas atitudes, seus sentimentos, suas relações e habilidades.

Os modelos de gestão essencialmente mecanicista e burocrático e o modelo mecanicista e participativo, conforme quadro 3 a seguir, melhor apoiam e explicam aspectos da presente

pesquisa, assim como os tipos de comunicação associados à cada modelo, tais como a comunicação instrumental (modelo mecanicista) e a comunicação formal e informal (modelo mecanicista e participativo). Bennis (1976), Berlo (1999), Eric e Ken Bamforth (1951) e Morin (2003) descrevem sobre a perspectiva mecanicista e burocrática e a realidade organizacional desse tipo de modelo de gestão. O tipo de comunicação, descrito por Wolf (1995), serve de instrumento de controle e apoio à essa perspectiva.

Simon (1979) e Morgan (1996), conforme descrito no quadro 3, apresentam a necessidade, pelo menos para alguns tipos de organizações tais como hospitais e aeroportos, de se ter os dois modelos de gestão, o mecanicista e o participativo, de forma complementar e coexistindo simultaneamente em uma organização. Seria necessário, para sustentar esse modelo de gestão, a adoção da comunicação formal e informal, dos autores Goldhaber (1991) e Robbins (2002).

Quadro 3 – Modelos de gestão e tipos de comunicação organizacional

Autores, modelos de gestão e perspectivas		Tipos de comunicação associadas às perspectivas	
Berlo (1999) Morin (2003) Bennis (1976) Eric Trist e Ken Bamforth (1951)	Perspectiva mecanicista e burocrática: ausência de comprometimento e criatividade; isolamento entre as pessoas e problemas sociais;	Wolf (1995)	A comunicação como instrumento para influenciar e controlar o comportamento das pessoas
Simon (1979) Morgan (1996)	Perspectiva mecanicista e participativa: as necessidades humanas e técnicas se complementam em uma organização; interação entre os sistemas de gestão formal e informal.	Goldhaber (1991) Robbins (2002)	A comunicação formal e informal como necessárias no processo de comunicação organizacional

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

2.3 A capacidade de ouvir, as palavras não ditas e o papel da ouvidoria nas organizações

A capacidade de ouvir é fator determinante nas empresas, pois representa interesse da instituição em interagir e aprender por meio do processo de comunicação. As organizações necessitam de estruturas e processos adequados para receber e interpretar as mensagens enviadas por isso a importância da seleção adequada dos canais de comunicação e a adoção de símbolos e linguagens acessíveis aos clientes.

Pode-se definir ouvir como a habilidade de receber mensagens para alcançar os fatos e os sentimentos de maneira precisa, a fim de interpretar genuinamente a mensagem recebida. [...] Ouvir efetivamente significa não apenas escutar o que a outra parte

tem a dizer, mas acima de tudo entender e absorver efetivamente as informações passadas. (MARTINELLI; ALMEIDA, 1997, p. 43).

As habilidades básicas do bom ouvinte, apresentadas por Hodgson (1996) e Lewicki et al. (1996) e adaptada no quadro 4, estão associadas a comportamentos de aceitação e de interesse entre os envolvidos no processo de comunicação; “o bom ouvinte” será considerado o receptor da mensagem; nesta apresentação “o ouvir” se refere não somente a escutar as mensagens orais mas também perceber as intenções de comunicação do emissor ao se expressar e gesticular.

Percebe-se que entre as habilidades de comunicação citadas no quadro 4 existe a comunicação do tipo verbal e a comunicação do tipo não verbal, esta está sendo considerada tão importante quanto à outra. Conforme Steele et al. (1995, p. 83) “[...] a comunicação não verbal pode apresentar alguns grupos de gestos típicos que podem ser identificados e interpretados facilmente: gestos calorosos, submissão, dominação, hostilidade”.

Ao observar o processo comunicativo, torna-se evidente a existência de “palavras não ditas”, mas que externam pensamentos e emoções do emissor ou do receptor. Para Martinelli e Almeida (1997, p. 49), “[...] a comunicação oral pode e deve ser complementada adequadamente com a comunicação não verbal”, afinal, “aquilo que é dito efetivamente representa, normalmente, apenas uma parte da história”. A comunicação verbal e a comunicação não verbal, quando alinhadas de forma positiva por meio de discursos e movimentos, minimizam insatisfações e ruídos no processo de comunicação.

[...] os movimentos podem estimular outro indivíduo ou podem responder aos movimentos que o outro indivíduo tenha feito. Convém então examinar, em termos de comunicação, o valor dos movimentos expressivos – e o papel que eles exercem nas interações sociais. (CHANLAT, 1993, p. 27).

As habilidades básicas do bom ouvinte, a identificação do tipo de comunicação e os respectivos resultados esperados podem ser visualizados a seguir no quadro 4.

Quadro 4 – Habilidades básicas do bom ouvinte e os resultados esperados

Habilidades Básicas do Bom Ouvinte	Tipo de Comunicação	Resultados esperados
Posicionar-se à frente e na mesma altura do emissor.	Não Verbal	Comportamento de igualdade por parte do receptor.
Não demonstrar inquietação nem ansiedade.		Mostra interesse no relato do emissor e tempo disponível para ouvi-lo.
Ocasionalmente acenar com a cabeça de forma positiva; utilizar gestos que se adaptem à história; dar a impressão por meio de movimentos faciais de que está entendendo o que o emissor está sentindo.		Reforça o que está sendo comunicado pelo emissor; o receptor coloca-se no lugar do emissor a fim de mostrar que está compreendendo a mensagem. (empatia)
Ocasionalmente apresentar questões altamente pertinentes ao relato do emissor; dizer palavras de encorajamento e interesse; de tempo em tempo fazer uma recapitulação com suas palavras daquilo que o emissor disse.	Verbal	Mostra ao emissor que a mensagem foi ouvida e interpretada plenamente.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Hodgson (1996) e Lewicki et al. (1996).

As empresas podem orientar seus funcionários conforme as habilidades, citadas no Quadro 4, para que se tornem bons ouvintes diante de seus pares. Entretanto, a vontade de ouvir e o interesse na demanda do outro devem ser percebidos pelos clientes, funcionários e fornecedores.

Os ruídos e interpretações equivocadas referentes à comunicação interpessoal são comuns no ambiente organizacional e impactam nas negociações e consensos. Estes são necessários na tomada de decisões e na satisfação de clientes e funcionários. Quando uma das partes (emissor ou receptor) não está de acordo, a comunicação tende a prolongar-se em tentativas de se compreender a mensagem ou de apenas se defender pontos de vista.

Uma falha na comunicação efetivamente pode tornar mais difícil o processo de se obter um acordo. [...] Muitas pessoas medem a qualidade do relacionamento pela qualidade da comunicação. A maneira como as pessoas se comunicam é um sinal evidente da natureza do relacionamento: o tom de voz, a maneira como se dirigem às outras pessoas, seja em termos verbais ou por escrito, são indicadores evidentes do tipo de relacionamento existente. (MARTINELLI; ALMEIDA, 1997, p. 58).

As organizações buscam métodos de “ouvir” e “compreender” melhor as demandas de seus clientes e, assim, torná-los mais satisfeitos em relação aos serviços prestados. As Ouvidorias são meios institucionais (diretrizes e acordos firmados no topo da pirâmide da hierarquia organizacional, geralmente entre sócios e diretores) com interesse em “ouvir” seus clientes internos e externos de maneira imparcial e organizada. Vê-se que as empresas definem a princípio o que acreditam ser relevante para a satisfação de seus clientes e definem

parâmetros simples em forma de opiniões e graus de satisfação ou insatisfação (excelente, ótimo, bom, regular...).

As empresas implementam as ações de Ouvidoria por meio de formulários pré-definidos, muitas vezes baseados em históricos de queixas tais como atendimento, pontualidade, acesso a informações e outros. O conteúdo informado pelo cliente, ou por quem o representa, deve passar por um processo interno de análise, conclusões, planos de melhorias ou respostas imediatas ao cliente. Para Falcão (2010), o Instituto da Ouvidoria imbuí-se da função de ser procurador do interesse do cidadão, constituindo-se, por conseguinte, a sua representação legal e legítima na reparação do direito do cidadão-usuário, presume-se que seu objetivo final é potencialmente o de atender satisfatoriamente as manifestações recebidas.

2.4 Políticas públicas de saúde e gestão hospitalar

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como “[...] uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial” (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000, p. 96 apud GAMA, 2009, p. 15).

Os hospitais públicos e de ensino no Brasil atendem gratuitamente a população usuária do SUS. Trata-se de um programa do governo federal, concebido e regulado pelo Ministério da Saúde, este é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

O SUS foi implantado em 1988 com a publicação e vigência do art. 196 da Constituição Brasileira. Conforme o texto, “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”².

² Constituição da República Federativa do Brasil, Seção II – da saúde, artigo 196, texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://senado.gov.br>

Anteriormente, o modelo de atendimento era dividido em três categorias: os usuários de serviços de saúde privados, os segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada e com direito à saúde pública) e aqueles sem direito algum a saúde pública. Com a unificação do sistema de saúde brasileiro, por meio da implantação do SUS, o número de beneficiados passou de 30 milhões de pessoas (em 1987) para 190 milhões (em 2010). Atualmente, 80% desse total dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde (PORTAL BRASIL, 2010). Segundo divulgação do Ministério da Saúde em maio de 2012,

O SUS possui 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações.

Conforme Gonçalves (2006 apud ANDRADE, 2008, p. 26), até 1930, os hospitais eram frequentemente administrados por enfermeiras, religiosos ou empresários aposentados. O atendimento aos doentes possuía caráter assistencial, sob a perspectiva social e filantrópica.

Os hospitais universitários, implantados principalmente na época da expansão universitária, décadas de 70 e 80, geralmente conhecido como “Hospital das Clínicas” no Brasil, contam com uma proposta de: capacitar os estudantes de medicina e os médicos por meio da prática médica com a supervisão de médicos professores com experiência; atender a população na prevenção e no tratamento de doenças; e utilizar o hospital como um laboratório para pesquisas.

Os hospitais públicos têm passado por um processo de reestruturação produtiva decorrente da adaptação às recentes transformações econômicas. No que concerne ao aspecto econômico, observa-se que os usuários da medicina privada no Brasil vêm diminuindo não só proporcionalmente ao total, mas também em números absolutos. O sistema privado, dito suplementar, reúne 35 milhões de usuários. Há cinco anos eram 41 milhões. Trata-se, portanto, de um recuo considerável, merecedor de reflexões (LOTTENBERG, 2006). Esse cenário sinaliza uma tendência de migração crescente de pacientes da rede privada de atendimento hospitalar para a pública. Com isso, os hospitais operam aquém de sua capacidade de recursos humanos e de infraestrutura comprometendo a qualidade da administração e do atendimento prestado ao paciente.

Segundo Borba (2005), o panorama do setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira, sendo principais problemas, entre outros, a redução de investimentos na área e o mau gerenciamento da mesma. Desse modo, a qualidade dos serviços de saúde tem estado à mercê dos interesses específicos das instituições hospitalares, tornando-o apto ao mercado competitivo; os gestores também enfrentam dilemas éticos nas tomadas de decisões em relação à alocação de investimentos e à redução de gastos.

A prestação da assistência em saúde envolve um consumo intenso de mercadorias, desde equipamentos até medicamentos de alto custo e contratação de mão de obra especializada. Os altos custos desta produção forçam a uma gestão eficiente de recursos, obrigando os gerentes a recorrerem a alternativas amplamente utilizadas em outros setores da economia, tais como a introdução de inovações tecnológicas; a retração do quadro de funcionários; a redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a terceirização em algumas áreas, entre outras (PIRES, 1998).

Em função da necessidade de coletar informações, sob a perspectiva do paciente atendido, e também disponibilizar um canal de comunicação formal e imparcial, o Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES) foi criado em 2003 e integra a Secretária de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. Desde então, tem sido um canal democrático de estímulo à participação social, disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores do SUS.

Os hospitais universitários também aderiram ao sistema de ouvidoria:

A missão da Ouvidoria dos Hospitais Universitários consiste no atendimento humanizado ao público interno e externo da instituição na perspectiva da ética e da cidadania, nas ações desenvolvidas, em busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas. E têm como funções promover a justiça e defender os interesses do seu público-alvo; estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, do cidadão com o complexo hospitalar, procurando agilizar as soluções para as dificuldades apresentadas; agir com transparência, integridade e respeito; preservar a dignidade do cidadão (identidade e sigilo das informações); agir com imparcialidade e ausência de preconceito; sugerir mudanças de processos visando a melhoria da prestação dos serviços dos Hospitais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNOS HUMANIZASUS, v. 3, 2011, p. 116).

Nos hospitais em especial, a satisfação dos pacientes geralmente implica em encontrar mecanismos de identificação de manifestações (positivas ou negativas) tais como:

- a) o relato dos profissionais prestadores dos serviços sistemáticos (enfermeiros, médicos, nutricionistas...);

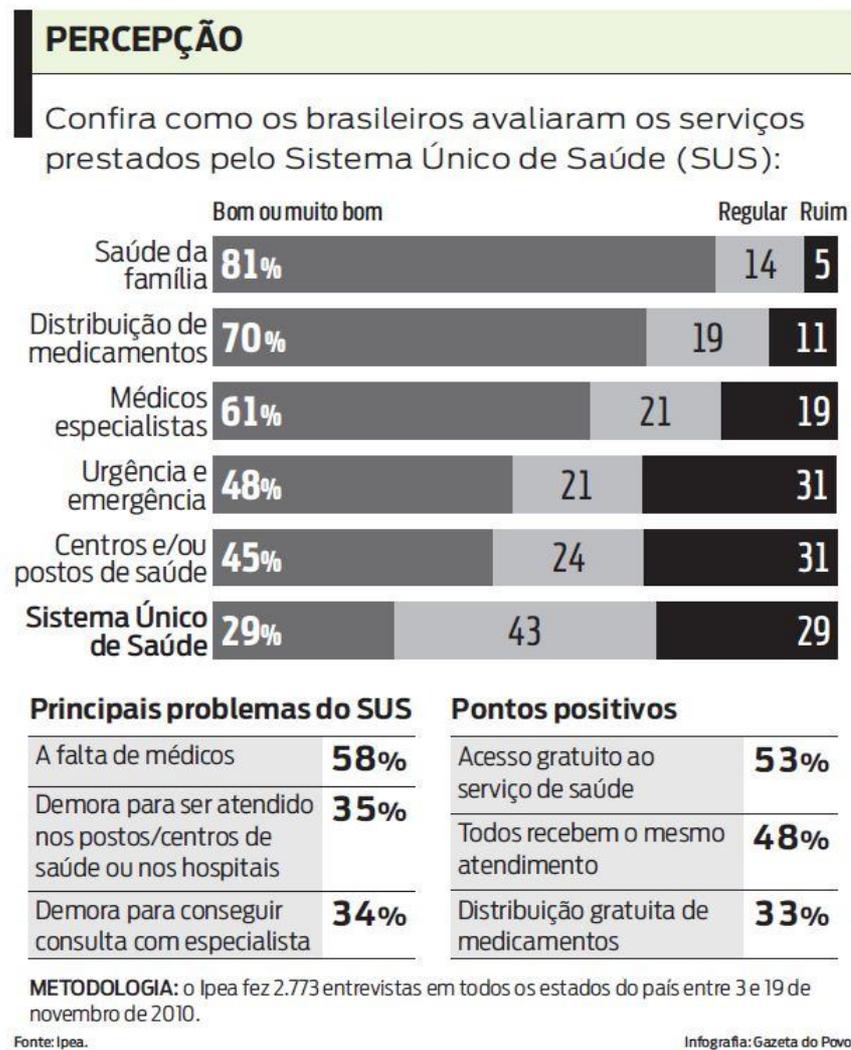
- b) a ouvidoria institucional;
- c) a observação do atendimento ofertado.

O CartaSUS (2011) é mais uma ação do SUS e do Ministério da Saúde para ampliar a participação da população na gestão pública. A ação tem caráter ativo, funciona como uma ouvidoria que vai até o usuário do SUS, depois que este deixa a unidade hospitalar e está em sua residência, para compreender como ocorreu o processo de internação hospitalar e também disponibilizar ao usuário-paciente informações sobre o período de internação, procedimentos e custos envolvidos. Se o usuário preferir, pode responder o cartão resposta via telefone.

As avaliações constantes no cartão resposta contam com cinco opções de marcar: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Os atendimentos da equipe médica e da equipe de enfermagem são citados na avaliação assim como as instalações físicas, o tratamento em geral e se o paciente indicaria o hospital. Trata-se um modelo simplificado e subjetivo, tendo em vista que a avaliação se utiliza de adjetivos que são interpretados de maneiras diversas por cada paciente. Os objetivos principais dessa ação, além da coleta de informações, é aproximar o cidadão da produção da saúde no país e, de forma concreta, fazê-lo colaborar para a qualidade dos serviços prestados.

Em 2010 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa nos domicílios de 2.773 brasileiros de todo o país, entre os dias 09 e 19 de novembro 2010. O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) sobre saúde divulgou em 09/02/2011, na sede do IPEA que na opinião de 28,9% dos entrevistados, os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS são muito bons ou bons. Proporção semelhante dos entrevistados (28,5%) opinou que esses serviços são ruins, enquanto 42,6% os consideraram regulares.

Figura 3 – Avaliação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde



Fonte: IPEIA (2011).

Luciana Mendes, técnica de Planejamento e Pesquisa do IPEA e avaliadora da pesquisa citada, comentou que os resultados mostram que os serviços do SUS são mais bem avaliados por aqueles que costumam utilizá-los, quando comparados com aqueles que não os utilizam. Segundo o estudo, entre aqueles que tiveram alguma experiência com os serviços do SUS nos últimos 12 meses, a proporção de opiniões de que esses serviços são muito bons ou bons foi maior (30,4%) do que entre o outro grupo (19,2%) (IPEA, 2011).

2.5 Comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado

Esta pesquisa não pretende abordar e tão pouco avaliar a comunicação dos profissionais de saúde sob a perspectiva técnica assistencial dos cuidados e sim observar as habilidades de

acolher, ouvir e compreender as demandas do paciente por meio da comunicação, considerando essencialmente os diálogos e a eficácia da comunicação praticada.

Os hospitais praticam métodos tradicionais de comunicação (funções de informar, regular, persuadir e adaptar). O ambiente hospitalar, em função das situações de risco para o paciente e para a sociedade, ainda mantém estruturas gerenciais mecanicistas e racionais, exigindo padrões de comportamentos (ações e discursos) e controle destes para garantir a segurança e a integridade física e emocional dos pacientes e funcionários.

Desde a admissão do paciente até a sua alta, transcorre uma série de etapas que exigem cuidadosas e acertadas intervenções das pessoas. Estas, em etapas sucessivas, devem assumir a responsabilidade correspondente, levando em consideração que toda a equipe multidisciplinar – envolvida na normalização da alteração física que motivou a hospitalização – compromete seu nível máximo de conhecimentos, sua habilidade e sua ética na etapa mais sofisticada da assistência de saúde. (GAMA, 2009, p. 48).

O atendimento hospitalar prestado aos pacientes, em unidades de internação, concentra-se geralmente nas equipes de enfermagem. Estas têm como atividades principais: coordenação, administração de medicação, higienização, atendimento de solicitações, procedimentos, orientações, registros de sinais vitais e outros. Os profissionais de enfermagem, segundo o COREN (2011), são compostos por Enfermeiros e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Segundo Robazzi e Marziale (1999), os profissionais de enfermagem oferecem serviços essenciais dentro de um hospital, uma vez que estabelecem contato contínuo com os pacientes, gerenciam o cotidiano das atividades operacionais e se constituem como o maior grupo de trabalhadores com vínculo empregatício formal nas organizações hospitalares.

Em um estudo de boas práticas de comunicação em enfermagem fora exposto o papel formal da comunicação em um ambiente hospitalar e a amplitude da atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com o paciente; entende-se que a comunicação prepara o paciente para o procedimento que o profissional executará, esclarece e justifica determinada ação (LEÃO; VIANA, 2010).

A comunicação traz em si ações futuras ou passadas que necessitam de explicações, principalmente para o doente, pois este se encontra geralmente em situação não privilegiada em relação às informações e conhecimento técnico na área de saúde. As habilidades de

comunicação são essenciais para a prática da enfermagem, uma vez que a assistência ao paciente ocorre concomitantemente ao contato presencial com este.

Os pacientes, ou os acompanhantes responsáveis por estes durante o período de internação hospitalar, interpretam os conteúdos comunicados de acordo com inúmeros fatores sociais, psicológicos e físicos. Por meio da comunicação é possível transmitir informações, expressar sentimentos, emoções e atitudes e transmitir ordens e pedidos. Por seu intermédio, portanto, criam-se e compartilham-se experiências, significados e sentidos do existir, dos quais uma parcela significativa de situações é vivenciada no campo profissional (LEÃO; VIANA, 2010).

Os profissionais de enfermagem buscam as informações de forma a lhes fazer sentido na busca da melhor forma de atendimento, de cuidado e de estabelecimento de proposta terapêutica; o foco tanto do discurso quanto da escuta se reveste de caráter profissional.

Para quem necessita de cuidados, tudo o que é dito ou ouvido tem caráter pessoal, uma vez que se trata da vida do paciente, ameaçada em maior ou menor grau, da incerteza do futuro, do que representa o diagnóstico recebido e cada procedimento a que ele se submete etc. Algumas técnicas de comunicação terapêutica são propostas no quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Técnicas de Comunicação Terapêutica

Técnicas de Comunicação Terapêutica	Conceitos	Ações propostas
Expressão	Descrição de experiência e expressão de sentimentos	Usar terapêuticamente o silêncio
		Ouvir reflexivamente
		Verbalizar aceitação e interesse
		Usar frases incompletas
		Repetir as últimas palavras ditas pelo paciente
		Fazer perguntas
		Desenvolver a pergunta feita
		Usar frases descritivas
		Manter o paciente no mesmo assunto
		Permitir que o paciente escolha o assunto
		Colocar em foco a ideia principal
		Verbalizar dúvidas
		Estimular expressão de sentimentos subjacentes
Uso terapêutico do humor		
Clarificação	Esclarecimento de conteúdo do que for expresso pelo paciente	Estimular comparações
		Solicitar o esclarecimento de termos
		Solicitar ao paciente que precise o agente de ação
		Descrever os eventos em sequência lógica
Validação	Verificação da existência de significado comum entre quem emitiu a mensagem e quem a recebeu	Repetir a mensagem
		Pedir para o paciente repetir o que foi dito
		Sumarizar o conteúdo da interação

Fonte: Adaptado pela autora com base em Leão e Viana (2010, p. 9).

A comunicação escrita mais importante em uma unidade de internação hospitalar, representada pelo prontuário do paciente e pelas prescrições médicas, contém quais medicamentos prescritos pelo médico, exames e procedimentos, diagnósticos, sintomas, previsão de alta hospitalar e outras informações relacionadas ao paciente; as informações são registradas durante todo período de internação do paciente; os profissionais, seja médico, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista ou outros, devem relatar no prontuário o atendimento prestado ao paciente.

Coffey et al. (2005), descrevem a prescrição médica e a evolução como um documento que determinam quais procedimentos devem ser executados e que nem sempre os demais profissionais estão aptos a compreender a ordem desejada. A enfermagem é responsável por administrar as medicações prescritas no prontuário do paciente, os cuidados específicos tais como medir pressão, trocar curativos, verificar glicemia e também conversar com o paciente sobre sintomas. O profissional de enfermagem também é instrumento de comunicação para o contato do paciente com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros.

Segundo Kurcgant (1991), o profissional de enfermagem, após a enfermagem evoluir como ciência e prática social, assumiu papéis além da assistência ao paciente. Destacando-se nos campos da administração e da liderança, ocupando funções gerenciais nas unidades de internação dos hospitais.

O quadro 6 apresenta os conceitos de cada elemento e um exemplo de processo de comunicação em uma Unidade Hospitalar. O ambiente físico do paciente internado geralmente restringe-se ao apartamento em que está internado ou à enfermaria (mais de um leito/cama por paciente); as rotinas formais, referentes aos contatos com o paciente pelos funcionários, concentram-se nas equipes de enfermagem e médica.

Quadro 6 – Elementos e ações de comunicação em uma unidade de internação hospitalar

Elementos de Comunicação	Conceitos	Ações de comunicação em uma unidade de internação hospitalar
Transmissor	Envia uma mensagem por meio de um canal, utilizando algum tipo de comunicação por de códigos ou símbolos.	O médico prescreve medicamentos e procedimentos no prontuário do paciente.
Receptor	Recebe a mensagem transmitida, decodificando-a.	A enfermeira verifica a prescrição médica escrita e interpreta as informações.
Mensagem	É a formulação tangível de uma ideia para ser enviada a um receptor.	Prescrição médica: descrição de cada medicamento, material e procedimentos.
Canal	É o veículo utilizado para transmitir uma mensagem.	Prontuário do paciente: documento de registros de prescrição médica, evolução do paciente, medicações administradas, comportamento do paciente.
Feedback	É a resposta de um receptor à comunicação de um transmissor, sendo fundamental importância em termos de realimentação para o transmissor.	A enfermeira registra no prontuário a conclusão e a execução da prescrição do médico.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Martinelle e Almeida (1997).

No quadro 6 pode-se verificar a necessidade de se compreender a mensagem do médico para a enfermeira, por meio da prescrição médica, a fim de se obter o objetivo previsto: o paciente receber o tratamento adequado.

Os registros sistemáticos em prontuários de pacientes são necessários para minimizar riscos de erros de procedimentos e melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente. Em um hospital os pacientes são pessoas com sintomas e condições diferenciadas de risco, então a comunicação verbal geralmente não é suficiente para garantir que as mensagens e orientações sejam plenamente transmitidas e compreendidas.

3 METODOLOGIA

3.1 O método

Optou-se pela pesquisa qualitativa por se tratar de um fenômeno complexo, em um ambiente hospitalar que envolvem práticas técnicas médicas, de enfermagem e outras disciplinas e, ao mesmo tempo, o objeto do atendimento é um ser humano (o paciente) com suas necessidades e desejos físicos, sociais e psicológicos. Para Godoy (1995, p. 21),

[...] a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. [...] o pesquisador vai a campo buscando ‘captar’ o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes.

A escolha do método de estudo de caso em um hospital universitário da rede pública deu-se em razão da possibilidade de concentrar esforços em somente um contexto, de forma mais aprofundada, buscando compreender o processo de comunicação entre a enfermeira e o paciente e as inúmeras variáveis que o influenciam. Stake (1995, p. 11) define estudo de caso como “o estudo da particularidade e da complexidade de um simples caso”.

A possibilidade de observar rotinas e comportamentos relacionados a um fenômeno associado às relações dentro de uma organização, mais precisamente à comunicação interpessoal, pareceu relevante para avaliar que aspectos dessa atividade, tão corriqueira em qualquer sociedade, contribuem para a administração das empresas. Segundo Vergara (2005, p. 9 apud MORIN, 1996, p. 335),

o método alimentado de estratégia, iniciativa, invenção, arte, estabelece uma relação com a teoria capaz de propiciar a ambos regenerarem-se mutuamente pela organização de dados e informações. O método também aproxima o investigador do fenômeno estudado.

O universo hospitalar possui características variadas e imprevisíveis tais como a reação dos pacientes aos cuidados e tratamentos, as intercorrências de natureza emergencial e outros fatores de difícil previsão. O estudo de caso permite ao pesquisador estudar uma organização sem prover o seu fracionamento, considerando os múltiplos fatores que determinam sua estrutura, preservando a unidade do caso e sem se distanciar do seu contexto (GIL, 2009).

A opção pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) foi fortalecida por tratar-se de um ambiente institucional propício à pesquisa universitária e também pela possibilidade de locomoção durante o processo de entrevistas e observações. Trata-se de um hospital de ensino que estimula pesquisa além das disciplinas da área de saúde tais como psicologia, assistência social e administração.

Decidiu-se por iniciar a pesquisa de campo com entrevistas junto aos Coordenadores de Enfermagem, estes eram responsáveis pela administração da unidade de internação do hospital pesquisado. A seleção de apenas duas coordenadoras deveu-se à estrutura do organograma hierárquico do hospital. A seção de enfermagem pesquisada, que contempla a unidade de ambulatório e de internação de pacientes, conta com apenas essas duas coordenadoras; não foi identificado outro cargo ou função relacionada à coordenação.

Nessa primeira etapa da pesquisa de campo, optou-se por verificar a percepção dos gestores que acompanham a administração da seção e das equipes de enfermagem no lugar de contatar o nível operacional. Neste encontram-se as enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam diretamente na assistência ao paciente internado. Preferiu-se obter uma visão inicial mais ampla, sob o olhar de um gestor que geralmente vivencia e observa problemas e desafios relacionados à interação entre setores e equipes, aos contextos dos pacientes, à infraestrutura, à política institucional e às práticas.

Em função dos riscos de se perder as percepções e opiniões dos entrevistados, não contidos em um esquema de perguntas e tópicos pré-estabelecidos pelo pesquisador, optou-se pela entrevista por pautas. Estas, segundo Gil (2009, p. 64), “orientam-se por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso”.

As entrevistas ocorreram no ambiente hospitalar, em horários normais de trabalho dos coordenadores, ocorreram interrupções de terceiros tais como profissionais de enfermagem com dúvidas sobre determinada conduta, contato de médicos em relação aos problemas de falta de leitos e outros, e também solicitações de rotinas por parte dos coordenadores. Essas variações foram consideradas relevantes para o estudo e registradas junto aos dados.

Os dois profissionais entrevistados, responsáveis pela coordenação da unidade de internação, mostraram-se dispostos e bastante interessados em falar sobre o processo de comunicação com paciente internado e as questões relacionadas à qualidade dessa comunicação. Perguntas curtas tais como “E a comunicação da enfermeira com o paciente?”,

ou “E a Ouvidoria como funciona?”, ou “E as reclamações dos pacientes” estimulavam relatos longos e sustentados por emoções de preocupação, insatisfação, queixas. Percebeu-se na etapa das entrevistas uma vontade de ser ouvido por parte do entrevistado, mesmo sabendo da incapacidade do entrevistador solucionar os problemas.

O conteúdo coletado nas entrevistas foi útil na decisão sobre quais técnicas adotar posteriormente. Verificou-se que a coleta de informações da Ouvidoria do hospital referentes às manifestações dos pacientes internados não seria possível, a coordenação nos informou sobre o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, última revisão em 2010) e o artigo que impede o médico de disponibilizar quaisquer informações sobre o paciente internado; a coleta de documentos utilizados pela unidade hospitalar também não foram autorizadas, esse impedimento se deve às normas internas da instituição, os entrevistados fizeram apenas comentários sobre a existência e o conteúdo dos documentos; as observações não participativas das visitas de rotina realizadas pela enfermeira nos leitos dos pacientes foram bem-aceitas pela coordenação e agendadas de imediato junto às enfermeiras assistentes.

A escolha pela técnica de observação deveu-se à possibilidade de presenciar o processo de comunicação entre a enfermeira e o paciente durante as visitas de rotina e identificar aspectos mais espontâneos da comunicação, diferentemente das entrevistas em que o discurso do entrevistado é mais planejado, organizado e racional. Teve-se como objetivo comparar ou, até mesmo, validar na observação o conteúdo coletado na entrevista. Para Gil (2009, p. 71), “Nos estudos de caso, a observação vem sempre associada a outras estratégias, como a entrevista. [...] é mediante a observação que o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno que está sendo estudado”.

O plano de observação foi elaborado a partir das entrevistas e do referencial teórico referente aos procedimentos e rotinas de enfermagem durante o contato com o paciente. As enfermeiras assistentes, responsáveis pelas visitas de rotinas, foram informadas pela coordenação sobre a pesquisa e o processo de observação. Observaram-se trinta e quatro visitas à pacientes internados, não houve interferência do pesquisador no processo de comunicação entre enfermeira e paciente. As pesquisas foram concluídas em agosto de 2013.

As visitas diárias observadas da Enfermeira Assistente contemplam primeiramente perguntas relacionadas à qualidade do sono, à alimentação, ao funcionamento do intestino e rins; há variações nas abordagens referentes aos exames, cirurgias, pequenos procedimentos,

medicação, visitas dos médicos ou outros profissionais. Em algumas situações a enfermeira faz referencia ao estado anterior do paciente, seja relacionado à questões fisiológicas ou emocionais ou até mesmo pessoais. Mostra, por exemplo, preocupação se o paciente está mais animado, se a dor passou ou se conseguiu dormir melhor.

O conteúdo das entrevistas e das observações não participativas foi registrado integralmente, em ordem cronológica a partir da escuta das gravações e também de anotações. Foram definidas legendas para designar os sujeitos do processo de comunicação. tais como a Enfermeira, o paciente e o acompanhante.

Foram definidas, anteriormente ao início da pesquisa de campo, três categoria para direcionar as entrevistas e as observações: comunicação, políticas públicas de saúde e gestão hospitalar. A seleção dessas categorias deveu-se ao referencial teórico sobre as teorias de comunicação e a gestão hospitalar no Brasil e à pesquisa documental sobre o Sistema Único de Saúde e os hospitais universitários e de ensino.

Após o término das entrevistas e das observações, foram pesquisados conteúdos referentes aos problemas do SUS, destacados pelo documento base do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2006, às ações do HumanizaSUS; em relação ao referencial teórico, foram pesquisados adicionalmente modelos de gestão, comunicação em ambiente hospitalar e comunicação interpessoal entre enfermeira e paciente.

Com essa reorganização e complementaridade dos conteúdos coletados via referencial teórico, pesquisa documental e pesquisa de campo, surgiram novas categorias: políticas públicas de saúde e gestão hospitalar; comunicação entre a enfermeira e o paciente internado; comunicação escrita - registro, leitura, administração e checagem; contexto do paciente internado; comunicação queixa conduta em um hospital universitário.

As unidades de texto analisadas e selecionadas, entre as informações coletadas nas entrevistas e nas observações foram associadas aos respectivos autores do discurso e elegeram-se legendas para facilitar a organização dos textos.

Legendas:

- a) coordenador de enfermagem;
- b) enfermeira assistente – observação;
- c) paciente – observação;

d) acompanhante – observação.

Os registros das entrevistas e das observações foram feitos por meio de gravação de voz e anotações imediatas; o conteúdo gravado e as anotações foram transcritos na íntegra. As informações foram organizadas com a identificação dos sujeitos envolvidos na comunicação tais como a enfermeira, o paciente e o acompanhante. Os diálogos foram preservados em sua estrutura básica (pergunta, resposta, feedback, encerramento) e na ordem cronológica. Segundo Vergara (2005, p. 29), “As transcrições devem ser realizadas na íntegra, sem cortes, correções ou interpretações iniciais”.

Optou-se pelo método de análise do discurso para compreender os objetivos de comunicação, como são percebidas as mensagens, quais problemáticas que influenciam a qualidade da comunicação entre enfermeira e paciente.

Analisar o discurso implica considerar tanto o emissor, quanto o destinatário da mensagem, bem como o contexto no qual o discurso está inserido. [...] Permite reconhecer o significado tanto do que está explícito na mensagem quanto do que está implícito; [...] Permite identificar como se dá a interação entre membros de uma organização: a participação, o processo de negociação, as manifestações de poder. (VERGARA, 2005, p. 24).

Por fim, foram consultadas fontes documentais para complementar o conteúdo das entrevistas e observações e também para identificar políticas, ações e leis relacionadas aos hospitais universitários no Brasil e a preocupação existente em relação ao processo de comunicação entre o hospital e o paciente. Para Gil (2005, p. 76), “A consulta a fontes documentais é imprescindível em qualquer estudo de caso. [...] A documentação também pode ser importante para complementar as informações obtidas mediante outros procedimentos de coleta de dados”.

As principais fontes foram encontradas na internet por meio dos portais do Ministério da Saúde, do SUS, dos hospitais universitários, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outros. Os sites acessados fazem parte em sua maioria dos portais e site do governo brasileiro e são recomendados pelo Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico (e-MAG).

“Em 2007, a Portaria nº 3, de 7 de maio, institucionalizou o eMAG no âmbito do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação (SISP), tornando sua

observância obrigatória nos sítios e portais do governo brasileiro” (GOVERNOELETRONICO, 2014).

O e-MAG está alinhado às recomendações internacionais de acessibilidade na internet e as necessidades brasileiras, além de proporcionar maior segurança em relação à integralidade e à veracidade aos conteúdos postados. Essas questões dão maior credibilidade às informações contidas na pesquisa e também são elementos facilitadores no processo de acesso e coleta. Por exemplo, o site do Ministério da Saúde possui atalhos para outros sites do governo tais como SUS, Ministério Público, Senado, IPEA e outros. Assim, minimiza-se o risco de links aleatórios que levam o pesquisador a sites não confiáveis.

A pesquisa documental foi mais útil à reflexão e à contextualização das questões mais amplas no âmbito da saúde, assim como os problemas enfrentados pelos hospitais públicos e de ensino no Brasil; foram encontradas pesquisas realizadas pelo governo brasileiro, publicadas por meio de cadernos dos Ministérios e outros órgãos, sobre a percepção dos usuários do SUS, os planos e programas propostos.

Também se optou pela busca de leis, artigos e códigos nos sites oficiais do governo para a leitura dos textos integrais e verificação da amplitude e dos objetivos de cada lei ou artigo. O direito do paciente ao acompanhante, o acesso dos brasileiros à saúde, o código de ética médica e outros são exemplos de conhecimentos que contribuem à compreensão sobre políticas públicas, à avaliação de leis e normas versus práticas organizacionais.

4 RESULTADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL

4.1 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

O HUWC pertence a Universidade Federal do Ceará (UECE) e está localizado na cidade de Fortaleza, região do Nordeste brasileiro.

Na área acadêmica destaca-se como a maior sala de aula e centro de pesquisas clínicas da UECE, são 1.542 funcionários, 213 residentes, 09 programas de pós-graduação e cerca de 1.000 estudantes de graduação.

O hospital assiste pacientes de todo o estado do Ceará, está integrado ao SUS. Trata-se de um hospital público com os seguintes Serviços e Setores:

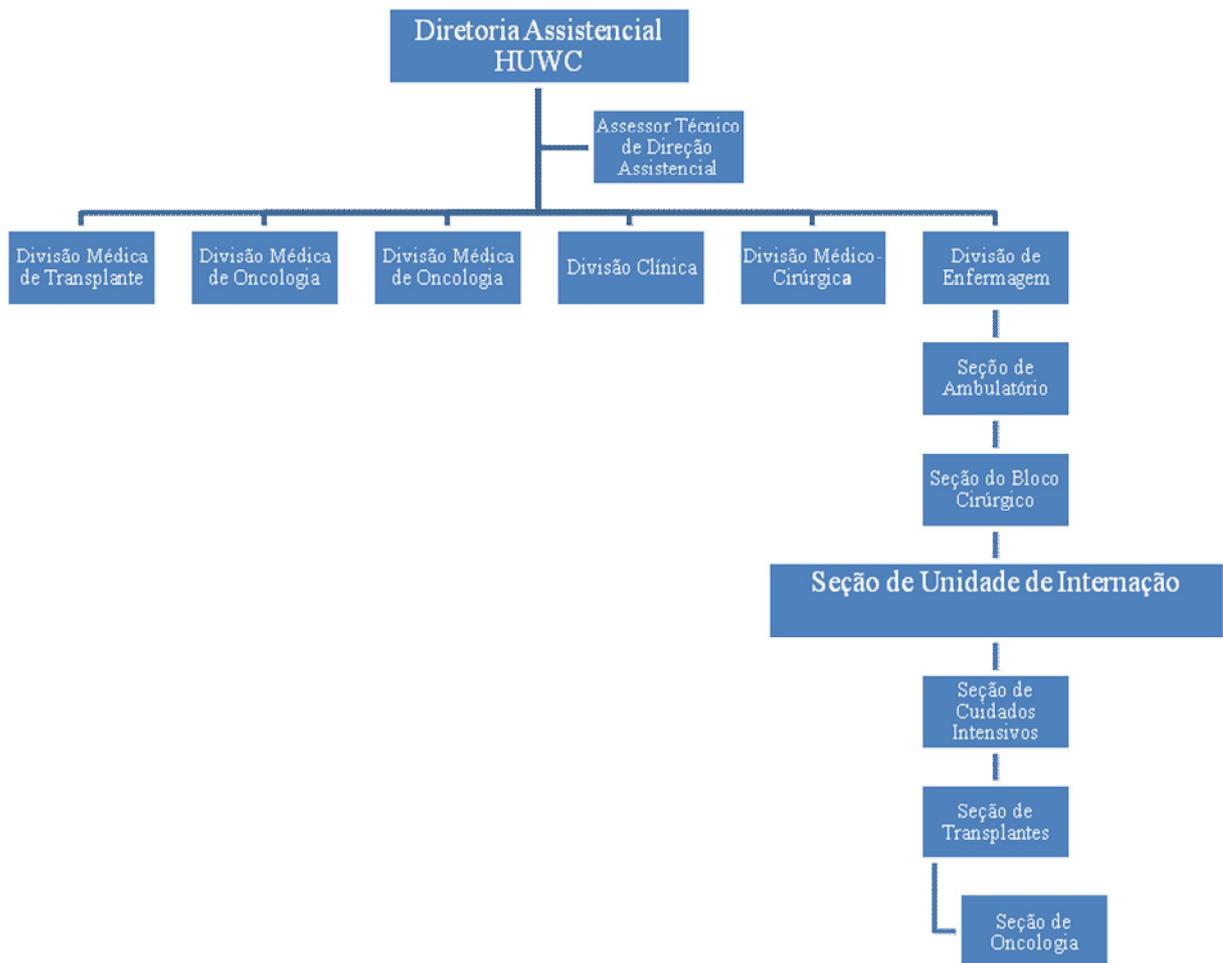
Serviços Administrativos: 17 tipos de serviços entre divisões, gerências e serviços;
Ambulatórios Cirúrgicos: 01 centro cirúrgico;
Ambulatórios Clínicos: 29 ambulatórios;
Diagnósticos e Terapêuticos: 03 laboratórios e 01 serviço de radiologia;
Internação: 01 posto clínico e cirúrgico e 02 unidades de tratamento intensivo.
(HUWC, 2014.)

O HUWC é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde e realiza procedimentos de alta complexidade tais como transplantes e cirurgias de grande porte.

O HUWC conta com seis divisões, quais sejam: Divisões de Enfermagem, Médico-Cirúrgica, Clínica, Médica Infantil, Médica de Oncologia e Médica de Transplante. Em função da amplitude dos serviços prestados à comunidade e a natureza do setor hospitalar, o hospital ainda possui serviços compartilhados de Diagnóstico e Terapia, Farmácia, Apoio ao Cliente e Nutrição.

A Divisão de Enfermagem, descrito no organograma funcional do HUWC, é organizada e separada em seis seções. São elas: Seção de Ambulatório, Seção Bloco Cirúrgico, Seção de Unidade de Internação, Seção de Cuidados Intensivos, Seção de Transportes e Seção de Oncologia.

Figura 4 – Diretoria Assistencial HUWC



Fonte: <http://huwc.ufc.br/site.php?pag=85>. Acesso em: mar. 2014.

A missão do HUWC é “promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente”³.

Seus valores são: ética, legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, equidade, humanização, segurança do paciente, valorização profissional, profissionalismo.

No quadro 7 segue a apresentação da Ouvidoria Hospital Walter Cantídio – UFC, com informações coletadas no site da instituição e adaptadas para a presente pesquisa.

³ Disponível em: <http://huwc.ufc.br/site.php?pag=21>. Acesso em: 3 mar. 2014.

Quadro 7 – Ouvidoria Hospital Walter Cantidio – UFC

Quem é o Ouvidor?	O profissional que tem a função de acolher e analisar rapidamente as reclamações e sugestões do público interno e externo, quando este se sentir preterido ou prejudicado nos seus legítimos interesses. Busca, numa postura propositiva, soluções compartilhadas que potencializem a contínua melhoria dos serviços da instituição.
Missão	Atendimento humanizado ao público interno e externo da instituição na perspectiva da ética e da cidadania, nas ações desenvolvidas, em busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas.
Funções	Promover a justiça e defender os interesses do seu público-alvo;
	Estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, do cidadão com o complexo hospitalar, procurando agilizar as soluções para as dificuldades apresentadas;
	Agir com transparência, integridade e respeito;
	Preservar a dignidade do cidadão (identidade e sigilo das informações);
	Agir com imparcialidade e ausência de preconceito;
	Sugerir mudanças de processos visando a melhoria da prestação dos serviços dos Hospitais.

Fonte: www.huwc.ufc.br. Acesso em: set. 2011.

O HUWC é primordial para o atendimento médico hospitalar prestado à população do estado do Ceará e da cidade de Fortaleza, principalmente nas áreas clínicas, cirúrgicas e de transplantes de órgãos. Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, a população do estado do Ceará e da capital Fortaleza são respectivamente 8.448.055 e 2.447.409 habitantes. Atualmente o estado possui apenas dois hospitais de natureza assistencial e de ensino, são eles o HUWC e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand. A maternidade oferece atendimentos mais específicos voltados para a saúde da mulher tais como atendimento pré-natal, partos e outros procedimentos cirúrgicos.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o Ceará atualmente é o 4º colocado em número de transplantes de órgãos no país, ficando atrás apenas de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. De acordo com nota da Secretaria de Saúde do Estado, em 2011 foram realizados 1.295 transplantes de órgãos. Segundo a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (2013), o HUWC alcançou na madrugada de 31 de agosto de 2012, a marca de 1.000 transplantes renais realizados.

4.2 Humaniza SUS

4.2.1 Objetivos

O HumanizaSUS é uma das mais inovadoras ações do SUS. Os objetivos principais da ação consistem em:

- a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

- c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- d) garantia dos direitos dos usuários (o direito ao acompanhante);
- e) valorização do trabalho na saúde;
- f) gestão participativa nos serviços.

A garantia dos direitos dos usuários (o direito ao acompanhante), um dos objetivos da ação HumanizaSUS, é representado na Lei nº 106/2009 da Constituição brasileira, conforme publicação no Diário da República em 14 de Setembro de 2009, especificados nos artigos 1º e 7º. Transcrições dos artigos citados no quadro 8.

Quadro 8 – Lei do acompanhante do paciente internado em unidade hospitalar

Artigo 1.º Âmbito. A presente lei estabelece o regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.
Artigo 7.º Ausência de acompanhante. Quando a pessoa internada não esteja acompanhada nos termos da presente lei, a administração do hospital ou da unidade de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação.

Fonte: Diário da República Eletrônico (2014).

4.2.2 Princípios

A PNH deve fazer-se presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Tem como princípios:

- a) transversalidade. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável;
- b) indissociabilidade. Indissociabilidade entre atenção e gestão. As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos

tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros;

- c) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

4.2.3 Ações

As intenções do HumanizaSUS representam uma gestão pública mais participativa, acolhedora, ágil e resolutiva, com maior proximidade junto ao usuário e ao profissional no processo de atendimento aos pacientes.

O quadro 9 descreve as ações em destaque do HumanizaSUS por tipo de área funcional dentro de uma organização prestadora de serviços do SUS e pelo verbo de cada unidade de texto que dá significado as ações propostas pelo HumanizaSUS. Conforme descrição do Dicionário Aurélio Online (2013), o verbo pertence a:

Quadro 9 – Ação HumanizaSUS

Ação HumanizaSUS	Área	Verbo
Valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de saúde	Gestão	Valorizar
Estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão		Estabelecer
Mapear as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde	Atendimento ao usuário	Mapear
Reconhecer a diversidade do povo brasileiro e a todos oferecer a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual		Reconhecer
Focar as necessidades dos cidadãos		Focar
Articular os processos de formação com os serviços e práticas de saúde	Recursos Humanos	Articular
Valorizar os trabalhadores e as relações sociais no trabalho		Valorizar
Qualificar a ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento	Infraestrutura	Qualificar

Fonte: www.portal.saude.gov.br

No quadro 9 as ações foram classificadas a partir da análise de cada ação e a área a que pertence dentro da organização, também o verbo auxilia na descrição das intenções e dos objetivos de cada ação.

4.2.4 Problemas

Segundo o documento base do Núcleo Técnico da PNH (2006), o SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas, destacando-se:

- a) fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- b) precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- c) sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- d) poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- e) desrespeito aos direitos dos usuários; Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- f) frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS;
- g) modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Quadro 10 – Problemas SUS e disfunções do modelo de gestão mecanicista

Problemas SUS	Disfunções e limitações do modelo de gestão mecanicista
Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;	Visão fragmentada - cada funcionário ou setor tem acesso uma gama bastante restrita de informações e desempenha tarefas rigidamente limitadas; o indivíduo não compreende o todo no qual está inserido e não percebe o resultado efetivo de seus esforços produtivos.
Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;	
Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;	
Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;	Excessiva concentração das decisões – a hierarquia rigorosa faz com que a definição de normas e regulamentos seja estabelecida pela cúpula das organizações, gerando lentidão e também inadequação no processo decisório.
Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;	
Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta	
Frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS	
Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;	
Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado	Despersonalização do relacionamento e inflexibilidade – o modelo prevê a relação entre cargos e não entre indivíduos, as normas e a padronização das rotinas, aliado à rigidez hierárquica, dificulta a adaptação às circunstâncias específicas.
Desrespeito aos direitos dos usuários;	
	Descomprometimento – submetidos a normas e rotinas predefinidas e não possuindo autonomia, os funcionários tendem a não se sentir responsáveis pela qualidade dos serviços que prestam.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2006) e Ferreira et al. (2005).

No quadro 10 podem-se identificar associações entre os problemas do SUS, relatado no documento base do Núcleo Técnico da PNH (2006) e as disfunções e limitações da gestão burocrática.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

Os resultados e análise contemplaram as cinco categorias selecionadas:

1. Políticas Públicas de Saúde e Gestão Hospitalar;
2. Comunicação entre a enfermeira e o paciente internado;
3. Comunicação escrita – registro, leitura, administração e checagem;
4. Contexto do paciente internado;
5. Comunicação queixa conduta em um hospital universitário.

1. Políticas Públicas de Saúde e Gestão Hospitalar

A partir da análise do HumanizaSUS (2006), verifica-se que o SUS enfrenta problemas relacionados ao sistema de gestão vigente nas instituições, tais como ausência de compromisso e vínculo com o usuário a pouca valorização do trabalho na saúde e um modelo de gestão com o mínimo de participação dos envolvidos.

Esses são sintomas e consequências do excesso de racionalização, da visão fragmentada dos trabalhadores, do formalismo excessivo. Constam no hospital pesquisado divisões e compartimentalizações dos serviços prestados que dificultam a tomada de decisões baseadas no atendimento ao paciente. O discurso de uma das coordenadoras de enfermagem mostra a ação da divisão de recursos humanos desalinhada às necessidades da divisão de enfermagem:

Como teve o fechamento durante quatro meses da unidade, quando retornou os funcionários não voltaram para as suas funções pois tinham sido alocados em outras áreas. (Coordenadora de enfermagem 01, entrevista realizada em maio 2012).

O modelo burocrático, segundo Bennis (1976), impede a inovação e a adaptação a novas realidades, assim como desconsidera a interdependência entre os vários sistemas da organização, limita a tomada de decisão e autonomia dos indivíduos, e apresenta uma comunicação insuficiente.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia, propostos pela PNH (2006) enfatizam a necessidade de dar poder, autonomia e responsabilidade aos sujeitos envolvidos na assistência por meio do contato e da comunicação. Departamentos, especialistas, divisões devem interagir em prol da assistência e da atenção ao usuário e este também precisa participar desse processo. Tais

princípios vão de encontro ao modelo de comunicação linear (LASSWELL, 1948) vigente nos hospitais, em que o médico prescreve as ações e as enfermeiras executam.

Verifica-se também que a enfermeira reconhece a necessidade de controle e execução conforme prescrição, pertinente aos processos mecânicos e burocráticos. “As enfermeiras de acordo com a prescrição médica, fazem curativos, checam e evoluem. Se não for assim, você não se acha.” (enfermeira coordenadora entrevistada em maio 2012)

A PNH (2006) e seus princípios estão sustentados em uma abordagem administrativa humanística e vão de encontro com o modelo de gestão estabelecido nos hospitais públicos e de ensino. Verifica-se no discurso a seguir, de uma coordenadora de enfermagem, descrições de elementos do modelo mecanicista e burocrático tais a como a lentidão, os protocolos, a prescrição médica, o registro por escrito, rotinas.

Tudo dentro do hospital universitário tem uma certa lentidão. [...] Participamos de vários protocolos de pesquisa do Ministério da Saúde e Laboratórios privados. [...] O profissional de enfermagem tem todo um protocolo de registro por escrito das informações do paciente no livro de enfermagem e no prontuário do paciente); existem as rotinas passo a passo. [...] Tudo tem que ser protocolado. Tem muita gente pegando nas prescrições e prontuários. (Coordenadora de enfermagem 01, entrevistada em maio 2012).

Verifica-se, na transcrição a seguir de duas visitas observadas, que o paciente, assim como os profissionais, é conduzido por normas e regras que reforçam aspectos do modelo mecanicista e burocrático. São eles: o atendimento isolado dos profissionais perante o paciente, sem uma troca efetiva de informações entre médico e enfermeira e outros profissionais; o dialogo com o paciente estritamente voltado para o tratamento, essencialmente questões sobre o sono, medicamento, exame, funcionamento de rins e intestino, alimentação. Outros aspectos identificados são a capacidade limitada de ouvir o paciente e a sequencia de perguntas com base em um protocolo e uma sequencia fixa e elementos relacionados estritamente à doença.

Quer dizer que ontem não dormiu bem? Mas vamos ver isso aí. O médico que está lhe acompanhando já passou aqui? A senhora disse pra ele que não está dormindo? (Enfermeira assistente).

Eu ia pedir para a Enfermeira... (Paciente).

Não! Não pode não! Tudo quanto é medicação só quem pode receitar é o médico, tem que tá na prescrição. Nem que tenha aqui na cabeceira a Senhora não pode tomar. Já pensou se por engano a Senhora toma o remédio duas vezes. Certo?! (Enfermeira assistente).

Não tome nada dado por ninguém, a não ser dado pela Equipe de Enfermagem e com prescrição médica (observação não participativa, visita Enfermeira A e Paciente 03 em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Dormiu bem? Tomou banho? (Enfermeira assistente).

Ah... Tomar banho pra vestir a mesma roupa. (Paciente).

E a urina e fezes? (Enfermeira assistente).

Sim. (Paciente).

Qualquer coisa, chama a gente. (observação não participativa, visita Enfermeira Assistente 01 e Paciente 04 em junho 2012). (Enfermeira assistente).

As ações do HumanizaSUS, em especial “focar as necessidades dos cidadãos” (www.portal.saude.gov.br em 2013) contradizem a realidade observada em relação à necessidade do paciente de ser ouvido e de suas queixas serem compreendidas e resolvidas. Parece que, no modelo de gestão mecanizado e burocratizado, a enfermeira assume como prioridade a execução de suas atividades conforme os processos e regras; assim, o paciente torna-se secundário no processo de atendimento.

Então, as ações do HumanizaSUS se alinhariam mais facilmente à um modelo de gestão e de comunicação mais humano, em que o paciente seja a prioridade no fluxo de comunicação e, ao mesmo tempo, esteja seguro em relação ao tratamento e cuidados.

Segundo Ferreira, Cardoso, Corrêa e França (2005, p. 42), “A abordagem humanística, nos métodos de gestão, passa continuamente pelos processos de aprendizagem e de comunicação, pela certeza de que as ideias partiram e chegaram seguras, de quem as emitiu para quem deveria recebê-las”.

Outra realidade em uma unidade de internação é a excessiva concentração das decisões. Nas visitas observadas transcritas a seguir, vê-se que os médicos decidem e prescrevem os medicamentos a serem administrados, os exames, os procedimentos, a alta do paciente, enquanto as enfermeiras e pacientes não parecem ter outra opção a não ser acatar as decisões médicas.

Com passou a noite? (Enfermeira assistente).

Com dor... com dor... (Paciente).

É? Não sentou um pouco na cadeira, não? (Enfermeira assistente).

O médico disse que ela não pode sentar. (Acompanhante).

Ah! Sim... (observação não participativa, enfermeira A e paciente 06 em junho 2015). (Enfermeira assistente).

Mãe, a Doutora já está decidindo. Calma. (Acompanhante).

Não adianta se precipitar, se apressar. Tudo tem a hora certa. (Enfermeira assistente).

É sim. Eu sempre falo isso pra ela. O que os médicos têm que fazer, eles estão fazendo. (observação não participativa, enfermeira B e paciente 06, em junho 2015). (Acompanhante).

Esse modelo vai de encontro ao fomento à co-gestão e à participação de funcionários e usuários. Em um trecho de entrevista e no discurso de uma Enfermeira Assistente diante do paciente, relatados abaixo, mostra como o profissional de enfermagem reconhece esse poder do médico e torna-se isenta da responsabilidade sobre o processo. A comunicação, em uma hierarquia rigorosa, torna-se lenta ou inexistente entre quem está no topo da pirâmide e quem está no nível operacional, prevalece o modelo de articulação linear, proposto por Lasswell (1948) em que o emissor, no caso o médico, transmite uma mensagem, o receptor a recebem sem ruídos, além de ter começo, meio e fim.

Com essa dificuldade na comunicação, os problemas junto aos usuários do SUS são resolvidos geralmente a partir de queixas e dificilmente são discutidos e transformados em propostas de melhorias de longo prazo; então, os problemas se repetem.

Eles (os pacientes e acompanhantes) querem que demos uma solução mas sai da nossa alçada. (Enfermeira coordenadora 02, entrevista realizada em maio 2012).

Não! Não pode não! Tudo quanto é medicação só quem pode receitar é o médico, tem que tá na prescrição. Nem que tenha aqui na cabeceira a Senhora não pode tomar. Já pensou se por engano a Senhora toma o remédio duas vezes. Certo?! (Enfermeira assistente 02, paciente 03, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

A despersonalização dos relacionamentos e a inflexibilidade são disfunções que impedem a comunicação franca entre os funcionários e equipes com o objetivo de prestar serviços de qualidade ao usuário e atender demandas específicas e não previstas em normas e rotinas. Nota-se, no trecho transcrito a seguir de uma das coordenadoras de enfermagem, que a comunicação entre a Nutrição e a Enfermagem está baseada no modelo de Newcomb (1950) em que a relação interpessoal busca o consenso e apenas os pontos em comum são valorizados. A coordenadora de enfermagem diz que “eu até questiono comigo mesma” mas não questiona diante da pessoa responsável pelo outro setor, mesmo percebendo que não é o melhor para o paciente. A necessidade de manter a harmonia prevalece.

Temos a Nutrição: o acompanhante recebe café da manhã, almoço e janta; o paciente recebe também os lanches entre as refeições principais. As vezes eu até questiono comigo mesma que elas dão o lanche muito pertinho do café da manhã. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevistada em maio 2012).

A falta de autonomia dos funcionários, o não envolvimento na produção da assistência, resulta no descomprometimento e na dificuldade de compreender o objetivo final do seu trabalho, que é atender ao usuário e aos seus respectivos direitos. O SUS reconhece tais problemas vigentes no sistema de saúde, descritos abaixo, e as questões relacionadas à participação do funcionário no processo de produção de saúde e ao trabalho em equipe.

Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. [...] Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. [...] Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde. (NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2006).

A partir da missão proposta pelo hospital pesquisado que é “promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde...” (HUWC, 2014) e do modelo de gestão mecanicista, segundo Morin (2003), que afastou o homem do seu contexto e da realidade que o cerca, o paciente internado é visto como objeto de estudo e de pesquisa para inúmeros estudantes e profissionais e também os esforços são direcionados para tratar a doença (não o paciente). Esse aspecto também foi identificado na pesquisa de campo: a enfermeira assistente 02, em depoimento transcrito a seguir, associa o cansaço do paciente às inúmeras visitas e perguntas dos profissionais de saúde durante todo dia.

É muito ruim! No noturno você se distancia do paciente, a gente pega mais intercorrência. Já tão cansados, passou o dia todinho gente chegando e perguntando. (Enfermeira assistente 02, entrevista realizada em junho 2012).

As enfermeiras também descrevem, conforme trecho de entrevista logo abaixo, o aspecto da alta rotatividade dos médicos residentes e internos, ambos estudantes de medicina, e da dificuldade de se relacionar e da aprendizagem em relação às práticas e controles.

Às vezes é mais fácil lidar com o médico staff, pois você já conhece e não muda. Eles (os médicos residentes e internos) pegam a prescrição do Sr. Raimundo e levam para o ambulatório, então o Sr. Raimundo fica sem a medicação. Lá na metade do mês eles aprenderam que não pode levar a prescrição, aí vem outra equipe que não sabe e faz novamente. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

Sob essa perspectiva pode-se fazer uma analogia com um produto processado em uma esteira de uma fábrica, onde o paciente seria “a matéria prima” que é transformada em um

produto acabado e os profissionais de saúde são “os responsáveis pela montagem, controle de qualidade e consertos”. A princípio, o hospital pesquisado tem como objetivo analisar, tratar e curar a doença do paciente.

Em uma rotina diária do paciente, conforme observações de visitas a pacientes e entrevista com uma coordenadora de enfermagem relatadas a seguir, a enfermeira assistente administra os procedimentos, esclarece dúvidas; o paciente reclama do sabor da comida, se a queixa permanece, chama-se a Ouvidoria (que seria o controle de qualidade) ou o Assistente Social e esta registra a reclamação e encaminha para o responsável.

E o curativo? (Paciente).

Ah! Depois vamos trocar o curativo. (observação não participativa, enfermeira 02 e paciente 11, observação não participativa em junho 2012). (Enfermeira assistente).

E a alimentação? E a alimentação como vai? (Enfermeira assistente).

O “boró” não tava muito bom não! (enfermeira assistente 01 e paciente 09, observação não participativa em junho 2012). (Paciente).

Também temos o apoio do Serviço Social: nós chamamos para ter alguma resolutividade. Por exemplo, nós passamos um período difícil que faltava roupa, hora faltava pijama hora faltava lençol. Umás três vezes eu cheguei a chamar a Ouvidora para eles registrarem como queixa. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista em maio 2012).

A comunicação entre os diferentes profissionais que participam da atenção ao paciente internado, tais como Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogos, Profissionais de Ouvidoria, Assistentes Sociais, influenciam o processo de comunicação e no resultado final da comunicação com o paciente internado. O conteúdo comunicado, e como é comunicado, influencia a comunicação entre a instituição e o paciente.

A disponibilidade de uma Ouvidoria ou um Assistente Social para o paciente, quando este não compreende o contexto em que está inserido ou intenciona resolver algum problema, atende a uma necessidade de comunicação do paciente baseada no modelo semiótico de Barthes (1957) em que a interpretação, os processos de codificação e decodificação da linguagem são úteis ao entendimento por parte do paciente ou intencionam alertar para a solução de problemas.

A amplitude dos serviços de enfermagem e a variação nos tipos de atendimentos em função de cada paciente e suas demandas, conforme depoimento de uma coordenadora de enfermagem abaixo, exigem um fluxo organizado de atividades e de comunicação que apoie e

conduza as ações de médicos, enfermeiras e outros e, ao mesmo tempo, as prescrições e práticas sejam registradas em documento que garanta o tratamento adequado ao paciente e o proteja de situações de risco.

A Enfermeira utiliza diariamente a folha de informação de pacientes internados. Diagnóstico? Colhendo urina a cada 24 horas? Tem eco a tarde? Sonda foi fechada? Vai escrevendo. Na admissão o paciente vem sem a prescrição. O médico vem primeiro e faz todo o histórico, só depois a enfermeira vem, ela espera. (Coordenação de enfermagem 01, entrevista em maio 2012).

Mais uma vez, vê-se que o processo de comunicação vigente é reflexo de um modelo de gestão mecanicista e burocrático. “A vida organizacional é frequentemente rotinizada com a precisão exigida de um relógio” (MORGAN, 1996, p. 23).

A gestão hospitalar está associada à administração dos serviços prestados ao paciente internado; à capacidade de gerenciar os recursos disponíveis e otimizar o uso da infraestrutura disponível; à execução de políticas e diretrizes e à garantia dos direitos do paciente internado, contemplados pelo SUS, Ação HumanizaSUS e Constituição Federal Brasileira de 1988.

Vê-se abaixo, a partir das transcrições das entrevistas realizadas junto às coordenadoras de enfermagem, a amplitude de serviços prestados ao paciente internado, a fragmentação das atividades realizadas, a variação dos sujeitos que atuam na assistência ao paciente (médico, enfermeira, nutricionista e outros), a necessidade de controle minucioso de sintomas e a checagem sistemática de procedimentos realizados. Segundo Morin (2000), a realidade observada em um hospital justifica a necessidade da adoção de um modelo mecanicista e burocrático.

São inúmeros tipos de serviço que você possa imaginar: neuro, gastro, pneumo, geral, dermat, endócrino, psiquiatria. (Coordenadora de enfermagem 01, entrevista realizada em maio 2012).

Na admissão o paciente vem sem a prescrição. O médico vem primeiro e faz todo o histórico, só depois a enfermeira vem, ela espera. [...] A Enfermeira utiliza diariamente a folha de informação de pacientes internados. Diagnóstico? Colhendo urina a cada 24 horas? Tem eco a tarde? Sonda foi fechada? Vai escrevendo. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

A organização funcional do hospital, conforme descrição abaixo da Divisão de Enfermagem, retrata a fragmentação e variação de serviços identificadas nas entrevistas acima. Vê-se em trechos da entrevista que uma pergunta “Colhendo urina a cada 24 horas?” está relacionada à Seção de Ambulatório enquanto a pergunta seguinte “Sonda foi fechada?” refere-se à uma atividade realizada por uma enfermeira da Seção de Unidade de Internação.

São Divisões e Seções, setores e equipes diferentes, tratando um mesmo paciente. Este, quando internado, necessita de exames, cirurgias, períodos de internação, alimentação.

A Divisão de Enfermagem, descrito no organograma funcional do HUWC, é organizada e separada em seis seções. São elas: Seção de Ambulatório, Seção Bloco Cirúrgico, Seção de Unidade de Internação, Seção de Cuidados Intensivos, Seção de Transportes e Seção de Oncologia⁴.

O Núcleo Técnico da PNH (2006), por meio de pesquisas e estudos, também constatou como problemas do SUS a “fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais” e o “sistema público de saúde burocratizado e verticalizado”.

Em função da complexidade e amplitude do atendimento hospitalar ao paciente internado, o sistema de saúde, em especial a instituição hospitalar, necessita de processos e rotinas rigorosos padronizados (conforme protocolos), excessos de documentos e registros de informações, quantidade extensa de serviços e controle sistemáticos, interdependência entre as atividades, para, dessa forma, minimizar os riscos ao paciente e garantir um atendimento adequado.

A princípio, o modelo burocrático e mecanicista atende a esse tipo de organização. Para Ferreira et al. (2005), a burocracia surgiu a partir do insucesso e da ineficiência da forma tradicional de autoridade [...] do surgimento de empresas públicas de grande porte, que se fez necessário adotar uma gestão pública burocrática. Centros cirúrgicos e outras organizações nas quais a prescrição, a segurança e a responsabilidade claras sejam valorizadas são também, com frequência, capazes de implementar enfoques mecanicistas com sucesso, pelo menos em certos aspectos das suas operações (MORGAN, 1996, p. 147).

A infraestrutura é primordial para o funcionamento dos serviços prestados ao paciente internado, contempla o dimensionamento de recursos humanos, equipamentos, ambiente físico, tecnologia, cadeia de suprimentos. A infraestrutura insuficiente pode influenciar na qualidade do serviço prestado ao paciente e gerar problemas tais como falta de medicamento e materiais, atraso na realização de exames. Segundo Borba (2005), o panorama hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira e têm a redução de investimentos na área e o mau gerenciamento da mesma como os principais problemas.

⁴ Disponível em: www.huwc.ufc.br. Acesso em: out. 2013.

Os depoimentos dos coordenadores de enfermagem entrevistados, abaixo transcrições, confirmam o impacto negativo da infraestrutura deficitária hospitalar no atendimento ao paciente internado e, ao mesmo tempo, evidenciam o não cumprimento da garantia do Estado brasileiro à saúde e também contradiz a função do hospital definida pela OMS de “[...] proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa.” assim como a função da Ouvidoria do hospital pesquisado que é “sugerir mudanças de processos visando a melhoria da prestação dos serviços dos Hospitais” (HUWC, 2015).

Falta tudo. [...]. Você liga para a Farmácia e falta medicação básica, chega somente daqui três dias. [...] Todos os dias temos que saber onde estão os equipamentos da Unidade. Não está sobrando. [...] Quando vai usar não liga. Acaba que você sai mais do foco no paciente e passa para o administrativo. [...] Às vezes o paciente fica insatisfeito porque você não pode atender. Mas é uma coisa estrutural, sem equipamento e medicamento não tem como. [...] No Raio X é só uma moça. Eles vão para o balcão da enfermagem reclamar. [...] Dizem que vão fazer um exame, então atrasa... Jejum... Gera um conflito. (Coordenação de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

O “desrespeito aos direitos dos usuários” do SUS, problema identificado pelo estudo realizado em 2006 pelo Núcleo Técnico da PNH, reforçam o impacto negativo da infraestrutura insuficiente para o atendimento ao paciente e também dificultam as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

2. Comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado

Além de prestarem assistência, as enfermeiras administram as demandas de infraestrutura não atendidas tais como indisponibilidade de equipamentos, falta de medicamentos, morosidade na realização de exames e de procedimentos. Para Kurcgant (1991), o profissional de enfermagem assumiu papéis além da assistência, destacando-se nos campos da administração.

O trecho de uma entrevista com uma coordenadora de enfermagem da unidade hospitalar e as observações, transcritos logo abaixo, retratam a incapacidade de comunicação do profissional de enfermagem diante do paciente, pois a falta de perspectivas e ações mais imediatas dificulta o entendimento e o consenso entre os sujeitos envolvidos no processo de comunicação; ações que deveriam ter sido executadas, conforme informado ao paciente, por médicos, profissionais de diagnóstico e outros sujeitos envolvidos no atendimento; as justificativas são comunicadas pelos profissionais de enfermagem que acompanham o paciente durante o período de internação.

A enfermeira torna-se, dessa forma, um canal de comunicação entre os demais profissionais de saúde e o paciente internado. O processo comunicativo, referente as situações relatadas na comunicação entre a enfermeira e o paciente, corresponde à Teoria da Informação de Shannon e Weaver (1949) em que os ruídos e feedbacks fazem parte do fluxo de informações e o principal objetivo de comunicação é a mensagem sair do emissor (enfermeira) e chegar ao destinatário (paciente).

Vê-se nos relatos a seguir que o ruído no processo de comunicação está presente na interação com o paciente. Quando uma cirurgia previamente agendada é cancelada, por exemplo, o paciente (receptor da mensagem) espera da enfermeira (emissor da mensagem) uma confirmação do procedimento que caracterizaria a ausência de ruído, entretanto nesse primeiro relato abaixo o ruído surge e é representado pela prorrogação da cirurgia para oito dias depois. A enfermeira, nesse contexto e segundo a teoria da informação de Shannon e Weaver (1949), é responsável pelo feedback para que a mensagem chegue de forma adequado ao destinatário (o paciente).

Outras situações de ruído, identificadas nas observações das conversas entre a enfermeira e o paciente, e citadas a seguir, evidenciam a necessidade de acréscimos e esclarecimentos perante o paciente, por meio de feedbacks, para minimizar ruídos tais como uma informação dada pelo médico e não compreendida pelo paciente, a falta de conhecimento do paciente sobre as rotinas e regras do hospital, a comunicação insuficiente entre os demais profissionais (nutricionista, fisioterapeuta, médico e outros) e o paciente internado.

Ás vezes a gente não consegue dar as respostas que eles gostariam. Cancela uma cirurgia ou um exame hoje e vai cair daqui há oito dias, causa uma incerteza pra eles. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

Quer dizer que ontem não dormiu bem? Mas vamos ver isso aí. O médico que está lhe acompanhando já passou aqui? A senhora disse pra ele que não está dormindo? (Enfermeira assistente).

Eu ia pedir para a enfermeira. (Paciente).

Não! Não pode não! Tudo quanto é medicação só quem pode receitar é o médico, tem que tá na prescrição. Nem que tenha aqui na cabeceira a Senhora não pode tomar. Já pensou se por engano a Senhora toma o remédio duas vezes. Certo?! (Enfermeira assistente).

Não tome nada dado por ninguém, a não ser dado pela Equipe de Enfermagem e com prescrição médica. Mas pode deixar que eu vou dizer pro médico (Enfermeira assistente 02, paciente 03, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Se alimentou? Tá aceitando melhor a dieta? sopa aceita melhor e o lanche, né? (Enfermeira assistente).

É. (Acompanhante).

Então, peça para substituir. Gosta mais de comida molhada? Fale com a menina da Nutrição quando ela passar. Se eu encontrar com ela, peço pra ela vir aqui” (Enfermeira assistente 01, paciente 02, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

A comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente internado pode ser observada no contato sistemático que esse profissional estabelece com o paciente durante o período de internação. A equipe de enfermagem, conforme discursos transcritos a seguir registrados durante as observações das visitas aos pacientes internados, responde pelas visitas diárias planejadas para verificação de sintomas e prescrições, pelo atendimento imediato em caso de dúvidas, dor, solicitações, pelos procedimentos de assistência tais como curativos, colocação de sonda, administração de medicamentos e também é responsável pela comunicação informal com o paciente.

Nesse contexto, verifica-se a demanda pelo modelo de gestão proposto por Simon (1979) e Morgan (1996), em que as necessidades humanas e técnicas se complementam e os sistemas formais e informais interagem entre si. A partir da adoção desse modelo, as comunicações, formal e informal, são incluídas no processo de comunicação entre o profissional de enfermagem e o paciente.

E o sono? Dorme bem? (Enfermeira assistente).

Não! Na primeira vez que eu fiquei hospitalizada me deram um remédio e eu dormir bem. (Paciente).

Quer dizer que ontem não dormiu bem? Mas vamos ver isso aí. O médico que está lhe acompanhando já passou aqui? A senhora disse pra ele que não está dormindo? (Enfermeira assistente 01, paciente 03, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Sentiu mais dor não? (Enfermeira assistente).

Não. (Enfermeira assistente 01, paciente 09, observação em junho 2012). (Paciente).

Quando o Senhor quiser levantar, tem que avisar a gente. Como o Senhor tá tonto, ó pichou, corre o risco de cair. Certo? Antes de levantar, a melhor coisa é respirar fundo pra não ficar tonto, senta, bota as pernas pro lado de lá e puxa forte o ar pela boca. Assim... Entendeu? Mas o ideal é chamar a gente. (Enfermeira assistente).

O paciente afirma várias vezes com a cabeça e sorri. (Enfermeira assistente 01, paciente 10, observação em junho 2012). (Paciente).

Outros aspectos importantes em relação ao contato sistemático, identificados nos discursos das enfermeiras assistentes durante as visitas e transcritos a seguir, é a conexão que a enfermeira faz entre as informações obtidas no contato anterior com o paciente e o atual e as

frases de validação utilizadas. Com essas técnicas e habilidades, a enfermeira assistente transmite ao paciente que obteve previamente conhecimento sobre seu estado e prescrições assim como melhora o entendimento do que foi dito. “Mostrar ao emissor que a mensagem foi ouvida e interpretada plenamente”, segundo Hodgson e Lewicki et al. (1996), está entre as práticas de um bom ouvinte e favorecem a qualidade da comunicação.

Melhorou da dor? (Enfermeira assistente 02, paciente 12, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Por isso, eu perguntei pra tua esposa se você podia ficar só. Ela disse que tinha hora que você pendia para o lado e podia cair. (Enfermeira assistente 01, paciente 11, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Tá esperando a Endoscopia, não é? (Enfermeira assistente 02, paciente 09, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Vê-se também, a partir da análise das mensagens transcritas acima, que o profissional de enfermagem assiste ao paciente e, ao mesmo tempo, é responsável pela comunicação deste com a instituição em relação ao amplo e variado atendimento prestado por outras divisões tais como nutrição, exames, cirurgia e outros.

Segundo Robazzi e Marziali (1999), os profissionais de enfermagem estabelecem contato contínuo com os pacientes. Uma enfermeira coordenadora relatou em entrevista que:

As Enfermeiras fazem as visitas diárias: registram queixas; veem o que eles estão tomando. Cada paciente tem no mínimo um contato com a Enfermeira por dia, mas normalmente eles chamam mais. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista em maio 2012).

A comunicação do hospital com o paciente internado concentra-se no profissional de enfermagem, este orienta, explica, ouvi, pergunta, registra e confere informações no prontuário. Com isso, constrói-se uma realidade social que para Martino (2010, p. 76) “é construída a partir de relações de comunicação, no sentido de atribuir às práticas, valores e ações um significado compartilhado”.

Foi observado um tipo de comunicação não verbal, complementar à comunicação verbal, abaixo transcrição de interações entre a enfermeira e o paciente, tais como sorrisos, toques, gestos para explicar procedimentos, ampliar a conexão e o entendimento mútuo. Segundo Hodgson et al. (1996), o bom ouvinte possui como habilidades básicas acenar com a cabeça de forma positiva, utilizar gestos que se adaptem à história, dar a impressão por meio de movimentos faciais de que está entendendo o que o emissor está sentindo.

Bom dia! Como passou a noite? (Enfermeira assistente).

Senti muita dor. (apresentou desanimo). (Paciente).

Onde? (examina o paciente; expressão positiva constante, com sorriso e afirmação com a cabeça). (Enfermeira assistente).

Não se despede verbalmente; toca no paciente e sorri. (Enfermeira assistente 02, paciente 01, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Então, qualquer coisa o Senhor chama. (despede-se lentamente, sorri e mantém o olhar fixo no paciente por alguns segundos). (Enfermeira assistente 02, paciente 02, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Mas depois da cirurgia vai recuperar esse peso, não é? (sorri e toca na paciente, obtém um sorriso da paciente e, em seguida, sorri mais abertamente). (Enfermeira assistente 02, paciente 06, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Palavras e frases usadas por uma das enfermeiras assistente, durante a observação das visitas de rotina relatadas a seguir, na comunicação com o paciente internado, tais como “sentir gastura” ou “a sua bexiga estava cheia” ou “tomou o leite todinho”, retratam respectivamente o uso de uma linguagem não técnica, a intenção da enfermeira de adotar palavras comuns para o paciente e também o uso de comunicação mais informal. Para Von et al. (2001, p. 19), com base no modelo semiótico, “é necessário o desenvolvimento de uma linguagem comum, aceitável por todos e difusível.”, sob a perspectiva desse modelo considera-se no processo de comunicação o indivíduo, a linguagem e o contexto. A enfermeira usa tais artifícios para estabelecer vínculo com o paciente e se colocar mais próxima do contexto do paciente, para se fazer entender. Evita-se, com isso, o abandono ou a acomodação em relação a assuntos que não são compreendidos pelo paciente, com o uso de mensagens de teor técnico. Conforme o modelo de Newcomb (195) duas pessoas tendem a isolar mensagens divergentes.

Pois se sentir alguma coisa, chame pra a agente medicar. Viu? Se sentir gastura novamente. (Enfermeira assistente 02, paciente 09, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Teve que colocar a sonda porque a sua bexiga estava cheia. Agora, pronto. (Enfermeira assistente 01, paciente 02, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Tomou o leite todinho? Então, voltou a comer direitinho. (Enfermeira assistente 01, paciente 10, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Algumas técnicas de comunicação terapêutica propostas por Leão e Viana (2010), tais como repetir a mensagem e verbalizar aceitação e interesse, foram identificadas nas conversas entre o paciente e a enfermeira. Segue trechos extraídos das visitas observadas.

O boró não tava muito bom não! (Paciente).

O boró não tava bom não, é? Tá certo. (Enfermeira assistente 01, paciente 09, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Estou lhe ouvindo (paciente com problemas vocais, volume da voz baixo). (Enfermeira assistente 01, paciente 10, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Em relação aos objetivos de comunicação, dos diálogos acima, os sujeitos participantes do processo de comunicação pretendem transmitir uma mensagem e garantir que o conteúdo informado foi compreendido. “Nosso objetivo básico na comunicação é nos tornar agentes influentes, é influenciarmos os outros, nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornar agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas” (BERLO, 1999, p. 12).

Na visita relatada abaixo o paciente descreve de forma detalhada o seu desconforto em relação à alimentação, a enfermeira em seguida procura orientar, justificar, dar opções e encerra a visita colocando-se a disposição.

Tenho comido bem não, hoje de manhã cedo eu provoquei, botei tudo pra fora. Não me dou com leite... E todo dia 05:00 horas da manhã eles trazem o leite. (Paciente).

Pois então peça outra coisa. Não tome não!!! Pra tomar e ficar passando mau... O horário é por que a Senhora é diabética... E tá com tontura ou desfalecimento? (Enfermeira assistente).

Não. (Paciente).

Pois se sentir alguma coisa, chame pra a agente medicar. Viu? Se sentir gastura novamente. (Enfermeira assistente 02, paciente 04, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

O paciente internado, conforme situação relatada acima, em uma unidade hospitalar encontra-se isolado da sua realidade social, geralmente distante dos familiares, amigos e das suas rotinas; com isso, a enfermeira e os demais profissionais desenvolvem uma nova realidade social com o paciente no ambiente hospitalar por meio da comunicação. Um dos princípios do HumanizaSUS (2013), o da transversalidade, propõe:

[...] transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Por meio da comunicação é possível transmitir informações, expressar sentimentos e por seu intermédio, portanto, criam-se e compartilham-se experiências e significados (LEÃO; VIANA, 2010).

3. Comunicação escrita – registro, leitura, administração e checagem

O processo de comunicação entre os diferentes profissionais na admissão do paciente e durante o período de internação tem o prontuário do paciente como o principal canal de comunicação entre os profissionais que contém as informações coletadas. Coffey et al. (2005), descrevem a prescrição médica e a evolução como um documento que determinam quais procedimentos devem ser executados e que nem sempre os demais profissionais estão aptos a compreender a ordem desejada. Essa falta de compreensão pode ser explicada pela ausência de significados únicos e padronizações, em que todos os sujeitos envolvidos no processo comunicativo utilizem o mesmo padrão de decodificação.

Sob a perspectiva do tratamento do paciente, da administração de medicamentos, do monitoramento de sintomas e outros aspectos inerentes às técnicas de enfermagem e médica, mostra-se necessário o uso de um modelo de comunicação de Shannon e Weaver (1976), mais linear e pouco flexível em que a mensagem chega ao destinatário (prontuário do paciente) a partir de registros por escrito dos profissionais de saúde e possíveis ruídos são corrigidos.

No ambiente hospitalar a comunicação escrita é fundamental para controlar os processos inerentes à assistência médica e aos serviços prestados ao paciente internado; falhas no processo de comunicação podem comprometer o tratamento e o bem estar do paciente. O fluxo de informações, inerentes ao atendimento do paciente internado, são garantidos por meio do registro de prescrições, evoluções e checagens no prontuário do paciente.

As falas descritas abaixo, respectivamente no contexto da observação em campo e da entrevista, apresentam como funciona a comunicação entre o médico e a enfermeira e a prescrição médica como documento de registro de informações do paciente. Ambos os discursos, da enfermeira assistente e da coordenadora de enfermagem, enfatizam a obrigatoriedade de se administrar o medicamento somente com a prescrição do médico e de como esse processo é necessário para a segurança do paciente.

Não! Não pode não! Tudo quanto é medicação só quem pode receitar é o médico, tem que tá na prescrição. Nem que tenha aqui na cabeceira a Senhora não pode tomar. Já pensou se por engano a Senhora toma o remédio duas vezes. Certo?!

(enfermeira assistente 01, paciente 03, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

Não tenho como deixar um técnico administrar uma medicação sem a prescrição em mãos, a norma é essa. Eles (os pacientes e acompanhantes) querem que demos uma solução mas sai da nossa alçada. Tudo tem que ser protocolado. Tem muita gente pegando nas prescrições e prontuários. De acordo com a prescrição médica, checam, curativos, evoluem. Se não for assim, você não se acha. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

A prescrição médica e as informações registradas representam orientações a serem seguidas pelos profissionais de enfermagem. Verifica-se no discurso da Enfermeira Assistente, acima, sinais de intervenções do paciente no processo comunicativo por meio de questionamentos e solicitações sobre a administração de medicamentos, mas a obediência à norma por parte da Enfermeira Assistente prevalece. Essas são práticas próprias da organização mecanicista, mas necessárias no ambiente hospitalar, para Morgan (1996) e Simon (1979) as necessidades humanas e técnicas se complementam.

A fala do profissional de enfermagem retrata uma valorização, por parte deste, dos mecanismos de controle, ou seja, se não for dessa maneira “você não se acha”. Nesse contexto, a mecanização e burocracia são bem vindas e úteis ao andamento das atividades dos profissionais assim como a perspectiva de Wolf (1995) em que a comunicação serve como instrumento de influencia e controle do comportamento das pessoas.

Em entrevistas com a coordenação de enfermagem, trechos descritos a seguir, verificou-se que existem normas e rotinas documentadas e, ao mesmo tempo, há uma cultura de não cumprir, por exemplo, o registro sistemático e completo das informações do paciente no prontuário. O estudo do Núcleo Técnico da PNH (2006) citou a burocratização e a verticalização como um dos problemas do SUS. Os autores Ferreira, Cardoso, Correa e França (2005), confirmam que normas e padronização das rotinas, aliados à rigidez hierárquica, dificulta a adaptação às circunstâncias específicas. Estas são inerentes à interação entre profissionais de saúde e paciente, com isso a necessidade de se estabelecer políticas mais humanas tal como a ação HumanizaSUS que propõe o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. O modelo de comunicação de Golhaber (1991) e Robbins (2002), em que a comunicação formal e a comunicação informal são necessárias, nos hospitais atendem o desafio de conciliar as necessidades humanas e, ao mesmo tempo, as questões técnicas essenciais à segurança do paciente.

O profissional de enfermagem tem todo um protocolo de registro por escrito das informações do paciente (no livro de enfermagem e no prontuário do paciente);

existem as rotinas passo a passo. [...] Não registram por falta de hábito, não está relacionado à falta de tempo. Criou-se uma cultura de registrar o mínimo. (Coordenadora de enfermagem, entrevista realizada em maio 2012).

Pode-se observar nos diálogos abaixo, entre enfermeira e paciente internado, nas visitas de rotina, a falta de compreensão por parte da enfermeira do que está escrito no prontuário ou, até mesmo, uma ausência de registros dos demais profissionais, interferem no conteúdo informado; o profissional que está naquele momento representando a instituição, possui informações equivocadas sobre a situação do paciente internado; e este percebe que existem divergências entre os profissionais em relação ao seu tratamento.

Não sentou um pouco na cadeira, não? (Enfermeira assistente).

O médico disse que ela não pode sentar. (Acompanhante).

Ah! Sim... E a alimentação como é que tá?. (Enfermeira assistente 02, paciente 04, observação em junho 2012). (Enfermeira assistente).

A comunicação escrita, como instrumento de conexão entre os profissionais em prol do cuidado e da atenção ao paciente, prepara-o e orienta-o para os procedimentos; além de garantir que sejam executadas ações prescritas ao paciente. Certamente os ruídos ocorrem por falta de transferência adequada e completa de conhecimento por escrito entre um profissional e outro e também em função da ausência constante de retroalimentação do fluxo de informações. A quantidade de especialidades e serviços, segundo o organograma da Direção de Assistência (2012) do hospital, exige do profissional de enfermagem uma comunicação prévia perante o paciente para prepará-lo para visitas de médicos, exames, cirurgias e outros. O profissional que está em contato com o paciente internado, precisa ter em mãos as informações e compreendê-las.

O prontuário é aberto na admissão e encerrado somente após a alta do paciente, trata-se de um documento primordial para o registro e concentração de informações de médicos, enfermeira e outros profissionais que assistem o paciente. Segundo Martinelli e Almeida (1997, p. 58), “Uma falha na comunicação efetivamente pode tornar mais difícil o processo de se obter um acordo. [...] Muitas pessoas medem a qualidade do relacionamento pela qualidade da comunicação”.

Os discursos das enfermeiras assistentes, perante um paciente internado, tais como “O médico que está lhe acompanhando já passou aqui?” ou “E o exame dela não vai ser a tarde? Já fizeram? Mas tava marcado pra tarde...” (observações não participativas de visitas

realizadas em junho 2012) refletem que a comunicação oral e a comunicação escrita (registro das ocorrências relacionadas ao paciente) são insuficientes e podem causar ruídos no processo comunicativo e danos ao paciente.

Em uma unidade hospitalar, quando a enfermeira, que é responsável pela administração de medicamentos e cuidados ao paciente durante a sua internação, apresenta dúvidas e insegurança em relação aos exames, prescrições médicas e outros, certamente o paciente tem uma percepção de que não está sendo bem assistido. Além de transferir ao paciente ou ao acompanhante a responsabilidade de informar, e estes têm competências limitadas em relação ao conteúdo informacional podendo colocar em risco o tratamento.

A partir desse contexto analisado, as práticas no hospital pesquisado mostram-se contraditórias à uma das ações propostas pelo HumanizaSUS (2012) que é “qualificar a ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento.”

Evitar questionamentos sobre “como as atividades de assistência ao paciente internado são realizadas pelas inúmeras áreas de um hospital (nutrição, enfermagem, hotelaria, laboratório, cardiologia)”, conforme trechos de entrevista logo abaixo, podem fazer parte um modelo de gestão burocrático ou mecanicista onde:

As comunicações interdepartamentais e a coordenação são pobres e as pessoas muitas vezes possuem visão míope daquilo que está ocorrendo [...] as pessoas que numa burocracia questionam a sabedoria da prática convencional são vistas com frequência como causadoras de problemas. (MORGAN, 1996, p. 39-40).

Para Newcomb (1950), os conflitos e frustrações no processo de comunicação interpessoal podem ser intencionalmente evitados para que prevaleça a harmonia nas relações.

O Residente também não entende (falta de equipamento), ele tem que decidir “qual paciente vai usar. [...] Às vezes eu até questiono comigo mesma que elas (as profissionais da Nutrição) dão o lanche muito pertinho do café da manhã. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

4. O contexto do paciente internado

O contexto do paciente internado refere-se às questões relacionadas à pessoa, não somente ao paciente ou a doença, que influenciam o tratamento e o estado do paciente. A partir das observações e por meio das entrevistas, se evidenciou alguns elementos que fazem parte do contexto do paciente internado. São eles: (1) o período de internação; (2) a ausência

de acompanhante durante o período de internação; (3) a capacidade de compreensão/decodificação do paciente.

O relato de uma das Coordenadoras de Enfermagem, abaixo transcrição, evidencia problemas relacionados ao período de permanência e as expectativas do paciente em relação à data da alta.

Tem paciente que já chega complicado. Ela (a paciente) não queria ficar internada, mas teve que ficar. Mas todo mundo decidiu por ela. Aí, pro azar dela (não foi comunicado claramente que há risco de prorrogação p protege-la de uma infecção), ela infectou e a cirurgia foi prorrogada mais 15 dias pra tomar o antibiótico, tinha se programado para passar o dia das mães em casa. (Coordenação de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

O relato mostra a imprevisibilidade referente ao período de internação de um paciente. Na descrição acima, o paciente compreendeu, em um primeiro momento, que ficaria internado somente o prazo previsto, a prorrogação do período de internação gerou frustração para o paciente. Nesse contexto, a enfermagem não atendeu plenamente a necessidade de comunicação do paciente, gerando expectativas (em relação à alta) que não foram realizadas. Certamente a insatisfação do paciente foi ampliada em função do processo de comunicação.

Para Berlo (1999, p. 17), “a análise de qualquer situação de comunicação deve levar em conta ambos os pontos de vista: como pretendia a fonte de comunicação atingir o receptor da mensagem, e como pretendia o receptor influenciar a si ou a outros (inclusive a fonte)?”.

Entre os problemas no SUS identificados pelo estudo realizado em 2006 pelo Núcleo Técnico da PNH, transcritos a seguir, encontram-se a questão da inclusão insuficiente do paciente no processo de saúde, no caso relatado acima o paciente não recebeu as informações completas referentes ao seu próprio tratamento, outro problema citado pelo estudo e também verificado no contexto do paciente é o despreparo do profissional de saúde para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, os esforços são direcionados exclusivamente para os protocolos das doenças. Novamente o aspecto no modelo de gestão e de comunicação mecanicista são evidenciados. Para Morgan (1996, p. 48):

[...] ao se planejar ou administrar qualquer tipo de sistema social, [...] deve-se ter em mente a interdependência entre a parte técnica e as necessidades humanas. Poucos dispositivos de fomento à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de saúde. [...] despreparo para liderar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Dessa forma, melhorar a comunicação perante o paciente, minimizando as expectativas de receber alta e também deixando o a par sobre o tratamento, poderia reduzir o nível de insatisfação diante da prorrogação do período de internação. Leão e Viana, 2010, recomendam a validação por parte da enfermeira, no contato com o paciente, por meio da verificação da existência de significado comum, repetindo a mensagem, pedindo para o paciente repetir o que foi dito ou sumarizando o conteúdo da interação.

A garantia do direito ao acompanhante é representada na Lei nº 106/2009 da Constituição brasileira, conforme publicação no Diário da República em 14 de Setembro de 2009, o art. 7º diz que “Quando a pessoa internada não esteja acompanhada nos termos da presente lei, a administração do hospital ou da unidade de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação.”

Verifica-se que no contexto das observações e das entrevistas, relatados a seguir, os profissionais de enfermagem discursam como se fosse obrigação do paciente solucionar o problema de ausência de um acompanhante e o paciente também demonstra não conhecer a lei e o seu direito.

Todos os pacientes têm que ter um acompanhante, trata-se de indicação médica. (Coordenação de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

E a sua esposa? Tá trabalhando? (Enfermeira assistente).

Tá [...] Não tem quem possa ficar comigo. Ela tem que trabalhar. (observação não participativa, Enfermeira 01 e paciente 11, observação não participativa em junho 2012). (Paciente).

A presença do acompanhante contribui para a troca de informações entre o profissional de enfermagem e o paciente, além de garantir a assistência personalizada ao paciente na ausência dos profissionais; o acompanhante geralmente está mais atento à assistência prestada ao paciente e aos sintomas. Nos diálogos citados abaixo, o acompanhante responde ou complementa perguntas feita ao paciente pela enfermeira e mostra interesse e cuidado.

Dormiu bem? Comeu? ? (Enfermeira assistente).

Aham. (Paciente).

Não tá acostumada com a comida. (Acompanhante).

É... Não é a comida de casa, NE? ? (Enfermeira assistente).

É... Não é a comida de casa, não é? ? (Enfermeira assistente).

Como passou a noite? (Enfermeira).

Mais ou menos. (Paciente).

Perdeu o sono por causa da dor? ? (Enfermeira assistente).

Na verdade, é ansiedade. Não sabe se vai ser transferida ou não. (Enfermeira assistente 02, paciente 09, observação em junho 2012). (Acompanhante).

E a pressão como tá? (Enfermeira assistente).

Não quis nem saber. (Paciente).

Pois eu vi, tava 16 por 09. (Enfermeira assistente 01, paciente 06, observação em junho 2012). (Acompanhante).

Verifica-se nas conversas, citadas acima, em um primeiro momento o paciente evita reclamações ou omite informações perante as perguntas da enfermeira, o acompanhante inclui-se na conversa e esclarece com discursos tais como “na verdade, é ansiedade. [...] não tá costumada com a comida [...] pois eu vi, tava 16 por 09”. Segundo o modelo ABX de Newcomb, os conflitos podem ser intencionalmente evitados para que prevaleça a harmonia nas relações. Essa perspectiva pode comprometer o tratamento ou o bem estar do paciente.

Com a participação do acompanhante no processo de comunicação, entre o hospital e o paciente, além de atender o direito deste (Lei nº 106/2009 Constituição Brasileira) e aplicar uma das ações propostas pelo HumanizaSUS (2013) de “valorizar os diferente sujeitos implicados no processo de saúde”, o atendimento ao paciente é sustentado por um modelo semiótico-informacional que amplia a negociação entre emissor e receptor, nesse contextos os sujeitos são a enfermeira, o paciente e o acompanhante.

Em trechos da entrevista, logo abaixo, pode-se identificar, por parte da Coordenadora de Enfermagem, uma transferência de responsabilidade, em relação “a não compreensão ou o não entendimento por parte do paciente”, para o paciente. A capacidade do paciente ou do acompanhante de compreender uma mensagem ou uma orientação comunicada pelo médico, enfermeira ou outro profissional no atendimento ao paciente é primordial no tratamento. Nesse contexto, cabe ao profissional, que no processo de comunicação representa o hospital, fazer-se entender plenamente, “é necessário o desenvolvimento de uma linguagem comum, aceitável por todos (difusível)” (VON KROG; ICHINO; NONAKA 2001, p. 19).

Como eu (paciente) vou seguir um protocolo, se eu não tenho o entendimento, não consigo nem raciocinar. [...] Eles (os pacientes) querem tomar o antibiótico por conta própria e não pode. Realmente, é um processo grande de educação. (Coordenadora de enfermagem 01, entrevista realizada em maio 2012).

A questão colocada pela coordenadora de enfermagem, nos trechos de uma entrevista acima, faz-se pensar se o profissional de enfermagem recebeu a educação nos quesitos de linguagem e habilidades de comunicação, para se fazer entender pelo paciente. Se cada sujeito do processo de comunicação possui seus próprios símbolos e significados, deve haver um investimento na tradução dos diálogos entre paciente e enfermeira por meio da aplicação de ações, já elaboradas e publicadas pelo HumanizaSUS (2013), tais como “mapear as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde”. Dessa forma, os profissionais de saúde se prepararão e se adaptarão ao contexto referente ao nível educacional ou a incapacidade de compreensão do paciente internado.

No diálogo descrito a seguir, a enfermeira procura adaptar-se ao paciente e à sua dificuldade de se comunicar. “Ouvir efetivamente significa não apenas escutar o que a outra parte tem a dizer, mas acima de tudo entender e absorver efetivamente as informações passadas” (MARTINELLI; ALMEIDA, 1997, p. 43). Ser capaz de interagir com o paciente de maneira personalizada, respeitando suas demandas diferenciadas, é primordial para que a comunicação seja fluida e eficaz, as respostas e as perguntas do paciente auxiliam no diagnóstico e conseqüentemente nas ações futuras de médicos e enfermeiros.

Bom dia! O Senhor tava dormindo?! (Enfermeira Assistente).

Eu to cansado (debilitado; voz inaudível; muito magro). (Paciente).

Estou lhe ouvindo, viu? (eleva a voz, balança positivamente com a cabeça, sorri). ?!
(Enfermeira Assistente).

... (mexe lentamente com a cabeça) (Enfermeira assistente 01, paciente 03, observação não participativa realizada em junho 2012). (Paciente).

“O excesso de especialização (decorrente da mecanização do trabalho, afastou o homem do seu contexto, tornando-o alheio a grande parte da realidade que o cerca” (MORIN, 2000, p. 16). Considerar o contexto do paciente internado, sob as perspectiva do (1) período de internação, da (2) estrutura de apoio ao paciente (o acompanhante) e da (3) capacidade de compreensão do paciente, demanda planejar e investir em tipos diferentes de assistência e comunicação; e, ao mesmo tempo, atender os objetivos da ação HumanizaSUS (2006) que são “o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários”.

5. Modelo de atenção – queixa conduta

O modelo de atenção centrado na relação queixa conduta, citado no documento base do Núcleo Técnico da PNH (2006), como um dos problemas do SUS, pode ser verificado logo abaixo em alguns trechos das entrevistas realizadas junto à coordenação de enfermagem.

Também temos o apoio do Serviço Social: nós chamamos para ter alguma resolutividade. A Assistente Social vem somente quando solicitada. [...] Nós tínhamos uma Psicóloga, agora está de licença maternidade, que dava muito retorno para os pacientes de longa permanência, tinha uma rotina diária. [...] Por exemplo, nós passamos um período difícil que faltava roupa, hora faltava pijama hora faltava lençol. Umas três vezes eu cheguei a chamar a Ouvidora para eles registrarem como queixa. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

Os serviços de Assistência Social, Psicologia e Ouvidoria agem a partir de reclamações dos pacientes, geralmente após as ocorrências. Segundo Porter e Teinberger (2006), “o foco no valor ao paciente não deve ser apenas no nível de intervenções isoladas, e sim no ciclo completo do atendimento, em que o valor é realmente determinado”.

Para Falcão (2010), a Ouvidoria objetiva potencialmente atender satisfatoriamente as manifestações recebidas. Dessa forma, entende-se que o hospital deve, por meio dos mecanismos dos canais comunicação ofertados aos pacientes internados, ouvir não somente para acolher e acalmar o paciente em determinado contexto mas também garantir que ações sejam colocadas em prática

O HUWC apresenta como uma das funções da Ouvidoria “estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva [...] procurando agilizar as soluções para as dificuldades apresentadas” pelo paciente. Identifica-se no texto uma preocupação em se ter, primeiramente, um canal de comunicação entre o paciente e a instituição e que esse contato está relacionado a um problema percebido pelo paciente. Assim, a Ouvidoria do hospital exerce a função de ouvir problemas e os traduzir ou encaminhar para o quem o solucionará.

O papel da Ouvidoria, segundo o relato, logo abaixo, de uma das coordenadoras de enfermagem, representa uma estrutura de apoio ao paciente internado para acolher reclamações ou solicitações não solucionadas pela equipe de enfermagem; essas disciplinas não fazem parte das rotinas de atendimento ao paciente internado, elas funcionam como mediadoras e ouvintes somente quando ocorre uma queixa.

Temos Ouvidoria: quando a gente precisa ela vem, quando tem reclamação nós recebemos. Umas três vezes eu cheguei a chamar a Ouvidora para eles registrarem

como queixa. (Coordenadora de enfermagem 02, entrevista realizada em maio 2012).

“A missão da Ouvidoria dos Hospitais Universitários consiste no atendimento humanizado ao público interno e externo da instituição [...] em busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNOS HUMANIZASUS, v. 3, 2011, p. 116). Formalmente os hospitais universitários pretendem atender as demandas apresentadas, entretanto verifica-se que na prática a Ouvidoria e as demais áreas de natureza social e humana procuram mais explicar, esclarecer, consolar os pacientes em situações de stress.

Em documento da base do Núcleo Técnico da PNH (2006), relatou-se que “apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas” entre os dez itens citado está o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa respondeu as questões relacionadas aos sujeitos envolvidos no processo de comunicação organizacional em uma unidade hospitalar pública e de ensino por meio da visualização da estrutura organizacional e suas variadas divisões e funções, em compartimentos, conforme os tipos de atendimento ao paciente, tais como diagnóstico, cirurgia, ambulatório, internação, nutrição e outros.

Esses aspectos, inerente aos modelos de gestão burocrático e mecanicista e aos modelos de comunicação de Lasswell (1948), Newcomb (1950) e Shannon e Weaver (1976), com articulação linear e comunicação estrutural, foram confirmados na observação do processo de comunicação entre a enfermeira e o paciente e também na análise dos discursos das enfermeira coordenadoras entrevistadas.

De maneira mais ampla e sob a perspectiva das políticas de saúde pública, o SUS também reconhece a vigência de uma modelo burocrático e hierarquizado e os respectivos problemas gerados de comunicação tais como a incapacidade de ouvir das instituições, o não atendimento das demandas de comunicação do paciente e as condições limitadas de comunicação dos profissionais de enfermagem, entre elas a infraestrutura insuficiente, a burocratização, a concentração de decisões nos médicos prescritores.

As ações do HumanizaSUS vão de encontro ao modelo de gestão burocrático e de comunicação linear, vigente nos hospitais. De acordo com seus princípios de ampliar o contato e a comunicação entre pessoas e grupos, de incluir trabalhadores e usuários no processo de tomada de decisão e de dar à estes maior autonomia no processo de produção de saúde, o HumanizaSUS alinha-se fortemente ao modelo de gestão semiótico-informacional de Umberto Eco (1977), em que a interpretação, a linguagem, a troca de informações são livres de amarrações e impedimentos inerentes à burocracia, relação de poder e o receio de conflitos.

Na comunicação interpessoal entre a enfermagem e o paciente internado, durante o atendimento viu-se a prática de tal modelo paralelamente ao modelo de comunicação linear de Lasswell (1948), este aplicado a partir de políticas e protocolos, como parte da comunicação organizacional formal, já a aplicação do modelo semiótico-informacional esteve relacionado à

comunicação informal, ou seja a não planejada pela instituição e praticada pelos profissionais de enfermagem de forma individualizada.

O presente trabalho deixa em aberto para futuras pesquisas o desafio de se implantar um modelo de gestão e de comunicação mais participativo, interativo e hierarquicamente mais horizontal e, ao mesmo tempo, manter a segurança do paciente em relação aos procedimentos cirúrgicos, prescrições e administrações de medicamentos, rigor na verificação de sintomas e funcionamento do organismo do doente e outras questões inerentes à doença.

REFERÊNCIAS

- ABRAHUE. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. **Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil: Desafios e Soluções**. Brasília, 2007.
- ANDRADE, L. I. C. C. **Inovação gerencial no setor de saúde: um estudo sobre a aplicação do balanced scorecard em um hospital privado situado em São Paulo**. Universidade Federal da Bahia. 2008. Disponível em: <<http://www.ufba.br>>. Acesso em: 5 jun. 2011.
- ANVISA. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2010.
- BENNIS, W. G. **As organizações em mudança**. São Paulo: Atlas, 1976.
- BERLO, D. K. **O processo de comunicação: introdução à teoria e à prática**. 9. ed. São Paulo: Martins Fonseca, 1999.
- BORBA, G. S. **Princípios e variáveis da aprendizagem organizacional para a implantação de sistemas integrados de gestão em ambientes hospitalares**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 28 maio 2011.
- BURDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.
- DIAS, S. L. V.; ANTUNES, J. A.; BALESTRO, M. V. Processo de aprendizado na trajetória de alinhamento entre a implementação de um Sistema de produção e o Sistema de indicadores de desempenho da empresa – um estudo de caso. In: ENEGEP, 26., 2006.
- FARIA, J. H. **Análise Crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007.
- CARBONE, P. P. et al. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2006.
- CASTELLANI, J. A falência dos hospitais de ensino. **Jornal da Associação Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1996.
- CAVALCANTI, V. L. et al. **Liderança e motivação**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2005.
- CHERUBIN, N. A. **Administração Hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem Ceará. Disponível em: <<http://www.coren-ce.com.br/index.php>>. Acesso em: 30 abr. 2011.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_9.asp>. Acesso em: 27 ago. 2013.
- ENFERMAGEM SA. Disponível em: <<http://www.enfermagem.sa.com/sae/anamnese-na-enfermagem>>. Acesso em: 2 maio 2012.

- FAE, R. Processo de Aprendizagem com Base no Ensino a Distância – Um Estudo de Caso. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006. 1 CD-ROM.
- FALCÃO, R. Â. de B. **Subsídios da ouvidoria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará para a Gestão do Complexo Hospitalar.** Universidade Federal do Ceará. 2010. Disponível em: <www.ufc.br>. Acesso em: 26 maio 2011.
- FERREIRA, V. C. P. et al. **Modelos de Gestão.** Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2005.
- FISKE, J. **Introdução ao estudo da comunicação.** Lisboa, Portugal: Edições ASA, 1990.
- GAMA, J. N. **Gestão da informação hospitalar: estudo de caso de um hospital privado, de atuação geral e médio porte.** Universidade Federal da Bahia. 2009. Disponível em: <<http://www.ufba.br>>. Acesso em: 5 jun. 2011.
- GIL, A. C. **Estudo de caso.** São Paulo: Atlas, 2009.
- GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, maio/jun. 1995. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_tipos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.
- GONÇALVES, E. L. **Gestão Hospitalar – Administrando Hospital Moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para Administradores: As teorias e as técnicas da liderança situacional.** São Paulo: EPU, 1977.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO. Disponível em: <www.huwc.ufc.br>. Acesso em: 10 maio 2014.
- LASSWELL, H. Estrutura e função da comunicação na sociedade. In: COHN, G. **Comunicação e indústria cultural.** São Paulo: Pioneira, 1972.
- LEÃO, E. R.; VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem.** São Paulo: Yendis Editora Ltda, 2010.
- LOTTEBERG, C. Notícias hospitalares. **Revista Gestão de Saúde em Debate**, São Paulo, ano 5, n. 51, p. 1-16, 2006.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Atlas, 2001.
- MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

O'DWYER, G.; PACHECO, S.; SETA, M. H. Avaliação dos Serviços Hospitalares de Emergência do Programa Qualisus. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

ONO, A. T. **A gestão de pessoas por meio da liderança**: um estudo sobre os elementos culturais brasileiros e a teoria de liderança do caminho meta. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2006.

PEREIRA, B. A. D.; GROHMANN, M. Z.; MEDEIROS, I. de. Reflexos das experiências emocionais na aprendizagem profissional: uma análise em um Hospital Público. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006. 1 CD-ROM.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Decreto Lei 7.498/86**: exercício dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/.../decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

PORTELA, J. A. S. **A importância da reorientação do modelo de atenção para a atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS**. Rio de Janeiro: FASC, 2005.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. de Saúde Pública**, 1993.

RICHARDS, I. A. **Principles of Literary Criticism**. New York: Harcourt, 1928.

ROBAZZI, M. L. do C. C.; MARZIALE, M. H. P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. de Enf.**, Brasília, 1999.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágios e de pesquisa em administração**: guias de estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de casos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTAELLA, L. **Comunicação e pesquisa**: projetos para mestrado e doutorado. São Paulo: Hacker Editores, 2001.

SANTOS, A. P. **Trajetórias da História Social e da Nova História Cultural**: cultura, civilização e costumes no cotidiano do mundo do trabalho. São Paulo: Núcleo de Estudos em História Oral (NEHO-USP), 2010.

SCHWENGBER, A. I. **Processo de enfermagem**: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande/RS. 2008. Disponível em: <<http://www.furg.br>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

SILVA, U. B.; KOVALESKI, J. L. Definição de objetivos através da liderança eficaz – Caso de uma Equipe de Manutenção da Copel, Superintendência Ponta Grossa. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 25., 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Rio Grande do Sul, 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública** [online], v.19, n. 3, p. 705-715, 2003.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WEBER, L. **Subjetividade e trabalho: chefias intermediárias em contexto hospitalar**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sobre pesquisa realizada pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social: coleta de dados realizada entre 09 e 19 de novembro 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=7187>. Acesso em: 9 jan. 2011.

ANEXO A – Lista de palavras chaves e termos relacionados aos temas de comunicação e gestão hospitalar

1. Ambiente social complexo
2. Atendimento ao paciente
3. Código
4. Competência comunicativa
5. Compreensão
6. Comunicação ideológica
7. Comunicação interpessoal
8. Conflitos
9. Conformidade
10. Conhecimentos fragmentados
11. Conteúdo
12. Contexto
13. Corpo social
14. Discurso do enunciador
15. Embates ideológicos
16. Emissor e receptor
17. Enfermeira assistente
18. Estrutura de enunciação
19. Evolução médica
20. Gestão do aleatório
21. Gestão hospitalar
22. História pessoal
23. Humanização
24. Ideologias
25. Informações
26. Interação
27. Língua
28. Linguagem
29. Lógicas de produção
30. Mapa de mediações

31. Ministério da saúde
32. Modos de ação
33. Norma
34. Objetivo da comunicação
35. Ouvidoria
36. Palavras
37. Poder
38. Políticas públicas de saúde
39. Prescrição médica
40. Produto emitido
41. Prontuário do paciente
42. Realidades variadas
43. Recepção
44. Relação instituição e público
45. Relações comunicacionais
46. Relações interpessoais
47. Representação
48. Saber escutar
49. Senso comum
50. Signos
51. Sintonia
52. Sistema único de saúde
53. Situação
54. Sujeitos primeiros e últimos da comunicação
55. Sujeitos sociais
56. Tempo e espaço da comunicação
57. Texto de saída
58. Trabalho prescrito
59. Transporte de informações
60. Trocas cotidianas
61. Visão de mundo
62. Vontade do sujeito

ANEXO B – Modelo de roteiro de anamnese de enfermagem

I. Informações Gerais

- Nome do Paciente
- Idade; Sexo; Raça; Estado civil

- Assistência: Médico; Enfermeira.
- Leito
- Queixa principal
- Alergias
- Dieta
- Altura/ peso
- Sinais vitais
- Nome e telefone de um ente querido
- Cidade em que reside
- Diagnóstico (de admissão e atual)
- Condições de admissão – data, hora, acompanhado por e via de admissão

II. Fatores Predisponentes

A. Influências Genéticas

- Configuração familiar
- História médica/psiquiátrica
- Outras influências genéticas afetando a adaptação atual

B. Experiências Pgressas

- História cultural e social

C. Condições Existentes

- Estágio do desenvolvimento (Erikson)
- Sistemas de apoio
- Atividade econômica
- Meios de produtividade/ contribuição

III. Evento Precipitante

IV. Percepção do Fator de Estresse pelo paciente

V. Respostas Adaptativas

A. Psicossocial

- Nível de ansiedade
- Humor/ afetividade
- Mecanismos de defesa do ego
- Nível de autoestima
- Estágio e manifestações de luto
- Processo de pensamento
- Padrões de comunicação
- Padrões de interação
- Orientação em relação à realidade
- Ideias de destruição de si próprio/ outras pessoas

B. Fisiológicas

- Manifestações psicossomáticas
- História e avaliação de drogas
- Avaliações físicas pertinentes

VI. Resumo da Avaliação Psicossocial/ Física

ANEXO C – Termo de confidencialidade (carta da pesquisadora ao hospital no início da pesquisa)

Instituição pesquisada: Hospital Universitário Walter Cantídio – Fortaleza/Ceará

Objetivos da pesquisa: observação não participativa do processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem e pacientes internados em unidade hospitalar e entrevistas presenciais somente com os profissionais e gestores da instituição.

Período da pesquisa de capô no Hospital Universitário Walter Cantídio: meses e ano.

Responsável pela pesquisa: Patrícia Menezes Trefilio de Carvalho; aluna do Programa de Mestrado de Administração/ Universidade de Fortaleza.

O presente termo garante à instituição pesquisada e aos participantes voluntários:

   O sigilo dos nomes e sobrenomes dos pacientes e profissionais de enfermagem observados e entrevistados.

   A utilização das informações e dados exclusivamente para a execução da pesquisa em questão; com ênfase somente nos objetivos da pesquisa.

    A entrega de uma cópia deste termo, assinado pela responsável pela pesquisa, aos profissionais de enfermagem e pacientes observados e entrevistados.

Local, data

Responsável pela pesquisa: Patrícia Menezes Trefilio de Carvalho
CPF: 728.480.063-15

ANEXO D – Organogramas do Hospital Universitário Walter Cantídio



ANEXO E – Roteiro de entrevista: profissional de enfermagem (proposta inicial)

1) Obter informações gerais: (1) nome do funcionário; (2) data de admissão na instituição; (3) cargo e função atual e anteriores; (4) carga horária e turnos; (5) local de atuação, estrutura de recursos humanos e dimensionamento do atendimento por paciente/ leitos.

2) Identificar como os profissionais de enfermagem utilizam o Roteiro de Anamnese (tabela abaixo para referência de conteúdo) perante o paciente: no primeiro contato com o paciente, início da internação na unidade hospitalar ou em períodos subsequentes para os pacientes com longa duração de internação (mais de 30 dias).

Tabela: Roteiro Anamnese de Enfermagem – Questionário
Informações Gerais
Fatores predisponentes – influências genéticas
Fatores predisponentes – experiências pregressas
Fatores predisponentes: condições existentes.
Evento precipitante à doença/ tratamento
Percepção do fator de estresse pelo cliente
Respostas adaptativas: psicossocial
Respostas adaptativas: fisiológicas
Resumo da avaliação psicossocial
Resumo da avaliação física

Fonte: adaptação de Roteiro de Anamnese de Enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem 2012

3) Levantar questões sobre as práticas de comunicação interna entre profissionais de enfermagem, gestores e profissionais de outras áreas e com o paciente internado: fluxo de comunicação entre os níveis operacional (enfermagem), tático (coordenadores), estratégico (diretores) e o paciente internado e os acompanhantes; padronização e protocolos; diálogos e consensos entre a equipe de enfermagem e os profissionais de outras áreas; a importância do Setor de Ouvidoria ou outras áreas com práticas de ouvir o paciente; situações de conflitos envolvendo equipe, outras áreas e o paciente.

ANEXO F – Roteiro de observação não participativa: processo de comunicação

1. Acompanhar visitas diárias ao paciente internado em Unidade Hospitalar, realizadas pelo Enfermeiro Assistente de plantão no início das manhãs.
2. Observar processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem, pacientes e outros agentes comunicativos, com base nas categorias e subcategorias descritas na tabela abaixo.
3. Registrar por escrito percepções ou dúvidas relevantes para a pesquisa.
4. Posteriormente às visitas, esclarecer dúvidas ou solicitar informações adicionais ao Enfermeiro Assistente ou ao Coordenador da Unidade de Saúde.
5. Identificar pacientes contatados com o nº do leito, sexo, idade e iniciais do nome.

Categorias de partida	Código
Categoria 1: MODELO DE COMUNICAÇÃO	1
Subcategoria nº1: comunicação com ênfase na padronização dos processos e prazos	1.1
Subcategoria nº2: comunicação como transferência de mensagens	1.2
Subcategoria nº3: diálogo interativo	1.3
Subcategoria nº4: comunicação como forma de poder sobre o receptor da mensagem	1.4
Subcategoria nº5: posicionamento de igualdade diante do paciente	1.5
Categoria 2: DESEMPENHO E RESULTADOS DE COMUNICAÇÃO	2
Subcategoria nº6: codificação e decodificação de mensagens (símbolos, vocabulário acessível e hábitos)	2.6
Subcategoria nº7: ruídos e interrupções no processo comunicativo	2.7
Subcategoria nº8: alinhamento entre o objetivo da comunicação e a mensagem	2.8
Subcategoria nº9: presença de <i>feedback</i> (retroalimentação)	2.9
Subcategoria nº10: disponibilidade para ouvir	2.10

Subcategoria nº11: esclarecimento de dúvidas ou reclamações	2.11
Subcategoria nº12: resposta acrescida de ação (solução imediata)	2.12
Categoria 3: RELAÇÃO ENTRE OS AGENTES DO PROCESSO COMUNICATIVO:	3
Subcategoria nº13: consenso entre o emissor e o receptor das mensagens (semelhanças)	3.13
Subcategoria nº14: comunicação informal como fator contributivo	3.14
Subcategoria nº15: estabelecimento de vínculo afetivo e confiança.	3.15
Subcategoria nº16: credibilidade e confiança	3.16
Categoria 4: APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	4
Subcategoria nº17: ouvir reflexivamente	4.17
Subcategoria nº18: verbalizar aceitação	4.18
Subcategoria nº19: verbalizar interesse	4.19
Subcategoria nº20: fazer perguntas	4.20
Subcategoria nº21: manter o paciente no mesmo assunto	4.21
Subcategoria nº22: colocar em foco a ideia principal	4.22
Subcategoria nº23: verbalizar dúvidas	4.23
Subcategoria nº24: estimular expressão de sentimentos subjacentes	4.24
Subcategoria nº25: uso terapêutico do humor	4.25
Subcategoria nº26: estimular comparações	4.26
Subcategoria nº27: esclarecer termos técnicos ou substituí-los	4.27
Subcategoria nº28: descrever os eventos em sequência lógica	4.28
Subcategoria nº29: pedir para o paciente repetir o que foi dito	4.29
Subcategoria nº30: sumarizar o conteúdo da interação	4.30