



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Comunicação e Saúde

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE
HOSPITALAR

PRISCILLA VALLADARES BROCA

Rio de Janeiro. Abril de 2011

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR

por

PRISCILLA VALLADARES BROCA

Projeto de pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francini Guizardi

Rio de Janeiro, Abril de 2011.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1.1. Considerações Iniciais-----	6
1.2. A equipe de saúde hospitalar; a integralidade; a humanização e a comunicação: a problemática que delineou o objeto de pesquisa-----	10
Questões Norteadoras-----	15
Objetivo Central -----	15
Objetivos Específicos-----	15
1.3. Relevância, justificativa e possibilidades de contribuições da pesquisa ----	16

CAPÍTULO II: OS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR-----

2.1. O modelo do mercado simbólico-----	20
2.2. O modelo da mediatização cultural-----	24
2.3. O modelo informacional-----	26
2.4. A comunicação não-verbal-----	28

CAPÍTULO III: REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Tipo de pesquisa-----	31
3.2. Os sujeitos e o cenário da pesquisa-----	32
3.3. As técnicas de produção de dados-----	34
3.4. As etapas de produção de dados-----	35
3.5. Análise dos dados produzidos-----	36
3.6. Cuidados éticos-----	39

REFERÊNCIAS-----

APÊNDICES

Apêndice A-----	46
Apêndice B-----	48
Apêndice C-----	49

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Representação completa do modelo de comunicação do mercado simbólico-----	23
FIGURA 2: Mapa das mediações-----	26
FIGURA 3: Representação do modelo informacional-----	27

CAPÍTULO I

1.0 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário em suas necessidades (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, sem data).

A proposta do trabalho em equipe tem sido vinculada como uma importante estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na saúde, esse processo tem a tendência de aprofundar a verticalização do conhecimento e a prática da individualização das necessidades da saúde, sem dar importância ao mesmo tempo a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Desse modo, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário (MERHY, 1998), pode não satisfazer o usuário e ser incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito. Isso porque a atuação da clínica prescritiva foi ganhando força substituindo o cuidado, a fala e a escuta.

No processo de trabalho em saúde, o modelo assistencial mais utilizado é aquele onde prevalece o uso de tecnologias duras, as que estão inscritas em máquinas e instrumentos, em detrimento de tecnologias leve-duras, definidas pelo conhecimento técnico e leves, as tecnologias das relações (MERHY, 1998). A utilização de tecnologias duras é muito importante e necessária, mas também a utilização de todas as tecnologias integradas para se ter um cuidado integral a saúde.

Os profissionais de saúde podem evitar tratar somente as partes do corpo, e sim olhar o usuário como um todo, com suas dimensões físicas, espirituais e emocionais,

considerando o seu contexto de vida externo, fora do ambiente hospitalar, evitando uma visão reducionista sobre ele. Assim, está se lançando mão da integralidade. Além disso, faz-se necessário ressaltar a importância da relação empática, e das escolhas que devem ser feitas, sempre considerando o bem-estar humano.

A presença de múltiplos saberes e práticas efetivos, de diferentes modos de atuação do trabalho em uma mesma equipe, de diferentes agentes, aponta para uma prática da integralidade, podendo essa atuação ser de um único profissional ou não (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

Essa prática da integralidade pode ser construída a partir da utilização da linguagem como instrumento transversal na atividade de todos que habitam os espaços dos serviços de saúde e permite a superação da cisão não apenas entre os profissionais e os usuários, mas entre os diferentes membros da equipe de saúde (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001).

O tema deste projeto centra-se em pesquisar os processos de comunicação na equipe de saúde hospitalar, para que se possa compreender melhor a assistência aos usuários do sistema e promover a qualidade dos serviços.

A partir do terceiro período da graduação em enfermagem¹, comecei a atuar como bolsista de Iniciação Científica (IC, PIBIC/CNPq), participando de atividades no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), do Departamento de Enfermagem Fundamental. Nas pesquisas desenvolvidas na IC identifiquei a importância da comunicação na enfermagem e como ela pode trazer benefícios ao cuidado do usuário.

Esta noção veio à tona, primeiramente, quando participei como voluntária do Projeto Biblioteca Viva em Hospitais no Instituto de Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), de 2006 a

¹ Graduação realizada na Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2008. Este projeto é uma estratégia de biblioterapia implantada em hospitais pediátricos, atendendo à criança hospitalizada e em ambulatório, com intuito de melhorar a relação entre as crianças e os profissionais da área de saúde. O projeto utiliza a estratégia de mediação para efetivar a leitura terapêutica, ou seja, o leitor (mediador) serve de intermediário entre o livro e o ouvinte (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).

Ao utilizar os livros como forma de estabelecer interação com as crianças hospitalizadas, a forma de falar, o tom de voz, a comunicação não-verbal, aliados aos conteúdos das histórias, conduz as crianças a melhor aceitação da sua internação e participação ativa no tratamento, ao levar um pouco de ludismo e magia para um ambiente tão massacrante e hostil para uma criança - o hospital.

Isto porque quando se utiliza a leitura, enquanto estratégia lúdica, ela age como um catalisador de qualquer adversidade, inclusive a hospitalização, trazendo bem-estar para a criança e seu acompanhante, o que conseqüentemente auxilia na comunicação com a equipe de saúde (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009). As autoras relataram que a associação das ações de enfermagem com o lúdico facilita as manifestações de carinho e afeto, contribuindo para a qualidade da relação humana tão necessária à efetivação do cuidado de enfermagem.

Em uma outra investigação, centrada na humanização hospitalar, os resultados do estudo mostraram a importância de uma relação de comunicação eficiente entre todos os membros da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar, pois os profissionais com suas inter-relações estabelecidas no trabalho é que delimitam se a assistência ao usuário será ou não integral (BROCA; ARAÚJO; FERREIRA, 2009).

Além disso, é oportuno dizer que essas reflexões e questionamentos foram aguçados pela minha experiência no decorrer do curso de graduação, ao conviver a cada período com uma equipe de enfermagem diferente, e suas especificações de acordo com o setor, e a equipe multidisciplinar (incluindo acadêmicos de outros cursos). Pude observar e vivenciar a relação

e comunicação estabelecida entre eles seja para tirar dúvidas ou solicitar algo relacionado ao usuário. Uma situação que me intrigou muito foi quando uma residente de medicina se aproximou de um enfermeiro que estava fazendo um curativo, eu o auxiliava neste cuidado, e perguntou sobre o pedido de um exame, de outro usuário, e explicou sobre a situação do mesmo. O enfermeiro não balbuciou palavra alguma ou estabeleceu comunicação para-verbal ou não-verbal durante toda a fala da residente. Quando ela se retirou, o enfermeiro balbuciou algo não cordial para com ela. Essa situação deixou-me constrangida pela falta de respeito e atenção para com a residente, algo que deixou-me muito inquieta e pensativa.

Outro exemplo vivenciado foi quando certa vez estava realizando estágio extracurricular num hospital geral do município do Rio de Janeiro, no setor de emergência e clínica médica. Lá pude observar e avaliar que a comunicação e a interação entre a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar se dava de uma forma aparentemente harmônica, a julgar pelos momentos em que presenciei enfermeiros, médicos, nutricionistas e assistentes sociais reunidos conversando sobre alguns pacientes. A relação interpessoal também parecia bem estabelecida, pois havia médicos que sentavam na sala de estar da enfermagem para “jogar conversa fora”. Isto acabava por estreitar os laços entre os profissionais e facilitava a relação entre as equipes quando da necessidade de falarem sobre os usuários.

Já como enfermeira, em um hospital estadual do Rio de Janeiro, vivencio interações positivas e negativas com a equipe multidisciplinar em relação ao processo de comunicação. Por exemplo, quando alguns profissionais da medicina impõem algo que não posso fazer, como conseguir um leito para um usuário quando o setor de emergência está lotado e não há vagas. Eles dizem que é prescrição médica e precisa ser cumprida de qualquer jeito e temos que arrumar um leito para o usuário. Outro exemplo, quando alguns profissionais da farmácia demoram a entregar uma medicação que é de necessidade imediata para um usuário, pois a mesma ainda não foi liberada no sistema e quando a nutrição não libera a dieta do usuário,

que já está a horas na unidade hospitalar, porque não tem prescrição para isso. Mas também há situações, onde eles nos procuram para conversar sobre a situação de um usuário ou vice e versa e há uma interação, ou seja, uma comunicação bem sucedida em prol do usuário.

1.1 A EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR; A INTEGRALIDADE; A HUMANIZAÇÃO E A COMUNICAÇÃO: A PROBLEMÁTICA QUE DELINEOU O OBJETO DE PESQUISA

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001). A composição da equipe de saúde requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes. Assim, a equipe de saúde é o principal alicerce da organização da assistência em saúde.

E essa equipe, segundo a autora, pode ser construída a partir de duas tipologias: a equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes e a equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Nas duas equipes, é possível encontrar as diferenças dos trabalhos especializados; a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos; e tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica.

A equipe de saúde encontra algumas dificuldades, como a pressão constante de produzir resultados, muitas vezes imediatos e em meio a regras estabelecidas. Além disso, se faz necessário ouvir o usuário e ter a responsabilidade de apresentar-lhe respostas resolutivas (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010). Dessa forma, para os autores, o trabalho multidisciplinar precisar ser pensado levando em conta as dificuldades e baseando-se na

integralidade como princípio que possibilita essa articulação entre os trabalhadores e a atenção as demandas e necessidades do usuário. Lançar mão da interação entre os profissionais é uma forma de aumentar o engajamento da equipe e possibilitar uma assistência qualificada.

A integralidade é polissêmica. Mattos (2001) sistematizou três sentidos da integralidade que ele encontrou na teoria e na prática, sendo eles: integralidade como um traço da boa medicina, integralidade como modo de organizar as práticas e integralidade e as políticas especiais (MATTOS, 2001).

A integralidade como um traço da boa medicina, criticava o fato de os médicos adotarem diante dos usuários uma atitude cada vez mais fragmentária e despersonalizada. Esses profissionais estão inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendem a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram (MATTOS, 2001). A integralidade teria o papel de impedir a redução do usuário a uma determinada parte do seu corpo não sadio.

Outro sentido dado a integralidade pelo autor, diz respeito a uma concepção da programação dos serviços de saúde de forma horizontalizada, ou seja, pensada como um plano de um serviço de saúde que atenda os usuários de forma global. Como por exemplo, dado pelo autor, não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ser encaminhado à resolução de seus problemas. Desse modo, a integralidade é vista como uma forma de impedir a verticalização da assistência e assistir os usuários na sua totalidade e consequentemente otimizar o processo de trabalho.

O último diz respeito às políticas especificamente projetadas para dar respostas a um determinado problema ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional, ou seja, pode ser considerada como um conjunto de sentidos da integralidade que trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.

O sentido utilizado nesse projeto é que a integralidade em saúde expressa a recusa em reduzir o sujeito a um objeto, ou seja, é preciso reconhecer as práticas de cuidado como uma relação interpessoal, e que deve ser baseada em uma perspectiva dialógica para determinar as necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação específica, sendo ela em grupo ou individual (MATTOS, 2001). O diálogo se faz presente como uma estratégia para alcançar essa integralidade, pois será uma forma de conferir qualidade às práticas de saúde.

Essa visão da integralidade vai ao encontro do novo rumo que precisa ser dado aos modelos de atenção, ou seja, é preciso ter modelos assistenciais com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho, para que se tenha um compromisso com o ato de cuidar de forma integral, humanizado e com qualidade (GOMES; ALVES, 2007).

A Política Nacional de Humanização (2008) apresenta muitos desafios a serem enfrentados pelo SUS, como por exemplo, criar um sistema de saúde que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que conseqüentemente produz baixa comunicação entre as equipes, causa segmentação do cuidado e descontinuidade da ação clínica pela equipe de saúde. A comunicação pode agir como facilitador da humanização da assistência da equipe de saúde, pois através dela a equipe consegue identificar os problemas e compreender as necessidades dos usuários do SUS.

Esses pensamentos vão ao encontro de um dos princípios da Política, a transversalidade, que diz que é preciso aumentar a comunicação na saúde inter e intragrupos, e também a:

Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2008, p.23).

A comunicação pode ser uma possibilidade de cuidado, pois pode ser entendida como um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer ser feliz (AYRES, 2004).

A palavra comunicação tem origem do latim, *comunicare*, que significa ação, efeito ou meio de comunicar. A palavra, pelo lado social, também tem o significado de processo, método ou instrumento pelo qual idéias e sentimentos se transmitem de pessoa para pessoa, tornando possível a interação social (MICHAELIS, 2009).

A comunicação está intrínseca nos pensamentos do ser humano, ou seja, toda vez que pensa, reflete e medita sobre algo e o expõe ao outro através de várias formas, como, as expressões, a fala e a escrita; o indivíduo se vê em um universo de linguagem e de relações resultantes dessas interações. A comunicação pode ser uma abordagem multiteórica, ela é considerada como um evento complexo envolvendo atitudes psicológicas e sociais que ocorrem entre grupos, organizações em massa e em relações interpessoais (LITTEJOHN, 1982).

A comunicação pode ser entendida como o alicerce de nossas relações interpessoais, tornando-se necessária e essencial, instrumental para entender e facilitar o cuidado, melhor dizendo, o cuidado pode estar associado à prática de comunicar-se.

Para Peduzzi (2001), a comunicação pode ser manifestada de três formas no trabalho em equipe, sendo elas: a comunicação, embora esperada é utilizada apenas como

instrumentalização da técnica, observa-se um padrão restrito de comunicação entre os profissionais e uma comunicação como recurso de otimização da técnica; a comunicação ocorre de forma estritamente de caráter pessoal, baseada no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica; e quando a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, caracterizada pela elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou mesmo, cultura comum.

Quando se trabalha de forma transdisciplinar, se faz necessário o encontro de saberes, e não fechar-se em si e defender territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina consegue abarcar todo o trabalho em saúde. Todas as especificidades contribuem para a prestação de uma assistência qualificada, o que reflete a importância do diálogo no processo de trabalho terapêutico (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010).

Dessa forma, a dinâmica do trabalho em equipe que não seja alicerçada no acolhimento, vínculo e escuta, não permite a constituição da relação entre os sujeitos da assistência, ou seja, o usuário não é visto como protagonista (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). Nessa equipe, que não necessariamente precisa trabalhar num mesmo espaço físico, a troca de informações e opiniões entre seus componentes torna o tratamento mais eficaz e preciso. Cada profissional tem uma contribuição específica a dar e isso faz dos tratamentos algo mais consistente, lógico, científico e eficiente.

A heterogeneidade e a diversidade dos membros da equipe de saúde, com suas diferentes formações, nível educacional e responsabilidades, contribuem para complexificar a organização do trabalho e a comunicação se torna essencial para que haja uma interação e consolidar a equipe multidisciplinar (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010).

Embora em alguns casos, a ação terapêutica possa se efetivar através de um único tipo de intervenção, ou seja, em nível biológico, psicológico, ou social, é inegável que o atendimento multidisciplinar contribui para a assistência do usuário.

Neste sentido, o objeto desta pesquisa centra-se nos processos de comunicação na equipe de saúde hospitalar e sua contribuição para uma prática de integralidade e de humanização.

Assim, as questões norteadoras são:

- Como se dão os processos de comunicação na equipe de saúde hospitalar?
- Como esses processos de comunicação propiciam práticas de integralidade e de humanização no trabalho da equipe de saúde hospitalar?

Tais questões serão respondidas através do atendimento dos seguintes objetivos:

Geral:

- Analisar o papel dos processos de comunicação na construção da integralidade e da prática da humanização da atenção no trabalho da equipe de saúde hospitalar do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Específicos:

- Identificar os fatores que influenciam os processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho;
- Caracterizar os componentes dos processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho;

- Mapear quais são os conflitos que envolvem os processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho;
- Avaliar as estratégias utilizadas na otimização dos processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho;
- Investigar a relação entre os aspectos identificados quanto à comunicação no trabalho da equipe hospitalar e as características da atenção à saúde ofertada aos usuários.

1.2 JUSTIFICATIVAS, RELEVÂNCIAS E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A importância da interação entre os profissionais de saúde é vista como um desafio, pela Política Nacional de Humanização, para que se possa produzir saúde e de forma qualificada, ela traz a melhora da interação nas equipes e a qualificação delas como uma forma de conseguir melhor lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática de atenção a saúde (BRASIL, 2008). Valorizar o processo de comunicação da equipe de saúde é uma importante estratégia para que se possa prestar uma assistência aos usuários do sistema de saúde de forma efetiva e com maior eficácia.

Através da comunicação é possível construir trocas solidárias que sejam comprometidas com os profissionais com o objetivo de produzir saúde e sujeitos (BRASIL, 2008). Para isso é preciso ampliar o diálogo e também promover qualidade de vida no trabalho, que são duas estratégias importantes da política de humanização para construir um melhor serviço de saúde e tentar superar as dificuldades de trabalho.

É importante considerar que um modelo de comunicação em que existe uma mera transmissão de informações de forma linear e vertical, é limitado para satisfazer os profissionais e o usuário de modo amplo, sendo assim é importante um novo discurso no campo do “pensar” a comunicação (Alves, 2005; Teixeira, 1997), valorizando e entendendo as múltiplas relações que permeiam o processo de comunicação no cuidado em saúde. Isto significa enfrentar o desafio de ser um agente transformador (seja profissional da saúde ou usuário), adotando uma prática baseada no diálogo, em que os interlocutores sejam os protagonistas do processo de comunicação.

Esses pensamentos vão ao encontro do que Pinheiro, Barros e Mattos (2010, p.20), propõem, isto é, que o trabalho em equipe deveria ser orquestrado tal como em uma sinfonia, a ação dos diferentes trabalhadores da saúde deveria acontecer “*em concerto*”, de modo que as múltiplas práticas conformassem um único serviço, compondo uma obra comum, o cuidado em saúde.

Levando-se em conta estas afirmações, estabelecer um cuidado humanizado e integral em muito depende da capacidade que se tem para falar com os outros e de ouvi-los, porque as situações do cotidiano do mundo só se transformam em humanas quando se estabelece o diálogo com o outro, ou seja, a relação e a interação entre os homens se baseiam no diálogo, sendo esse diálogo não centrado apenas na comunicação verbal (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Além disso, uma equipe multiprofissional que atua como a simples justaposição de profissionais, pode não conseguir alcançar a efetividade de uma assistência de saúde, pois, segundo Bonaldi *et al* (2010), essa relação, não supera a fragmentação dos processos e das relações com os demais trabalhadores, tornando-se um empecilho às práticas da integralidade e à qualidade no cuidado. A partir disso, destaca-se a importância de processos comunicativos

realizados no trabalho em saúde a partir das relações humanas, sendo elas com a equipe ou com o usuário (BARLEM *et al*, 2008).

Existe comunicação em variados lugares, de modos diferentes, com uma ou muitas pessoas, por vários motivos e em diferentes hierarquias e momentos. Quando compreendemos o processo comunicativo melhor, como ele se forma e as suas conseqüências, fica mais fácil criar uma capacidade básica para a pessoa enfrentar os desafios da comunicação que surgem no trabalho, independente do motivo.

Utilizar os diversos processos de comunicação, pode ser uma maneira de combater a manutenção da divisão por categorias profissionais e a forte hierarquização ainda presente nas equipes, o que impede a articulação entre os profissionais e transformam esses espaços de produção de saúde num lugar de desavenças, lutas corporativas e de desqualificação e humilhação do outro (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

Ao realizar um levantamento sobre estudos que abordam o objeto comunicação entre os membros da equipe de saúde hospitalar e ao acessar as bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, com a associação dos descritores ora [comunicação] ora [comunicação em saúde], ora [equipe de assistência ao paciente] ora [equipe de cuidados de saúde] ora [equipe interdisciplinar de saúde] e ora [humanização da assistência] ora [humanização da assistência hospitalar], com o operador booleano “AND”, foram encontrados um trabalho na base LILACS, 1 na SCIELO e nenhum na MEDLINE.

Para fazer esse levantamento, foi utilizado o formulário avançado de busca das bases de dados, refinando no campo, descritor de assunto (segundo os Descritores em Ciências de Saúde), e não foi utilizado recorte do tipo temporal, apenas de idioma, no caso português. A pesquisa foi realizada no dia 13 de janeiro do corrente ano, às 16 horas.

O trabalho encontrado no LILACS trata de um estudo sobre as atitudes de familiares, médicos e enfermeiros acerca da decisão de retirar o tratamento de suporte de vida

de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e a quem compete tal decisão. Já o trabalho da SCIELO, trata da humanização da assistência da fisioterapia a pacientes no período pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva.

O resultado obtido no levantamento dos estudos que versam sobre a temática em tela mostra que existem lacunas na produção do conhecimento em comunicação e saúde, especificamente, em se tratando do cuidado integral em uma perspectiva de co-construção, o que também mostra a relevância deste estudo.

Espera-se que o conhecimento gerado nesta pesquisa possa subsidiar a reflexão dos profissionais da assistência sobre as formas de lidar com este objeto – a comunicação – não só no que se refere ao cuidado do usuário, mas com a sua equipe de saúde hospitalar.

CAPÍTULO II

OS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR

Os modelos de comunicação existentes são inúmeros, alguns do século passado e outros mais modernos acompanhando a mudança das relações interpessoais e do mundo. Os dois primeiros modelos selecionados abaixo foram escolhidos por tratarem de uma comunicação baseada nas relações sociais, nas relações interpessoais, nos conflitos sociais e na produção, circulação e recepção existentes numa prática discursiva.

O modelo informacional foi selecionado para ajudar a entender algumas dificuldades no processo de comunicação e por ele ainda ser o mais utilizado, apesar dele ter sido formulado para otimizar a transferência de informações telegráficas.

A comunicação não-verbal foi selecionada, porque a comunicação interpessoal não se reduz às palavras. As palavras e a fala, que são as formas da comunicação verbais mais usadas, não reproduzem toda a mensagem que se quer transmitir. Além delas há um “solo firme sobre o qual se constroem as relações humanas: a comunicação não-verbal” (DAVIS, 1979, p. 22). Apresentaremos a seguir os três modelos referidos.

2.1 O MODELO DO MERCADO SIMBÓLICO

Esse modelo foi proposto de modo a articular elementos conceituais que já existem em outros modelos, incluindo o conceito de lugar de interlocução. Assim, para esse modelo:

a comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais - bens simbólicos - são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria - seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade - em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade. (ARAÚJO, 2003, 2004)

A autora relata que a comunicação é um processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos. Esse processo caracteriza o mercado simbólico, no qual o circuito produtivo é mediado por uma permanente

negociação, operada por indivíduos ou por comunidades discursivas, considerados no modelo como interlocutores.

O mercado simbólico, é um mercado de desiguais e a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo e como toda luta, supõe confrontos e embates, mas também acordos, alianças e sinergias (ARAÚJO, 2003, 2004).

As comunidades discursivas são grupos de pessoas organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos. Cada interlocutor ocupa nesse mercado uma posição que se localiza entre o centro e a periferia discursiva, posição que corresponde ao seu lugar de interlocução e lhe confere poder de negociar nesse mercado simbólico.

Além disso, cada interlocutor possui estratégias de mudança de posição nesse mercado, de modo a ter uma maior aproximação com o centro. Essas estratégias são apoiadas em fatores que favorecem ou dificultam esse fluxo, chamadas de estratégias de mediação (ARAÚJO, 2003, 2004). E podem ser de ordem pessoal, grupal, coletiva ou organizacional, material ou simbólica ocorrendo em contextos, que determinam o lugar de interlocução.

A representação gráfica do modelo, proposta pela autora, apresenta os seguintes componentes (ARAÚJO, 2002, 2003, 2004):

- Sentidos sociais: é uma rede semiótica, dinamizada pela interdiscursividade. No modelo ela é representada por uma malha de fios, de modo que os traçados ondulantes buscam caracterizar a contínua transformação dos sentidos indicando o processo de produção, circulação e consumo;
- Os interlocutores: são quem media os processos de negociação da produção, circulação e consumo dos sentidos sociais, podem ser representados como pessoas ou comunidades discursivas. O modo de cada interlocutor participar do mercado simbólico é produto de vários contextos, sendo os mais relevantes para a

comunicação: contextos existencial (posição dos interlocutores como pessoas no mundo, situados num tempo e num espaço particular: sua história de vida, seus grupos de pertença, gênero, classe, idade e outros); situacional (o lugar social do qual e no qual os interlocutores desenvolvem suas relações comunicativas e participam da disputa de sentidos); textual (fala da relação de contiguidade entre textos na mesma superfície espacial ou temporal, ou seja, a posição de cada enunciado em relação ao que lhes são próximos constitui condição de produção dos sentidos possíveis) e intertextual (constituído pelas relações dialógicas entre textos, mas não depende da proximidade física e seu efeito se dá pela rede de semiose que é acionada a cada enunciação, que se nutre da memória discursiva);

- Posições discursivas: cada pessoa ocupa muitas posições em um processo de comunicação e isso depende do contexto situacional, como por exemplo, um morador de beira de rio pode ocupar o lugar de paciente, de pastor, de chefe de família, de membro ou dirigente de um sindicato, de informante de uma pesquisa, de destinatário de cestas básicas, dentre outras e em cada uma das situações ele exerce um grau diferente de poder em relação ao seu interlocutor, modificando-se a natureza do texto que será produzido e as regras discursivas que presidem o ato de interlocução. E essas posições são movéis e negociáveis, possuindo uma importância central ou periférica dependendo do contexto.

Desse modo, segue abaixo na figura 1, a representação desse modelo de comunicação pela autora:

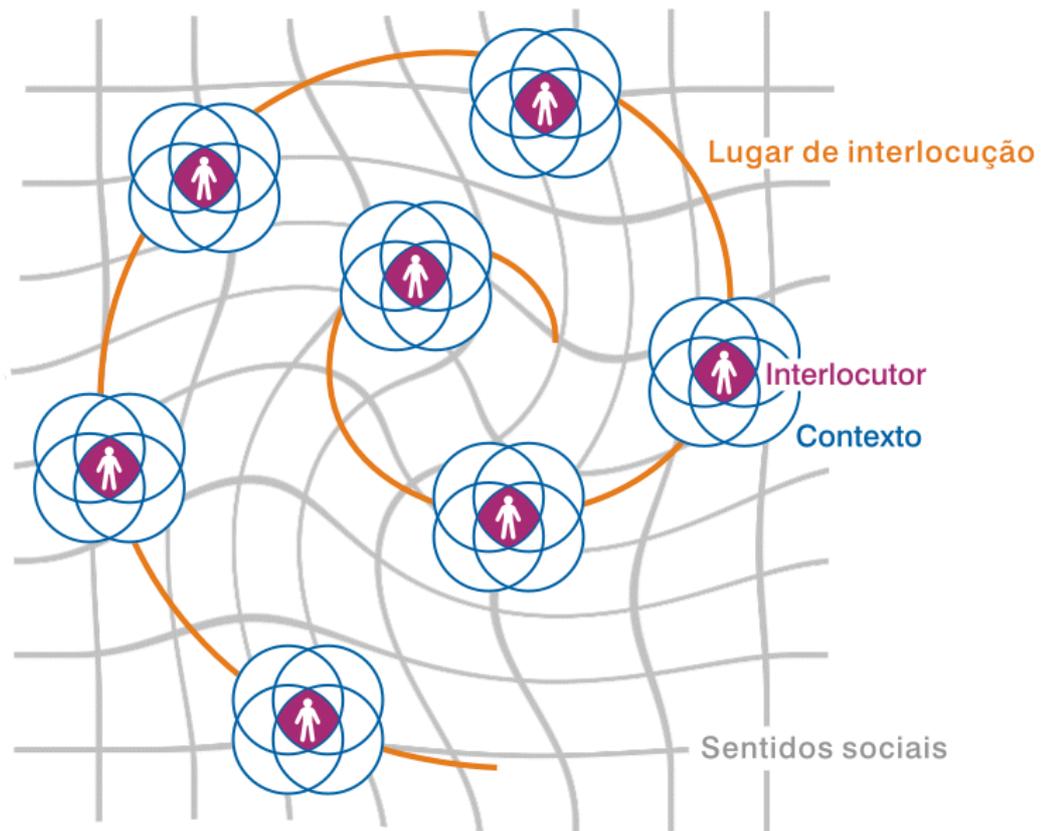


Figura 1: Representação completa do modelo de comunicação do mercado simbólico.

Fonte: ARAUJO, IS. Mercado simbólico: interlocução, luta, poder - Um modelo de comunicação para políticas públicas. 352f. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002, p.303.

Essa representação, leva em consideração a percepção do poder em relação a existência de posições discursivas matriciais, centro e periferia que são moveis, relacionais e negociáveis por fatores de mediação, que são elementos simbólicos e materiais que promovem o fluxo dos interlocutores entre essas posições (ARAÚJO, 2002, 2003, 2004). A mediação é compreendida como a propriedade exercida pelo elemento que possibilita a conversão de uma realidade em outra, ou seja, os interlocutores ao promoverem o fluxo dos mesmos entre os diversos espaços de interlocução favorecem e às vezes determinam o equilíbrio de forças.

2.2 O MODELO DA MEDIATIZAÇÃO CULTURAL

Esse modelo de comunicação é baseado no livro de Jesus Martin-Barbero, *Dos Meios às Mediações* (2009), em que o autor defende que a verdadeira proposta do processo de comunicação e do meio não estão nas mensagens, mas nos modos de interação que o próprio meio transmite ao receptor. Assim, a comunicação é mais uma questão de mediações do que de meios, de modo que a mediação liga a comunicação à cultura.

A cultura é baseada no dia a dia do indivíduo, ou seja, o que ele adquire ao longo da vida, não apenas através da educação formal, mas por meio das experiências adquiridas em seu cotidiano. Para ele, a comunicação e a cultura constituem, um campo primordial de batalha política, ou seja, o estratégico cenário que exige que a política recupere sua dimensão simbólica (sua capacidade de representar o vínculo entre os cidadãos, o sentimento de pertencer a uma comunidade) para enfrentar a erosão da ordem coletiva.

O autor vem trabalhando em mediações comunicativas da cultura. Essas mediações são ordenadas em dois eixos: um diacrônico, entre as Matrizes Culturais e os Formatos Industriais; e um sincrônico, que relaciona as Lógicas de Produção com as Competências de Recepção e Consumo.

A relação entre Matrizes Culturais e Formatos Industriais, remete à história das mudanças na articulação entre movimentos sociais e discursos públicos, e destes com os modos de produção do público que agenciam as formas hegemônicas de comunicação coletiva.

Na relação entre as Competências de Recepção (Consumo) e os Formatos Industriais está a ritualidade. Ela refere-se à forma como o produto midiático é consumido, dando conta dos diferentes usos sociais que os receptores fazem dos meios e dos seus diversos trajetos de leitura. As ritualidades remetem aos diferentes usos sociais dos meios e as

múltiplas trajetórias de leitura ligadas as condições sociais do gosto, marcadas por níveis; e qualidades de educação, por posse e saberes constituídos na memória étnica, de classe ou de gênero e por hábitos familiares de convivência com a cultura letrada, oral ou audiovisual.

Na relação entre as Matrizes Culturais e as Competências de Recepção (Consumo) está a socialidade. Essa mediação diz respeito às relações cotidianas nas quais se baseiam as diversas formas de interação dos sujeitos, ou seja, a interação social permeada pelas constantes negociações do indivíduo e resulta dos modos e usos coletivos de comunicação.

Na relação entre os Formatos Industriais e as Lógicas de Produção está a tecnicidade. Essa mediação remete-se à construção de novas práticas através das diferentes linguagens dos meios, isto é, aponta para os modos como a tecnologia vai moldar a cultura.

Já na relação entre as Lógicas de Produção e as Matrizes Culturais está a institucionalidade. Essa mediação aparece para contemplar a análise dos meios de forma mais concreta, densa de interesses e poderes contrapostos, que tem afetado e continua afetando especialmente, a regulação dos discursos, onde o cenário relaciona de forma mais próxima a produção e a recepção, ou seja, “a comunicação se converte em questão de meios, isto é, de produção de discursos públicos cuja hegemonia se encontra hoje paradoxalmente do lado dos interesses privados” (MARTÍN-BARBERO, 2009, p. 18).

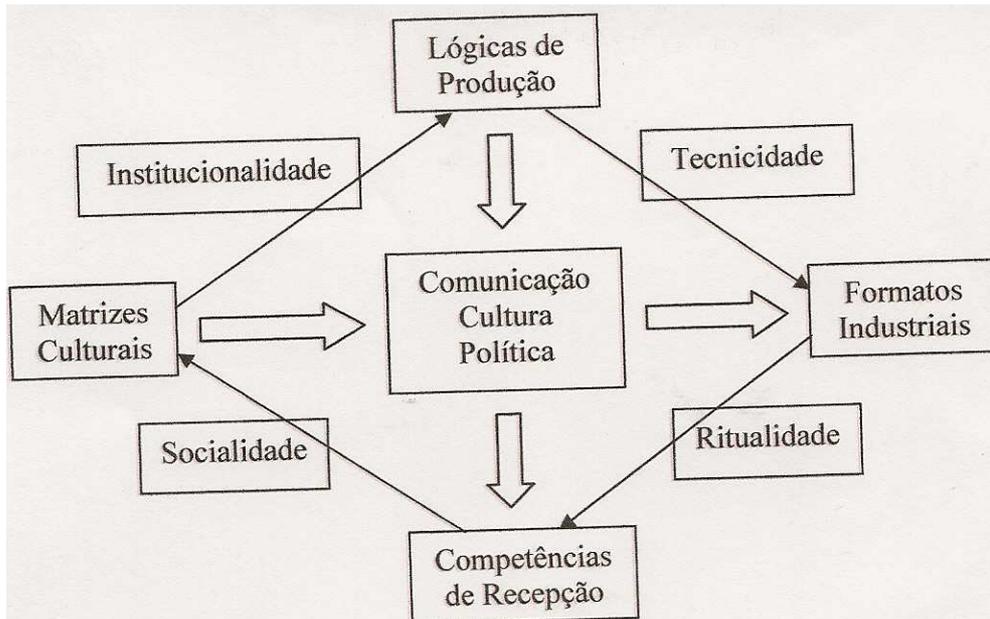


Figura 2: Mapa das mediações.

Fonte: MARTÍN - BARBERO, J. Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. 6ª ed. Rio de Janeiro. Editora da UFRJ. 2009, p.16

O autor diz que esse mapa é reconhecer que os meios de comunicação constituem um espaço-chave de condensação e intersecção de múltiplas redes de poder e de produção cultural, mas também alerta, ao mesmo tempo contra o pensamento único que legitima a ideia de que a tecnologia é o “grande mediador”.

2.3 O MODELO INFORMACIONAL

Em 1941, o matemático e engenheiro elétrico, Claude Elwood Shannon, trabalhava especialmente na área de criptografia, durante a segunda guerra, pelos laboratórios Bells junto com Warren Weaver, num projeto de otimizar a transferência de informações telegráficas de um aparelho a outro e por esse motivo formulou hipóteses encontradas em sua teoria matemática da comunicação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MATTELART, 2008). Nesse esquema, linear, cujos pólos definem uma origem e assinalam um fim, a comunicação é representada pelos seguintes componentes: a fonte, que produz uma mensagem; o codificador ou emissor, que transforma a mensagem em sinais a fim de torná-la transmissível; o canal, o meio utilizado para transportar os sinais; o decodificador ou receptor, que reconstrói a

mensagem a partir dos sinais; e o destinatário, pessoa ou coisa para qual a mensagem é transmitida.

O objetivo central desse modelo é enviar a mensagem o mais fielmente entre os dois pólos de uma comunicação, evitando as perturbações aleatórias, os ruídos, porque eles impedem o “isomorfismo” pleno entre os dois pólos (MATTELART, 2008, p.59). Além disso, o autor diz que esse modelo não leva em conta a significação dos sinais, isto é, os sentidos atribuídos pelo destinatário e a intenção que precede a emissão da mensagem.

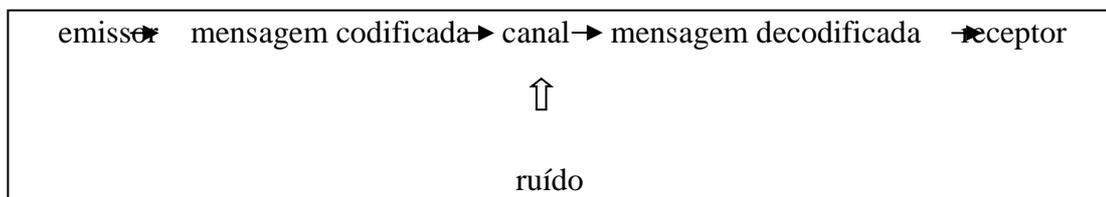


Figura 3: Representação do modelo informacional.

Fonte: ARAÚJO, IS; CARDOSO, JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2007, p. 43.

Esse modelo é o que é mais conhecido e utilizado pelas pessoas em geral, apesar de ter sido um modelo criado por um físico e matemático para otimizar as transferências de informações telegráficas de aparelho a outro (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Seu objetivo é que a mensagem chegue ao seu destino o mais fiel possível.

O modelo informacional, apresenta algumas características que podem prejudicar a compreensão da relação comunicativa, sendo elas (ARAÚJO, CARDOSO, 2007):

- Linearidade: a comunicação é vista como um processo linear, que percorre um caminho direto, sem ser variado, sendo esse o seu objetivo e não contempla as dimensões afetivas, cognitivas, políticas, econômicas e outras;

- Unidirecionalidade: o processo de comunicação ocorre numa única direção, indo de um pólo a outro do modelo, sem poder inverter os papéis. Nem o feedback (incluído por outros autores, posteriormente) não muda essa característica, pois não permite o receptor alterar as regras da comunicação e sim refazer suas estratégias;
- Bipolaridade: o modelo fecha a comunicação entre os pólos do processo, dando ao receptor a percepção de que nada tem a dizer;
- Apagamento dos ruídos: é necessário apagar todas as interferências do processo de comunicação, para dessa forma garantir o sucesso da transmissão;
- Concepção de língua como um conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável: essa característica dificulta a compreensão de que os significados não estão presentes nas palavras, mas sim que eles são dinâmicos e se formam a partir das relações entre os interlocutores;
- Concepção instrumental de linguagem: vista como um instrumento para a realização das intenções de comunicação do emissor.

2.4 A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Será importante também levar em conta a comunicação não-verbal no processo de comunicação na equipe de saúde hospitalar. Ela está relacionada com as manifestações de comportamento, não entendidas por palavras, e sim expostas por nossas expressões faciais, as nossas posturas corporais diante do outro (cinésica e gestos), a maneira como tocamos, orientações do corpo, singularidades somáticas ou naturais ou superficiais, organização dos objetos no espaço, e as distâncias que mantemos nas relações interpessoais com a outra pessoa (SILVA, 2006).

Estudar o não-verbal é poder resgatar a capacidade do ser humano em perceber com precisão os sentimentos, as dúvidas e as dificuldades de verbalização das pessoas, além de

ajudar a potencializar a comunicação do indivíduo e principalmente no que diz respeito ao seu modo de transmitir a mensagem (SILVA, 2006). Podemos considerar a comunicação não-verbal como qualquer manifestação do indivíduo numa interação que não sejam as expressões verbais.

A comunicação não-verbal, tem função de complementar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la e demonstrar sentimentos (SILVA, 2006). Assim:

- Complementar a comunicação verbal: significa fazer qualquer sinal não-verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente, eles servem para ilustração obrigatória de determinada mensagem (acompanha a verbal para torná-la clara) ou para ilustração optativa (reitera a mensagem verbal, reafirmando o que havia sido dito anteriormente);
- Substituir a comunicação verbal: significa fazer qualquer sinal não-verbal para substituir as palavras;
- Contradizer o verbal: é fazer qualquer sinal não-verbal que desminta o que foi dito verbalmente;
- Demonstração de sentimentos: significa demonstrar qualquer emoção não por palavras, mas principalmente, por expressões faciais.

A comunicação não-verbal pode ser classificada em: linguagem paraverbal; proxêmica; cinésica e tacésica (SILVA, 2006).

A paralinguagem ou paraverbal pode ser considerada como qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usado. Eles demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes,

relacionamento interpessoal e autoconceito como, por exemplo, os grunhidos, o tom usada na expressão das palavras, o ritmo e a velocidade das palavras, o suspiro, o pigarrear e o riso.

Quando falamos estamos transmitindo uma informação, mas é através do paraverbal que conseguimos dar emoção aquilo que falamos (SILVA, 2006). A autora também ressalta que o paraverbal é um importante regulador da conversação, pois ele pode cessar o curso da fala do outro, quando no decorrer da conversa, um dos indivíduos começar a tossir, espirrar ou falar mais alto; e regular o fluxo da conversa, quando parar, mudar de assunto, dar continuidade para o outro, não pausar as frases, ficar quieto para transmitir que não quer mais conversar ou indicar que está ouvindo.

A linguagem do corpo, ou linguagem cinésica, são os sinais do corpo, os comportamentos do corpo, ou seja, gestos das mãos que acompanham a fala, a substituem-na ou enfatizam a palavra ou a frase; manuseio da cabeça; movimento dos olhos; expressões faciais; roer as unhas; mexer nos cabelos; mexer nas jóias; no lápis entre outros; a distância entre as pessoas; as características físicas das pessoas; a postura corporal, dentre outras.

A linguagem proxêmica pode ser compreendida como o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o indivíduo faz do espaço, ou seja, como ele usa e interpreta o espaço dentro do processo comunicativo. Para determinar essa dinâmica o ser humano utiliza os sentidos e essa linguagem será influenciada pelas normas culturais, o contexto, os obstáculos espaciais, relações entre os interlocutores e o grau de afinidade entre eles (SILVA, 2006).

A linguagem tacésica é o estudo do toque e de todas as características que o envolvem, a pressão exercida, o local que se é tocado, a idade e o sexo dos comunicadores; assim o simples tocar pode estar envolvido com a emoção, pois o contato físico é um acontecimento emocional que provoca alterações sensoriais, neurais, glandulares, musculares e mentais (SILVA, 2006).

CAPÍTULO III

REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa será qualitativa e exploratória. Para Minayo (2008) a pesquisa qualitativa tem a capacidade de reunir a “questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais entendidas como construções humanas significativas” (p.10), de modo que é considerado como sujeito do estudo: “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados” (p.22).

Dessa forma uma pesquisa qualitativa tem a intenção de mostrar o que uma variável apresenta e não quantas vezes ela aparece, para dessa forma compreender um problema a partir do olhar dos sujeitos que o vivenciam. Os aspectos estudados estão relacionados ao cotidiano dos sujeitos, sua satisfação, decepções, sentimentos, expectativas e outros. Além de levar em conta a perspectiva do pesquisador (LEOPARDI, 2002).

A abordagem qualitativa se deve ao fato de considerá-la a mais propícia para investigar a problemática na medida em que possibilita o estudo das relações inter-humanas e seu mundo de significados, sendo o seu contexto indispensável para análise do fenômeno. Essa abordagem refere-se a valores referenciais e modelos de modos de agir presentes nas falas dos sujeitos da pesquisa (BARDIN, 1979). Além disso, será necessário obter dados subjetivos, não quantificados ou obtidos por meios concretos e de medida.

O caráter exploratório da pesquisa deve-se pelo fato de que há poucos estudos sobre o tema abordado. O estudo exploratório permite ao pesquisador aumentar suas experiências em relação ao problema ou questão, de modo que essa primeira aproximação tem como objetivo conhecer o fenômeno abordado (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa qualitativa é utilizada para descrever uma determinada situação social, ou para explorar questões, que dificilmente serão respondidas pela pesquisa quantitativa (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008). Neste contexto, uma pesquisa qualitativa-exploratória, possibilitará a familiaridade com as pessoas e suas preocupações, determinar os impasses e os bloqueios.

Nesta pesquisa será feita uma exploração do campo para realizar um mapeamento da situação abordada. Isto se justifica, porque na busca dos dados de pesquisa sobre comunicação, equipe de saúde e humanização existe uma carência de estudos, já que não foram encontradas pesquisa sobre o processo comunicativo multidisciplinar que façam uma relação importante com a humanização.

3.2 OS SUJEITOS E O CENÁRIO DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa serão profissionais da equipe de saúde - enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social e farmacêutico - de ambos os sexos, adultos, que atuam no setor de clínica médica de um hospital público, universitário e federal. Há a possibilidade de se obter um quantitativo de sujeitos suficiente para dar sustentabilidade à pesquisa qualitativa, pelo fato da pesquisadora já conhecer a dinâmica de trabalho do setor, o que facilitará a realização da produção dos dados.

Como critério de inclusão, os sujeitos obedecerão aos seguintes: serem enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social e farmacêutico, de ambos os sexos, e serem integrantes da equipe de saúde dos setores eleitos para a pesquisa; desde que queiram dela participar. Estar em efetiva atuação. Os critérios de exclusão serão: estar afastado do trabalho por qualquer motivo (férias, licença e outros) e não aceitarem participar da pesquisa.

O cenário será a Clínica Médica de um hospital universitário, público e federal. Este hospital concentra suas atividades na aliança entre a assistência a população, ao ensino e a pesquisa científica, sendo essas atividades realizadas de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à assistência, o hospital presta atendimento especializado e de alta complexidade, na emergência (sendo uma emergência fechada), nos ambulatórios, nos setores de internação e no centro cirúrgico nas mais diversas cirurgias. Desse modo, o hospital atua em nível terciário da assistência.

Em relação ao ensino, proporciona residência para o curso de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e serviço social e recebe vários acadêmicos, de diversos cursos, das faculdades da área da saúde, não necessariamente somente daquelas que estão vinculadas à universidade do que faz parte.

A pesquisa faz parte do projeto institucional, de modo a facilitar a prestação de uma assistência qualificada nos serviços ambulatoriais, nos mais variados exames, nas internações e nas cirurgias.

A instituição conta com profissionais de diferentes formações, desde pessoas com ensino fundamental até aquelas com pós-graduação, que se relacionam diariamente. Assim, há médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, estudantes de diversos cursos, funcionários administrativos e de apoio.

Os setores com características de Clínica Médica estão localizados no serviço de internação, sendo em total de três, mas apenas dois estão em funcionamento e um desses atende outras especialidades, como neurologia clínica, endocrinologia, dermatologia e outros. Eles são regidos por um chefe de serviço, um chefe de setor e uma equipe de saúde enfermagem para cada um deles.

As características dos usuários atendidos nesses setores são diversas, pois eles estão inseridos em todos os níveis de complexidade e apresentam as mais variadas patologias.

3.3 AS TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Como forma de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa serão usadas como técnicas de produção de dados a entrevista e a observação sistemática. Os instrumentos serão um roteiro de entrevista semi-estruturada e um para observação, cujos registros serão feitos por aparelho eletrônico e diário de campo.

A entrevista visa conhecer o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, baseado nos objetivos a serem alcançados. Assim, ela se torna indispensável como método para aprender a experiência dos outros, porém também age como um instrumento que permite elucidar suas condutas, de modo que estas só podem ser interpretadas, levando em conta a perspectiva dos próprios atores, isto é, que sentidos eles dão as suas próprias ações (POUPART, 2008). O instrumento deverá facilitar a abertura e ampliação e o aprofundamento da comunicação, sendo esse diálogo dirigido a um fim.

No que diz respeito à observação sistemática, ela consiste na descrição precisa dos fenômenos e é preciso elaborar um plano específico, uma espécie de lista do que observar e como, para a organização e registro das informações. Além disso, implica em uma distância maior entre o pesquisador e o fenômeno a ser observado (KNUDSON; MORRISON, 2001).

Através da observação será possível captar com maior propriedade as expressões não-verbais dos profissionais e também as relações estabelecidas pelos interlocutores e suas posições discursivas e facilitar a montagem do mapa simbólico.

O mapa simbólico resultará num gráfico representando os fluxos de comunicação entre os vários indivíduos envolvidos no tema proposto. Os lugares de interlocução não são estáticos ou predefinidos, eles são construídos a partir de inúmeras vozes que agem sobre o

que lhes é enviado. E o que é enviado é produzido, circula e é consumido num processo mediado pela negociação, no qual os interlocutores disputam a prevalência de seu modo de perceber e intervir na questão proposta e é essa rede que será mapeada.

A entrevista também se aplica nesta pesquisa porque irá levantar junto às pessoas que compõem os processos comunicativos as questões que importam ao próprio profissional, e são elas que irão dizer sobre os elementos, as facilidades e dificuldades, isto é, aquilo e a partir daquilo que elas disserem permitirá que se elabore os conteúdos analisáveis a se alcançarem os objetivos propostos. Neste sentido, a observação se justifica de modo a poder observar melhor como o processo de comunicação se dá no cotidiano e para melhor subsidiar o próprio processo da entrevista.

3.4 AS ETAPAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A primeira etapa será a introdução do pesquisador no cenário de produção dos dados. Essa aproximação ocorrerá de modo que a pesquisadora se integre à dinâmica dos setores. O chefe de cada equipe que compõe a equipe de saúde deverá servir de mediador entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa.

Com essa aproximação, a pesquisadora explicará o seu interesse pelo tema pesquisado, os motivos da pesquisa e como ela será realizada. As entrevistas serão previamente agendadas com os participantes da pesquisa, para que não haja surpresas ou empecilhos de horários inconvenientes.

Antes de sua aplicação, o roteiro de entrevista sofrerá um teste piloto a ser realizado em outro setor que possua características e sujeitos semelhantes, para que possa ser avaliado o seu potencial de explicação. Esse ensaio é importante para determinar se os instrumentos estão preparados para serem efetivamente utilizados, ou seja, se ele foi formulado com clareza e se é útil para obter as informações desejadas (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). A

escolha de outro setor para esta testagem se deve ao fato de não se correr o risco de perder sujeitos e situações que possam ser úteis à pesquisa, e desse modo prejudicar a qualidade do trabalho.

A observação sistemática não terá a necessidade de marcações prévias, mas ocorrerá de modo intercalado com as entrevistas para retroalimentar os dados produzidos. Os participantes da pesquisa serão informados do período de produção da observação sistemática.

No que diz respeito ao instrumento de entrevista, ele será composto de duas partes. Na primeira, será aplicado um instrumento cuja primeira parte terá questões sobre o perfil sócio-demográfico dos sujeitos para que se possa melhor conhecer os participantes da pesquisa. A segunda constará de questões abertas que buscarão explorar o objeto da pesquisa. (APÊNDICE A).

Para a observação sistemática será aplicada um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS

O método será a análise de discurso. Ela trata do discurso que tem a ideia de curso, de percurso, de correr e de movimento; dando o sentido de palavra em movimento e prática de linguagem (ORLANDI, 2001). Com esse tipo de análise procura-se compreender a língua e o seu sentido, enquanto trabalho simbólico, a partir do homem e da sua história.

Para Orlandi (2001) a análise de discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social, sendo essa mediação, o discurso, a possibilidade tanto de permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive, onde a língua não é só vista como uma estrutura, mas, sobretudo como acontecimento.

Para análise de discurso, não há apenas a transmissão de informações, nem a linearidade na disposição dos elementos da comunicação, como se o processo resultasse de uma pessoa falando, baseada em um código, e o receptor captando a mensagem e a decodificando-a, mas sim em um processo onde se está realizando ao mesmo tempo a significação e não existe uma separação entre os interlocutores. No lugar da mensagem propõe-se pensar o discurso e esses processos são de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade e outros (ORLANDI, 2001).

No funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, tem-se um complexo processo de constituição desses interlocutores e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação, sendo que as relações de linguagem, relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplas e variadas, daí ser o discurso o efeito de sentidos entre os interlocutores.

Com a análise procura-se descrever, explicar e avaliar criticamente os processos de produção, circulação e consumo dos sentidos dos produtos culturais, que são compreendidos como os textos e quando esses textos são analisados como parte de práticas sociais inseridas em contextos determinados, eles são analisados como discursos (PINTO, 2002).

Segundo Pêcheux, citado por Minayo (2008), os pressupostos básicos da teoria da análise de discurso, podem ser resumidos em dois sentidos: o sentido da palavra, de uma expressão ou de uma proposição que não existe em si mesmo e; toda formação discursiva dissimula, pela pretensão de transparência, sua dependência das formações ideológicas.

Para Minayo (2008), é imprescindível definir alguns conceitos desenvolvidos pelos teóricos da análise de discurso, sendo eles:

- Texto: é utilizado como uma unidade de análise, podendo ser uma simples palavra, um conjunto de frases ou um documento completo. Diferentemente de discurso, que é a linguagem em interação, o texto consiste no discurso acabado

para fins de análise e ele é composto por uma totalidade, que possui três dimensões de argumentação: 1) relações de força, que são a demarcação de lugares e posição dos interlocutores; 2) relações de sentido, que são a interligação existente entre este e vários outros discursos e; 3) relações de antecipação, que são o movimento do falante, prevendo a reação de seu interlocutor;

- **Leitura e silêncio:** a construção de relações e interações sociais permite tanto o nível de leituras parafrásicas (possuem os sentidos dados pelos autores), como o polissêmico em que à fala se atribuem múltiplos sentidos, pois o processo discursivo acumula múltiplos sentidos de discurso prévios e parte deles são reinterpretados pelos interlocutores. O dito e o não dito configuram o que há dramatizado no trabalho de campo. Nem a fala e nem o silêncio dizem por si, os dois demonstram relações e dizem muito sobre as pessoas que os empregam;
- **Tipos de discurso:** o interlocutor quando fala estabelece uma configuração que tem embutida em si um estilo que se expressa na interação, o que classifica o discurso em tipos distintos, isto é, o discurso pode ser: lúdico, a simetria e a reversibilidade entre os interlocutores são totais e a polissemia é máxima; polêmico, a reversibilidade é menor e só se dá sob certas condições, tendo um pouso de polissemia; e autoritário, completamente assimétrico e com poucas possibilidades de interpretação polissêmica;
- **Caráter recalcado da matriz do sentido:** Pêcheux diz que toda fala é marcada por dois níveis de recálque: o esquecido número um é aquilo que nunca foi esquecido e, portanto toca mais de perto o sujeito que fala e o esquecido

número dois, é um tipo de ocultação parcial em que o recalcado pode ser compreendido, recuperado e reformulado pelo sujeito que fala.

Pêcheux, citado por Minayo (2008), e Orlandi (2001), propõem as seguintes técnicas: o texto precisa ser submetido a várias operações classificatórias, ao mesmo tempo semânticas, sintáticas e lógicas, de modo que cada frase seja decomposta em proposições, o que implica em substituir as anáforas pelos termos que elas representam; restabelecimento da ordem corrente na frase; reagrupamento dos termos de ligação e explicação. Com isso o discurso, de certa forma, é refeito buscando as dependências funcionais da linguagem evidenciadas nas frases e as proposições vão se reduzindo a unidades mínimas. Essas proposições são colocadas em gráficos e classificadas de forma binária, ou seja, codificados os enunciados elementares e as relações binárias, os dados podem ser então analisados automaticamente.

3.6. CUIDADOS ÉTICOS

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. E em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / MS, em seu item IV, serão formalizados alguns compromissos por parte da pesquisadora junto aos sujeitos. Os mesmos deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que engloba aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo (APÊNDICE C).

O anonimato será garantido, ou seja, em nenhum momento será divulgado os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no TCLE. A identificação será feita por códigos alfa-numéricos. Assim sendo, os enfermeiros serão identificados pela sigla E; os médicos pela sigla M; os psicólogos pela sigla P; os nutricionistas pela sigla N; os fisioterapeutas pela sigla F; os assistentes sociais pela sigla AS e os farmacêuticos pela sigla

FA; e o sexo pelas letras F (feminino) e M (masculino), seguidos do número seqüencial da entrevista.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, IS. **Mercado simbólico: interlocução, luta, poder - Um modelo de comunicação para políticas públicas**. 352f. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002.

_____. **Mercado Simbólico: Um modelo de comunicação para políticas públicas**. Interface – Comunic., Saúde, Educ. v.8, n.14, p.164-77. Set.2003 – fev.2004.

ARAÚJO, IS; CARDOSO, JM. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2007.

[ALVES, VS](#). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52. ISSN 1414-3283. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em: 04/05/2009

AYRES, JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface (Botucatu), v.8, n.14, Botucatu, set./fev. 2004.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 7º Ed. Lisboa. Editora 70. 1979.

BARLEM, ELD; ROSENHEIN, DPN; LUNARDI, VL; FILHO, WDL. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** 10(4): 1041 – 9. 2008. Disponível em: <http://WWW.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>. Acessado em: 04/05/2009

BARROS, MEB; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, MEB; MATTOS, de RA. (orgs) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Abrasco, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **8º Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acessado em: 10/05/2010.

BACKES, D.S; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, F.W. D.A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino – Am. Enf.** São Paulo. 14(1): 132-135. Jan/Fev. 2006.

BROCA, P. V.; ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Saberes e práticas de enfermeiras sobre a humanização no cuidado. **Anais do 16º. Pesquisando em Enfermagem, 12ª Jornada Brasileira de História da Enfermagem, 9º. Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem**; 2009 mai. 11-14; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2009. p.205 a 206.

DAVIS, F. **A comunicação não-verbal**. São Paulo. Summus. 1979.

DESLAURIERS, JP; KÉRISIT. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J; DESLAURIERS, JP; GROULX, LH; LAPERRÈRE, A; MAYER, R; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ. Vozes. 2008.

GEERTZ C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GOMES, Junior, A; ALVES, Ca. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, MVGC; CORBO, ADA. **Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007.

GOMES, RS; PINHEIRO, R; GUIZARDI, FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. (orgs.) **Construção social da demanda: direto à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ. Abrasco, 2010.

LOUZADA, APF; BONALDI, C; BARROS, MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R; BARROS, MEB; MATTOS, de RA. (orgs) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Abrasco, 2010.

KANUDOSN, DV; MORRISON, CS. **Análise qualitativa do movimento humano**. 1ª ed. São Paulo. Editora Manole. 2001.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2º ed. Florianópolis: UFSC; 2002.

LITTLEJOHN, SW. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro. Zahar.1982.

LOUZADA, APF; BONALDI, C; BARROS, MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R; BARROS, MEB; MATTOS, de RA. (orgs) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Abrasco, 2010.

MARTÍN - BARBERO, J.**Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. 6ª ed. Rio de Janeiro. Editora da UFRJ. 2009.

MATTELART, AM. **Historias das teorias da comunicação**. 11ª ed. São Paulo. Edições Loyola. 2008.

MATTOS, RA. Os **sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro. UERJ/IMS. 2001.

MENDES, LR; BROCA, PV; FERREIRA, MA. A leitura mediada como estratégia do cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro. 13(3): 530 – 36. jul-set. 2009.

MERHY, EE; ONOCKO, R.(orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo. Hucitec. 1998.

MERHY, EE; FRANCO, TB; MAGALHÃES JÚNIOR, HM. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. Sem data. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> . Acessado em: 18/12/2010.

MICHAELIS. **Dicionário**. Editora Melhoramentos Ltda.2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra>. Acessado em: 04/05/2009.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10º ed. São Paulo. Hucitec. 2008.

OLIVEIRA BRG; COLLET N; VIEIRA CS. A humanização na assistência a saúde. **Rev. Latino – American.Enferm.** São Paulo. 14(2): 277 – 84. Mar-Abr. 2006.

ORLANDI, EP. **Análise de discurso: Princípios & Procedimentos**. 3ª ed. São Paulo. Pontes. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):103-9. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf Acessado em: 15/11/2010.

PINHEIRO, R; BARROS, MEB; MATTOS, de RA. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, MEB; MATTOS, de RA. (orgs) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Abrasco, 2010.

PINTO, MJ. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discurso**. 2ª ed. São Paulo. Hacker Editores. 2002.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5º ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J; DESLAURIERS, JP; GROULX, LH; LAPERRÈRE, A; MAYER, R; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ. Vozes. 2008.

QUEIROZ, DT; VALL, J; SOUZA, AMA; VIEIRA,NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro. 15(2): 276-283, abr.-jun. 2007.

TEIXEIRA, RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface Comunic, Saúde, Educ**. 1997.1(1):7 – 42. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista1/ensaio1.pdf>. Acessado em: 04/05/2009.

SILVA, M JP. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4 ed. São Paulo. Edições Loyola. 2006

APÊNDICES

APÊNDICE A
Instrumento de coleta de dados

Código de identificação: _____

Dados Profissionais:

Tempo de formado: _____ Especialidade: _____

Tempo de atuação no setor: _____

Regime de trabalho: () Diarista () Plantão diurno () Plantão noturno

Tem outros vínculos: () Sim () Não

Vínculo 2: Natureza do vínculo: () Público () Privado

Regime de trabalho: () Diarista () Plantão diurno () Plantão noturno

Setor de trabalho: _____

Vínculo 3: Natureza do vínculo: () Público () Privado

Regime de trabalho: () Diarista () Plantão diurno () Plantão noturno

Setor de trabalho: _____

Dados do perfil sócio-demográfico:

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ anos

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado

() vive maritalmente () separado (consensual)

Religião: _____

Exploração do objeto:

1. Como é trabalhar em equipe? Quais as vantagens e desvantagens desse trabalho?
2. Como se dá o trabalho com a sua equipe e a equipe multidisciplinar?
3. Como as decisões são tomadas na equipe multidisciplinar?
4. O que é comunicação para você?
5. Como se dá os processos comunicativos na sua equipe multidisciplinar? Há costume de se fazer reuniões entre vocês?
6. Como se dá a sua comunicação com os diferentes profissionais que compõem a equipe multidisciplinar? Você muda o seu modo de se comunicar conforme muda de sujeito que se comunica?
7. O que precisa existir para que haja uma boa comunicação? E na sua equipe multidisciplinar?
8. Como a comunicação na equipe multidisciplinar pode propiciar práticas de integralidade e de humanização?
9. O que facilita e o que dificulta um bom processo comunicativo? E na sua equipe multidisciplinar?
10. Quais os meios de comunicação utilizados pela equipe multidisciplinar?
11. O que você observa na pessoa quando está se comunicando?

12. Dê exemplos, da sua vivência, de uma comunicação má sucedida e que prejudicou o seu trabalho.
13. Dê exemplos, da sua vivência, de uma comunicação bem sucedida.

APÊNDICE B

Roteiro de observação sistemática

Data:/...../.....

Hora de Início:

Hora de término:

O que será observado:

a) Expressões não-verbais

1. Demonstração de sentimentos;
2. Complemento verbal;
3. Substituição verbal;
4. Gestos de contradição verbal;
5. Permanecer em silêncio;
6. Verbalizar interesse;
7. Ouvir reflexivamente;

b) Como se dá a abordagem um do outro para estabelecer um diálogo;

c) O tipo de linguagem paraverbal utilizada;

d) Observar as expressões não-verbais, principalmente faciais, antes, durante e depois da assistência e na sua relação profissional, ou seja, postura relaxada ou tensa; olhar fixo ou ignorado ou de vigília; gestos e movimentos corporais; expressão emocional oculta ou visível; sorri ou não sorri e conduta tátil;

e) As posições discursivas dos interlocutores;

- f) Os contextos que envolvem os interlocutores.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) membro da equipe de saúde hospitalar,

Vimos por meio deste consultá-lo (a) a respeito da sua participação na pesquisa que pretendemos desenvolver com você. Para tanto, cabe esclarecer os seguintes pontos.

Sobre a Pesquisadora: Sou aluna do curso de especialização de Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Sobre a Pesquisa: Trata-se de uma pesquisa sobre quais os elementos que constituem o processo comunicativo e como eles se articulam e como se dá esse processo na equipe de saúde hospitalar. O título é “*OS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR*”. Esta pesquisa dará origem a um trabalho de conclusão de curso, cujos resultados servirão de conteúdo para a pesquisadora obter o grau de especialista em Comunicação e Saúde e participar de eventos da área de Comunicação e Saúde.

Os objetivos são: Analisar o papel dos processos de comunicação na construção da integralidade e da prática da humanização do trabalho na equipe de saúde hospitalar do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; Identificar os fatores que influenciam os processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; Caracterizar os componentes dos processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; Mapear quais são os conflitos que envolvem os processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e; Avaliar as estratégias utilizadas na otimização dos processos de comunicação na equipe de saúde do setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

A pesquisa será realizada através de entrevistas e as respostas serão registradas em formato eletrônico, desde que você aceite participar e concorde em gravar. Além disso, será aplicada a técnica de observação que será realizada nas enfermarias dos setores de clínica médica. Esta observação objetiva complementar os dados das entrevistas através das cenas de cuidado e das práticas de comunicação aplicadas pela equipe. Estes dados serão registrados em um diário de campo.

Sobre o comportamento da pesquisadora: Esclareço que não tenho interesse em especular sobre a sua vida particular/profissional e que não vou julgar o que você disser e nem desrespeitar a sua opinião sobre o que lhe for perguntado.

Sobre os riscos e benefícios da pesquisa: Esta pesquisa não lhe causará riscos, pois não afetará a sua integridade física e psicológica. E, também, não o colocará sob riscos sociais. Os benefícios virão a partir dos resultados da pesquisa que por versar sobre a comunicação na equipe de saúde hospitalar, poderá enriquecer o campo de ação da equipe, ou seja, a assistência ao usuário. Destaco que não haverá benefícios financeiros e custos para os participantes da pesquisa. Sobre os procedimentos específicos para garantir os seus direitos, comprometo-me a esclarecer as dúvidas que você tenha no momento em que achar necessário. Por isso, deixo registrado neste Termo os números dos meus telefones e endereço eletrônico. Caso queira desistir de participar da pesquisa, isto será respeitado, mesmo que já tenha respondido às questões. Neste caso, os registros das respostas dadas serão entregues a você. Esclarecemos que a sua participação ou não na pesquisa não interferirá nas suas relações de trabalho com a instituição, ou seja, não haverá benefícios aos participantes e nem prejuízos àqueles que decidiram por não participar. O anonimato será respeitado, ou seja, não divulgaremos o seu nome nas discussões e nem em publicações futuras. A identificação será feita por códigos. Todas as gravações serão destruídas após cinco anos.

Muito obrigada pela atenção.

Pesquisadora (tel: 3014-1247; 91512303; priscillabroca@ig.com.br)

Pesquisadora (francini.guizardi@fiocruz.com.br)

Autorização: Após ter entendido o conteúdo deste termo, aceito participar voluntariamente da pesquisa proposta, conforme consta neste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

Membro da equipe de saúde hospitalar