

**Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação**

**Communication on health: contributions of the observational approach for research and practice**

**Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil

[Endereço para correspondência](#)

---

**RESUMO**

Estudos sobre comunicação e interação em saúde são de grande relevância para a implementação e o acompanhamento de programas de intervenção em diferentes modelos assistenciais. Realizados em situação natural de trabalho, requerem metodologia diversificada para abordagem dos processos individuais, grupais e institucionais, como também envolvem múltiplos desafios conceituais e práticos. Tal interesse social e acadêmico por estudos destinados à melhoria dos serviços prestados, em particular aqueles consagrados às interações diádicas e grupais – interação profissional de saúde-usuário, usuário-usuário, profissional-profissional –, estabelece uma agenda de pesquisa e atuação. Assim, há várias décadas, muitos pesquisadores, apoiados no enfoque observacional, vêm se dedicando ao desenvolvimento de sistemas de análise interacional com aplicação em saúde. No intuito de favorecer futuras investigações e difundir meios para a avaliação de programas, o presente trabalho propõe uma revisão crítica dessas iniciativas, destacando aquelas realizadas no contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Comunicação; Saúde; Observação, Sistemas Interacionais; Formação.

---

**ABSTRACT**

Studies about communication and interaction on health have great relevance for implementation and following up intervention programs at different assistential models. Taking place in a natural situation of work, requires a diversified methodology to grasp individual, grupal and institutional processes, as well as implies at multiple conceptual and practical challenges. Such social and academic interest for studies to improve health service, mainly those related to diadic and grupal interactions – professional interaction of health-user, user-user, professional-professional – establishes a research and practice agenda. Thus, for decades, many researchers, based on observational approach, have been developing interactive analysis systems on health. Aiming to help future investigations and spread ways for program evaluation, this study proposes a critical review of those initiatives, highlighting the brazilian ones.

**Keywords:** Communication; Health; Observation; Interactive Systems; Education.

## INTRODUÇÃO

Há muitas décadas debate-se a crise da Medicina moderna, inscrita no quadro de uma crise mais ampla no âmbito da ciência e da sociedade. Hoje, a alta tecnologia conquistada, em associação com as transformações socioculturais, induziram um deslocamento do foco de atenção em saúde (BOURGUIGNON, 1971). Para Carpentier (1980), o sucesso da Medicina na luta contra a mortalidade humana produziu efeito reverso: o desejo de morte, incessantemente reprimido, acaba por retornar pela eclosão de alguma outra patologia, ou qualquer mal-estar, cuja eliminação não é eficaz. A intensidade das mudanças é tão vigorosa que excede a capacidade de adaptação dos doentes, do meio social e até dos profissionais. De acordo com Pélicier (1981), estabelece-se então uma defasagem permanente entre a demanda, o desejo e as necessidades reais.

Evidentemente, a Medicina ainda conserva um setor organizado conforme o modelo tradicional que focaliza a dor e a incapacidade física, propondo-se a intervir diretamente sobre elas. Contudo, progressivamente, outras demandas inflacionam o seu campo de atuação, buscando não mais a cura e o alívio de sintomas, mas a suplantação dos eternos flagelos da humanidade: velhice e morte. Neste sentido, Célérier (1985a, 1985b) adverte sobre os sucessos terapêuticos estrondosamente divulgados na mídia, em contraposição à desconcertante impotência em superar doenças comuns, como alergias e infecções, as quais são apenas remediadas.

Desse ponto de vista, constata-se uma significativa mutação de valores *vis-à-vis* à saúde, pois não é mais suficiente ofertar e organizar os cuidados, trata-se de ajudar as pessoas a gerirem a própria vida com qualidade. Assim, a amplitude das demandas de bem-estar desfaz progressivamente as delimitações entre normal e patológico, introduzindo novos desafios conceituais como, por exemplo, promoção em saúde e qualidade de vida. Especificamente no que tange à noção de saúde, verifica-se uma crescente "desaceleração conceitual" manifestada pela inclusão progressiva de novos parâmetros de reconhecimento e avaliação (CARPENTIER, 1980).

Em reação à ausência de unidade e coerência e aos dilemas suscitados, preconiza-se o trabalho em equipe. Todavia, um exame atento revela uma grande dissociação entre o discurso e a prática assistencial, pois persistem inúmeras dificuldades na articulação das ações em saúde, o que reflete a segmentação das ações individuais da sociedade pós-moderna e reforça os fenômenos de atomização social da contemporaneidade (ARAUJO, 1988).

Assim, visando ao aprimoramento e à rentabilidade da prestação de cuidados em saúde, os poderes públicos promovem a implantação de equipes multiprofissionais por meio de instruções de caráter regulador. Em 1970, representantes de diferentes países junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) debatiam aspectos teóricos e práticos da estruturação e funcionamento de equipes pluridisciplinares. Nos anos seguintes, a OMS passa a recomendar sua institucionalização e veicula uma noção de equipe de saúde bastante difundida (BOELEN, 1982; SMEESTERS, 1978). No Brasil, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, um documento do Conselho Federal de Psicologia já defendia a instauração de equipes multiprofissionais em prol do bem-estar do usuário e da redução de despesas (CAMPOS, 1992).

Ora, elementos multidimensionais permeiam a estruturação e o funcionamento dessas equipes, dificultando sua implantação e, sobretudo, sua continuidade. Na esfera biológica, destacam-se: a doença, a morte, os tratamentos, o corpo, a dor, os ritmos e os estágios de desenvolvimento humano. Na esfera psicológica, sobressaem-se: as interações interpessoais, inter e intragrupal dos pacientes, familiares, cuidadores e do pessoal administrativo; o funcionamento institucional; as ideologias e as diferentes culturas e subculturas. Na esfera psíquica, ressoam os sofrimentos e as fantasmáticas no âmbito pessoal, grupal e institucional, e que, no caso dos profissionais, podem se expressar pelo "presenteísmo" ou pelo absenteísmo resultantes da perda de sentido da atividade (ARAUJO, 1988).

É essencial lembrar que, no campo da saúde, a profissionalização foi estabelecida por mecanismos de exclusão e subordinação de determinados grupos profissionais em relação à categoria médica. Tais estratégias asseguraram efeitos positivos para a organização sanitária, pois limitaram o charlatanismo e contribuíram para a melhoria da formação, mas também produziram efeitos nefastos como: a rejeição de alternativas terapêuticas, a escalada medicamentosa e curativa, o aumento da divisão do trabalho e o desdobramento de tarefas fragmentadas e complexas (DUSSAULT, 1985). Uma estrutura fortemente hierarquizada e centralizada, planejada em função do atendimento em ambiente hospitalar, passou a nortear o modo de atuação, provocando distorções. Por conseguinte, relações interprofissionais

construídas historicamente dessa maneira constituem um obstáculo à adoção do trabalho de equipe interdisciplinar em saúde.

Em compensação, segundo Apostel (1983), a práxis profissional concretiza o ideal de interdisciplinaridade – fortemente associado ao trabalho de equipe –, uma vez que opera e regula a síntese entre os discursos vigentes. Sendo assim, o estudo de campo sobre equipes de saúde torna-se imprescindível para ampliar a compreensão a respeito da estrutura, modo de funcionamento e vicissitudes destes grupos humanos. Ademais, estudos sobre comunicação e interação em saúde são de grande relevância para a implementação e o acompanhamento dos programas de intervenção em diferentes modelos assistenciais. Realizados em situação natural de trabalho, requerem metodologia diversificada para abordagem dos processos individuais, grupais e institucionais e também envolvem múltiplos desafios conceituais, metodológicos e práticos.

Tal interesse acadêmico e social por trabalhos destinados à melhoria dos serviços prestados, em particular aqueles consagrados às interações diádicas e grupais – interação profissional de saúde-usuário, usuário-usuário, profissional-profissional –, estabelece uma agenda de pesquisa e atuação para a Psicologia aplicada à saúde e, mais especificamente, para a Psicologia da Saúde (ARAUJO, 2001; MARKS; MURRAY; EVANS; WILLIG, 2000; REIS, 1998; STONE, 1979). Considerando estas preocupações, ao longo das últimas décadas diversos pesquisadores vêm se dedicando ao desenvolvimento de sistemas de análise interacional para aplicação em saúde. O presente artigo propõe, então, uma revisão crítica destas iniciativas, destacando aquelas realizadas no contexto brasileiro.

## COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Primeiramente, é importante apontar, juntamente com Mucchielli (2000), que desde a sua delimitação inicial como uma disciplina científica nos anos 1970, a Comunicação é objeto de um intenso debate sobre seus contornos e fundamentos. De fato, a fragmentação de seu paradigma original – construído a partir de uma perspectiva tecnicista –, desencadeada por influência dos teóricos da Escola de Palo Alto e de outros que se sucederam, denota um campo em permanente mudança diante dos desafios da modernidade.

Em saúde, Inui e Carter (1985) afirmam que o tema da comunicação tem sido abordado principalmente a partir da interação médico-paciente e caracteriza-se pela dispersão dos conhecimentos em diferentes disciplinas científicas, o que dificulta a sistematização do saber acumulado, sobretudo nas duas últimas décadas. No que diz respeito à Psicologia, o interesse é igualmente abrangente, envolvendo aspectos biológicos, psicopatológicos, cognitivistas, desenvolvimentistas e psicossociais.

Cabe comentar que o interesse sobre as relações de cuidado em saúde não é recente. Dentre as muitas iniciativas pioneiras, é válido ressaltar as contribuições do psicanalista Michäel Balint para a formação profissional, em particular do médico, ao focalizar a relação terapêutica por meio de uma metodologia grupal específica (MISSENARD, 1982).

Porém, tendo em vista os propósitos do presente artigo, é pertinente enfatizar as posições de Cosnier, Grosjean e Lacoste (1994), pois reafirmam que os aspectos interacionistas são o cerne da relação de cuidado em saúde e realçam o caráter coletivo do trabalho hospitalar, no qual se dão colaborações e confrontações entre os que cuidam e aqueles que são cuidados, como também entre os cuidadores de diferentes segmentos.

Também para Inui e Carter (1985), o encontro entre profissional e paciente é o ponto central da assistência em saúde, cujo processo de comunicação deve ser minuciosamente analisado. Instituições de saúde podem engendrar comunicações confusas, ambíguas, contraditórias e até errôneas, dificultando o alcance dos próprios objetivos organizacionais. A complexidade e o sequenciamento extenso de muitas intervenções de saúde – cujos resultados podem ser pouco evidentes em curto prazo – somados à diversidade de agentes sociais envolvidos constituem fatores perturbadores de uma efetiva comunicação em prol da adesão ao tratamento por parte do paciente, da prevenção de doenças e promoção da saúde do usuário e do desenvolvimento da autonomia e participação ativa do cidadão.

Cosnier, Grosjean e Lacoste (1994) evidenciam que a situação de atendimento – geralmente uma consulta médica – estrutura-se espacial e temporalmente a partir de um *script* interacional, ou seja, pelos papéis sociais previstos na situação e que se estabelecem de acordo com regras específicas e por sua finalidade. Neste contexto, as ritualizações constituem prescrições comportamentais que facilitam o ajustamento mútuo entre terapeuta e paciente. Podem-se distinguir três grandes grupos de rituais: os

de acesso e de contato (por exemplo: bater na porta e saudar), de separação (ex.: despedir-se e dirigir-se à saída), de confirmação (ex.: nomear o médico como Doutor) e de reparação (ex.: dizer ao doente: "Eu vou lhe picar e isso vai doer um pouco").

Uma revisão da literatura sobre comunicação e saúde, abrangendo o período de 1994 a 2001, apontou que os temas de maior interesse são: percepção, autonomia, satisfação, confiança, tomada de decisão e participação do paciente; percepção do profissional sobre a comunicação; comportamentos não verbais; funcionamento de planos de saúde; métodos de pesquisa e estratégias para aprimoramento comunicacional (BARBOSA; ARAUJO, 2006).

Mais recentemente, no Brasil, Barbosa (2007) confirmou o interesse da temática para pesquisadores e profissionais das áreas de saúde pública, educação, informação e divulgação científica, ao realizar um levantamento das demandas e representações de alunos de pós-graduação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Também se destacam discussões e reflexões sobre políticas de informação em saúde, tendo sido inclusive reativada, em 2005, a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (SILVA; CRUZ; MELO, 2007). Desde então, diversas publicações governamentais revelam a vitalidade do debate (BRASIL, 2006a; 2006b). Já Montoro (2008), tomando por base os problemas enfrentados por gestores, identificou dificuldades relacionadas ao planejamento da comunicação em saúde: deficiência logística das ações de comunicação, capacidade reduzida dos quadros profissionais, descontinuidade das ações, papel acessório atribuído à comunicação, incapacidade de atender à demanda cotidiana, falta de representatividade das instâncias participativas e ausência de dados sobre eficácia das estratégias empregadas. Neste sentido, é pertinente mencionar que, ao concluir um levantamento das práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias, Rangel-S (2008) defendeu a revisão de seus princípios modeladores para torná-las mais eficientes. Em síntese, verifica-se que a literatura brasileira vem contemplando aspectos fundamentais da problemática (ARAUJO; CARDOSO, 2007). Porém, ainda são escassos estudos empíricos que apóiem contribuições para a pesquisa e a atuação, sob o ponto de vista da Psicologia.

## ENFOQUE OBSERVACIONAL DA INTERAÇÃO EM SAÚDE

Cosnier, Grosjean e Lacoste (1994) reconhecem algumas atitudes metodológicas comuns entre os diferentes teóricos e pesquisadores inseridos no movimento interacionista contemporâneo, denominado "nova comunicação" por Winkin (1998). De modo geral, esses estudiosos praticam uma abordagem naturalista, ou seja, consideram as atividades de comunicação interindividual como observáveis e, por conseguinte, as investigam a partir de material derivado de observações diretas do tipo etológico ou etnográfico. Questionam, por exemplo, como se decidem as interações em determinado contexto, quais são as lógicas de ação e quais os modos de cooperação.

Como privilegiam o estudo de campo, obtêm seu material de análise por meio de registros em áudio ou vídeo. Desta maneira, o discurso não é reconstruído de memória por observadores participantes, mas pode eventualmente ser discutido com os participantes, no intuito de aperfeiçoar o sistema de análise. Em saúde, sejam diádicas ou grupais, as interações face a face são multifuncionais – produções verbais, meta e paraverbais – e bastante dependentes do contexto em que se desenvolvem.

Buscando obter um conhecimento sistemático sobre tais interações, foram desenvolvidos diferentes sistemas de análise interacional abarcando uma extensa taxonomia (CARTER et al., 1982; WASSERMAN; INUI, 1983). Dentre os mais amplamente conhecidos, encontra-se o *Bales' Interaction Process Analysis*, criado nos anos 1950 e destinado ao estudo dos pequenos grupos, sem especificidade para a saúde. Cabe brevemente recordar que esse sistema consiste na classificação de comportamentos verbais e não verbais em 12 categorias distribuídas em três zonas principais: socioemocional positiva, socioemocional negativa e neutra, direcionada à tarefa (ANZIEU; MARTIN, 1982; SCHÜTZENBERGER, 1972).

Outro sistema bastante utilizado é o *Roter's Interaction Analysis System* (RIAS), o qual inclui dimensões específicas relativas ao médico e ao paciente e propõe analisar elementos socioemocionais e habilidades comunicacionais pela extração da frequência de categorias de interação e da comparação entre elas. O contexto é parcialmente incorporado. Tal como o sistema anterior, o RIAS aplica-se a comportamentos verbais e não verbais (ROTTER; LARSON, 2001).

O *McNeilis Coordination and Competence System* (CACS) apóia-se no modelo de competência comunicacional de Cegala e Waldron e examina o conteúdo da mensagem, alinhamento, função e condução da interação, mostrando quais respostas são suscitadas por determinados tipos de mensagens em uma perspectiva interacionista diádica (MCNEILIS, 2001).

Propondo avaliar o quanto a comunicação está centrada no paciente, o *Patient Centered Communication*, adotado por Meredith, Stewart e Brown (2001), demarca categorias de análise da conduta médica (exploração da história da doença, atenção integral e construção de uma plataforma comunicativa) sem necessidade de transcrição do material clínico.

Outro sistema de codificação é o *Relational Control Coding* que delinea o controle interacional em cada ato comunicativo, determinando padrões durante a interação (FRIEDERICHS-FITZWATER; GILGUN, 2001).

Atentos à participação efetiva do paciente, Street Jr. e Millay (2001) circunscreveram elementos comunicacionais tanto do paciente (tais como: fazer perguntas, expressar preocupação e manifestar assertividade), quanto do médico (construção de parceria e apoio) e produziram um sistema complexo. Entretanto, os próprios autores alertam para o fato de o método categorizar o que o codificador identifica como função primária no contexto do discurso.

O *Verbal Response Mode (VRM)* verifica os papéis desempenhados por médicos e pacientes em três segmentos da consulta – anamnese, exame físico e conclusão –, classificando-os de acordo com três dimensões bipolares: atenção *versus* informação; diretividade *versus* consentimento e antecipação *versus* abertura (SHAIKH; KNOBLOCH; STILES, 2001).

Comparativamente aos anteriores, o *Katz's Resource Exchange Analysis* oferece a vantagem de incluir o contexto comunicativo em seu sistema de registro, o que acrescenta mais relevância clínica ao instrumento. Contudo, é limitado no que concerne à análise sequencial dos comportamentos (WASSERMAN; INUI, 1983).

É indispensável esclarecer que ao se traçar um panorama sobre estas ferramentas metodológicas constatam-se limitações. Primeiramente, porque não são suficientes para explicitar, simultaneamente, a sequência da interação e a situação observada. Além disso, ao examinarem a díade paciente-profissional tendem a privilegiar fatores interpessoais e afetivos quando focalizam o primeiro membro, sendo que fatores informacionais e técnicos são preferencialmente discutidos a partir dos comportamentos do segundo membro.

Outra restrição refere-se às inúmeras dificuldades da observação em situação natural, o que restringe a realização de investigações longitudinais, limitando, conseqüentemente, os aportes alcançados. Muitos autores defendem, então, a integração entre clínicos e pesquisadores em projetos de caráter multimetodológico, nos quais se combinem técnicas de observação e entrevistas (BENNETT; IRWIN, 1997; BENSING; VERHEUL, 2009; CONNOR; FLETCHER; SALMON, 2009; GRANT, CISSNA; ROSENFELD, 2000; KAPLAN, 1997; LAMBERT et al., 1997; LAMMERS; GEIST, 1997; MAKOUL; ARNTSON; SCHOFIELD, 1995; SHARF; STREET JR., 1997; TAKMAN; SEVERINSON, 1999).

## **PEQUISAS NO CONTEXTO BRASILEIRO: ALGUMAS TENDÊNCIAS EM PSICOLOGIA**

Inicialmente, é necessário reportar o trabalho que serviu de base para as demais pesquisas nacionais que serão abordadas a seguir. Trata-se de uma investigação de natureza empírica, descritiva e comparativa conduzida em quatro serviços hospitalares parisienses – hemodiálise pediátrica, transplante de medula óssea, pediatria geral e cardiologia pediátrica –, na qual se adotou a metodologia observacional para levantamento de dados durante as reuniões de discussão de caso clínico (ARAUJO, 1988; CASTELLAN; ARAUJO, 1988).

Naquela ocasião, estabeleceu-se como hipótese de base que a natureza e o grau de participação das diferentes categorias socioprofissionais são indicadores do trabalho em equipe multiprofissional. As trocas comunicacionais entre os participantes foram registradas diretamente e analisadas em torno de três eixos principais.

1. Relações interprofissionais. No plano quantitativo, extraiu-se: a) a frequência das emissões verbais das diferentes categorias profissionais (por exemplo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores); b) a frequência das trocas interprofissionais reais. Isto é, aquelas interações travadas entre um participante de uma determinada categoria socioprofissional com um membro de outra categoria; c) a frequência das trocas interprofissionais virtuais. Ou seja, quando um membro da equipe fazia referência à atuação de um colega de outra categoria profissional na ausência deste último. No plano qualitativo, examinaram-se: as dificuldades relativas à designação de papéis e divisão de

tarefas entre os membros das equipes; a solicitação de intervenção (verbal, durante a reunião, ou por ações na condução de um caso) dirigida a um profissional de categoria diversa daquele que teve a iniciativa do pedido; as reações à intervenção iniciada por uma categoria profissional não médica (ex.: psicólogos): aceitação; rejeição ou anulação; utilização de uma terminologia técnica atribuída ao campo de competência de uma categoria profissional por parte de um profissional pertencente a outra área; a reação à utilização de uma terminologia do campo de competência de um profissional por um membro de outra área (aceitação; rejeição ou anulação); a reação à demanda de colaboração formulada por um participante de outra categoria profissional (aceitação; rejeição ou anulação); a reação à resposta de colaboração de um participante de uma categoria diferente (aceitação; rejeição ou anulação); a inclusão de opinião técnica de um membro de categoria diversa na condução terapêutica do caso por um membro da equipe.

2. Relações entre equipes de saúde. As categorias de registro foram: comentário indicando a necessidade de intervenção de outra especialidade; colaboração com um médico de outra especialidade; avaliação sobre a colaboração de um membro de outra equipe (positiva ou negativa).
3. Cuidado integral do paciente. Subdividido em: a) relações equipe-família: doenças e tratamentos considerados como fonte de perturbação familiar, a dinâmica familiar é avaliada positiva ou negativamente, as relações de membros da família do paciente com membros da equipe são julgadas positivas ou negativas; b) relações equipe-paciente: evocação de características do paciente (agradáveis, perturbadoras); evocação e inclusão de fatores afetivos e/ou psicossociais.

Apenas a título ilustrativo, destacam-se alguns resultados principais: a) a posse de fala foi preponderante na categoria médica; b) as trocas comunicacionais mais frequentes ocorreram entre médicos; c) a Psicologia representou a segunda categoria com maior número de emissões verbais; d) a equipe de menor tamanho foi aquela na qual o trabalho em equipe foi mais evidente.

Conforme anteriormente explicitado, tal grade de análise propiciou o planejamento e a execução de outros estudos no contexto brasileiro ao longo dos últimos vinte anos.

### **Tomada de Decisão em Equipe de Saúde**

De modo semelhante, a pesquisa efetuada por Costa Neto (1994) foi direcionada para questões de trabalho multiprofissional. Contudo, concentrou-se no processo decisório de uma equipe institucionalizada no cuidado de pessoas envolvidas no acidente com o césio radioativo em 1987 por meio de uma abordagem multimetodológica. Além da aplicação de uma escala e de entrevistas semiestruturadas com os profissionais, realizaram-se observações das reuniões de discussão de caso com registro direto e gravações em áudio.

Foram analisadas quatro reuniões e, tal como no trabalho precedente, associaram-se episódios de interação de um conteúdo específico em função das categorias profissionais. Identificadas as emissões verbais, calculou-se o tempo total de fala do participante. A frequência de papéis de emissor-receptor também foi avaliada.

Foi gerado um conjunto de treze classes gerais: processo de tomada de decisão quanto ao binômio tempo-demanda; natureza da tomada de decisão; vicissitudes; beneficiado(s) por uma decisão; funções da tomada de decisão; determinantes de estabilidade; determinantes de retardamento; atribuição de controle motivacional; fases do processo decisório; função "desenvolvimental" da decisão grupal; preferência quanto ao agente da tomada de decisão; (re)apropriação do papel de decisor; condições subjetivas nas situações de decisão grupal. Vale destacar que os conteúdos de tomada de decisão relatados individualmente foram mais complexos do que aqueles observados em situação de decisão grupal (COSTA NETO; ARAUJO, 2001).

Ressalta-se que houve predomínio dos episódios de natureza operacional e/ou administrativo. O tempo despendido nesses episódios foi bastante superior àquele dedicado ao estudo de casos clínicos. Novamente, ao se comparar a categoria médica com as demais, constatou-se que o tempo de emissão verbal foi superior. Como foi possível reconstituir com mais precisão as díades interativas no interior do grupo, verificou-se que as mensagens eram destinadas preferencialmente à categoria médica. Dentre os não médicos, a categoria "psicólogo" distinguiu-se pela maior participação (COSTA NETO; ARAUJO, 2001).

De modo geral, os membros atuaram mais como emissores do que como receptores, o que caracterizaria a natureza informacional do grupo. Porém, naqueles episódios em que não foi possível identificar um destinatário específico (isto é, a emissão seria direcionada a mais de um receptor ou ao grupo), o número de recepções foi maior do que o de emissões (COSTA NETO; ARAUJO, 2001).

### **Participação do Paciente no Processo Decisório**

Tema frequente nas reflexões sobre a qualidade dos serviços prestados em saúde, a participação do paciente nas decisões associa-se fortemente à necessidade de evolução das instituições de saúde. O ideal de uma tomada de decisão compartilhada entre usuário e profissional vem sendo estimulado principalmente pela transição paradigmática do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial que altera gradativamente o sistema de saúde.

Sob esta ótica, Ramos (1999) empreendeu abrangente investigação por meio de entrevistas com pacientes e usuários, bem como observações de situações de atendimento em um serviço hospitalar especializado no acompanhamento de lesados medulares.

Dois situações grupais distintas foram focalizadas: a) visitas clínicas, nas quais se discutiam os casos de cada paciente próximo ao seu leito e em sua presença; b) reuniões clínicas, em que cada caso era apresentado e discutido apenas pelos profissionais responsáveis. Ambos os dispositivos visavam à tomada de decisões sobre a conduta terapêutica.

Os registros feitos em situação natural foram transcritos e submetidos a um sistema de análise do comportamento verbal composto de dois subsistemas, a saber:

– subsistema 1: caracterização da situação de atendimento pela classificação dos episódios de interação paciente-equipe quanto aos autores, ao conteúdo verbal e à finalidade das interações.

– subsistema 2: caracterização da participação com a classificação dos comportamentos do paciente quanto à natureza de sua participação.

Concluiu-se que a participação do paciente nas decisões do tratamento era de natureza informativa e de tendência passiva. O conteúdo e a finalidade das interações mostraram-se como fatores situacionais moduladores do comportamento do enfermo. Assim, o paciente tende a ser mais ativo quando se trata de decisões sobre questões não técnicas e quando sua interação com a equipe envolver uma discussão claramente relevante sobre seu caso (RAMOS, 1999; RAMOS; ARAUJO, 1999).

### **Trabalho de Equipe em Reabilitação**

Queiroz (2003) desenvolveu um estudo com o propósito de caracterizar o processo de comunicação e a tomada de decisão de duas equipes hospitalares de reabilitação: uma especializada em lesão cerebral e outra em lesão medular. A coleta de dados abrangeu observação direta e registro filmado das reuniões semanais de discussão de caso, entrevista individual com os participantes da reunião e entrevista em grupo com estes profissionais.

Foram elaborados três sistemas complementares de categorias de análise:

– sistema 1: caracteriza a temática das verbalizações e abarca três subcategorias e seus respectivos componentes: a) conteúdo: identificação do paciente, parecer técnico, relato da intervenção, avaliação de resultados e progressos, planejamento, justificativa das condições facilitadoras ou impeditivas das intervenções, transição, interrupção, questões administrativas; b) foco da comunicação: específico ou ampliado; c) natureza das verbalizações: fornece informações/orientações, solicita informações/intervenções e/ou orientação, complementa informações, corrobora as colocações, levanta problemas, propõe soluções para os problemas, discorda, contrapõe ou contesta.

– sistema 2: classifica os mecanismos subjacentes à interação entre profissionais em três subcategorias: a) avaliação: critica intervenção, atribui responsabilidade, questiona atuação, aprova procedimentos; b) apoio: solicita ajuda, oferece ajuda, favorece/ incentiva a participação, expande discussão, divide

responsabilidade; c) operacionalização da atuação: justifica atuação, solicita definição de conduta, define conduta.

– sistema 3: busca avaliar o processo de tomada de decisão, verificando se houve: a) manutenção do planejamento em decorrência de condições relacionadas ao paciente, ao profissional ou à instituição; b) mudança do planejamento em decorrência de condições relacionadas ao paciente, ao profissional ou à instituição.

Inovando as iniciativas antes descritas, nesta pesquisa procedeu-se ao cruzamento entre os sistemas. Os resultados sugeriram que o processo decisório era centrado no paciente, predominando o “foco ampliado nas discussões” e maior número de verbalizações “fornece” e “solicita informações”. O mecanismo “expande discussão” foi o mais utilizado. Apesar de estarem organizados em uma mesma instituição de reabilitação, os programas preservaram suas especificidades (QUEIROZ; ARAUJO, 2007).

### **Comunicação Enfermeiro-paciente**

A exemplo do estudo que visou ampliar a compreensão sobre a comunicação no contexto de reabilitação, Martins (2001) empregou metodologia observacional complementada por entrevistas. Protocolaram-se as interações verbais de quatro díades paciente-enfermeiro durante o procedimento de curativo em lesados medulares habitualmente realizado no leito. Esta situação foi escolhida por se tratar de uma atividade de rotina em tais serviços e também por se caracterizar por um encadeamento comportamental claro e com duração suficiente para registro.

Elaborou-se um sistema múltiplo de análise, sendo que um sistema foi gerado pela observação e os dois outros ordenaram as percepções de profissionais e pacientes, as quais foram relatadas em entrevistas sobre o atendimento observado e a experiência global de reabilitação.

Em função dos objetivos do presente artigo, apresenta-se resumidamente o sistema observacional composto por:

– subsistema 1: dedicado à finalidade da comunicação, foi organizado em três categorias gerais e totalizou 23 subcategorias: a) incentivo à participação: solicitar informação específica, solicitar atuação e solicitar auxílio; b) incentivo à interação: solicitar opinião, solicitar reflexão, solicitar relato de estado subjetivo, socialização, integração, comunicar expressão emocional, comunicar opiniões, comunicar expectativas, comunicar incertezas, comunicar reações; c) comunicar informações: informar fatos, comunicar procedimentos, comunicar informações específicas, comunicar problemas, comunicar condutas, comunicar evolução, afirmativa, confirmativa, orientar, comunicar justificativa.

– subsistema 2: referiu-se ao uso de recursos comunicacionais e abarcou duas categorias: a) facilitadores da comunicação: saudação, vocativo, apreciação, interativo, descritivo, ampliador, expressivo, comentário, clarificador, detalhamento, conclusivo, reflexivo, confirmativo, reformulador, mantenedor e finalização; b) perturbadores da comunicação: indagador, diretivo, restritivo, contraditório, tangenciar, não responder, interrupção.

– subsistema 3: descreveu o fluxo da comunicação, distinguindo sequências interativas e interrupções, perfazendo duas categorias: a) caracterização das sequências interativas: iniciativa da emissão e utilização de perturbadores comunicacionais; b) caracterização das interrupções: pausa ou demanda externa.

Calculou-se um índice comunicacional, definido como medida comparativa sobre a competência de cada enfermeiro e paciente, bem como dos dois em conjunto (índice comunicacional da díade), considerando-se que seria avaliado como participante mais competente aquele que contemplasse as três finalidades (informativa, participativa e interativa); utilizasse mais recursos facilitadores do que recursos perturbadores e que manifestasse maior iniciativa de começar as comunicações favorecendo a interação. Outra vantagem deste estudo diz respeito às análises interativas das díades que possibilitaram compará-las do ponto de vista das competências e habilidades comunicacionais.

Selecionando-se os dados obtidos neste estudo, verifica-se que a comunicação enfermeiro-paciente foi caracterizada pela sua natureza informativa e pouco satisfatória. O incentivo à participação do paciente por parte do enfermeiro se deu por meio da solicitação de informações em detrimento de solicitação de



atuação. A busca de interação foi maior por parte do paciente e com utilização de recursos autorreferenciados que expressavam seus valores e sentimentos (MARTINS; ARAUJO, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lenta evolução em direção a práticas de cuidado integral (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) compromete a adesão ao tratamento e a satisfação com o atendimento, provocando a desistência de solicitar ajuda, ou, ao contrário, a multiplicação de consultas com diferentes profissionais e em diferentes serviços, o que inflaciona o sistema de saúde. À problemática da relação de cuidado somam-se dificuldades inerentes à promoção, à prevenção e ao enfrentamento das doenças, bem como as vicissitudes da comunicação humana, motivando estudos pelas mais diversas disciplinas científicas e com grande variedade teórica e metodológica (BARBOSA; ARAUJO, 2006; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000; SALMON, 2000; SEGOUIN; HODGES, 2005).

Certamente não existe um método único que possa abarcar a amplitude e complexidade do fenômeno comunicacional. A opção por uma abordagem multimetodológica é apropriada, uma vez que reúne as vantagens dos diferentes meios para melhor definição das variáveis comunicacionais no campo da saúde. Particularmente, no que se refere ao enfoque observacional (BATISTA, 1996), a literatura especializada apresenta considerável diversidade de sistemas de análise interacional que ainda requerem melhoria para fazer conhecer tanto a sequência dos comportamentos, quanto o seu contexto. Também são necessários mais estudos com delineamento longitudinal. Maior inclusão da perspectiva do paciente e das dimensões socioemocionais deve ser buscada para complementar a perspectiva do profissional e as dimensões cognitivas e informacionais bastante privilegiadas até o presente. Apesar da pouca aceitação por parte dos profissionais e das instituições de saúde, o recurso audiovisual é imprescindível para o acesso a um maior número de dados e para uma maior precisão.

Recomenda-se que futuras investigações ocupem-se da comunicação de outras categorias profissionais que atuam em saúde, pois a ênfase na relação terapêutica médico-usuário reproduz uma hegemonia técnica que não se coaduna com a noção de trabalho em equipe interdisciplinar tão almejada pelo setor.

Por fim, é indispensável comentar a relevância das pesquisas observacionais sobre comunicação em saúde para compreender o processo de tomada de decisão (CHAPMAN; SONNENBERG, 2000) e, conseqüentemente, ajustar os programas de saúde em curso. De fato, uma gestão em saúde de qualidade deve alicerçar-se em políticas de educação profissional que planejem o desenvolvimento e o treinamento de habilidades comunicacionais.

## REFERÊNCIAS

- ANZIEU, D.; MARTIN, J. Y. **La dynamique des groupes restreints**. Paris: Presses Universitaires de France. 1982.
- APOSTEL, L. (Org.). **Interdisciplinarité et sciences humaines**. Paris: Unesco. 1983.
- ARAUJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.
- ARAUJO, T. C. C. F. **L'Equipe pluridisciplinaire en milieu hospitalier pédiatrique: structure, mode de fonctionnement et vicissitudes**, 510 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Université de Paris X-Nanterre, Nanterre, 1988.
- \_\_\_\_\_. Segunda conferência internacional reconstruindo a Psicologia da Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 199-200, 2001.
- BARBOSA, F. E. **Análise das demandas e perspectivas de alunos de pós-graduação sobre o campo da comunicação em saúde**. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BARBOSA, A. C. A. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 14, n. 2, p. 205-214, 2006.

BATISTA, C. G. Observação do comportamento. In: PASQUALI, L. (Org.). **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Inep. 1996. p. 263-303.

BENNETT, K. C.; IRWIN, H. Shifting the emphasis to "Patient as Central": Sea change or ripple on the pond? **Health Communication**, New Jersey, v. 9, n. 1, p. 83-93, 1997.

BENSING, J.; VERHEUL, W. Towards a better understanding of the dynamics of patient provider interaction: The use of sequence analysis. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 75, n. 2, p. 145-146, 2009.

BOELEN, C. La problématique de la constitution des équipes de santé. **Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales**, Paris, v. 22, n. 1, p. 49-66, 1982.

BOURGUIGNON, A. La crise de la médecine contemporaine. **Revue de médecine psychosomatique**, Paris, v. 13, n. 2, p. 123-138, 1971.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório das oficinas de comunicação**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006b.

CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec. 1992.

CARPENTIER, J. (Org.). **Résistances à la médecine et démultiplication du concept de santé**. Paris: Cordes/Collège de France. 1980.

CARTER, W. B.; INUI, T. S.; KUKULL, W. A.; HAIGH, V. H. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: Identifying effective provider and patient behavior. **Medical Care**, Baltimore, v. 20, n. 6, p. 550-566, 1982.

CASTELLAN, Y.; ARAUJO, T. C. C. F. La pluridisciplinarité. **Bulletin de l'Association Française de Psychiatrie et Psychopathologies Sociales**, Paris, automne, p. 5, 1988.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CÉLÉRIER, M.-C. **Médecine dure**. L'hôpital en question. Paris: Stock. 1985a.

\_\_\_\_\_. Le mythe de l'hôpital modèle. **Revue de Médecine Psychosomatique**, Paris, v. 26, n. 4, p. 51-56, 1985b.

CHAPMAN, G. B.; SONNENBERG, F. A. **Decision making in health care: theory, psychology and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

CONNOR, M.; FLETCHER, I.; SALMON, P. The analysis of verbal interaction sequences in dyadic clinical communication. A review of methods. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 75, n. 2, p. 169-177, 2009.

COSNIER, J.; GROSJEAN, M.; LACOSTE, M. (Org.). **Soins et communication**. Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1994.

COSTA NETO, S. B. **Fatores do processo de tomada de decisão de uma equipe de saúde numa instituição de tratamento a irradiados por fonte ionizante: um estudo de caso**. 1994. 315 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano no Contexto Sociocultural) – Universidade de Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Tomada de decisão em equipe de saúde: estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante**. Nêmeton – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde. Disponível em:

<<http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/TomadadeDecisoemEquipesdeSaude.doc>> Acesso em: 22 fev. 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Healthy people 2010**: Understanding and improving health. Washington: U. S. Government Printing Office, 2000.

DUSSAULT, G. Professionalisation et déprofessionalisation. In: DUFRESNE, J. (Org.). **Traité d'Anthropologie Médicale**. L'institution de la santé et de la maladie. Montréal: Presses Universitaires du Québec. 1985. p. 605-616.

FRIEDERICHS-FITZWATER, M. M.; GILGUN, J. Relational control in physician-patient encounters. **Health Communication**, New Jersey. v. 13, n. 1, p. 75-87. 2001.

GRANT, C. H.; CISSNA, K. N.; ROSENFELD, L. B. Patients perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. **Health Communication**, New Jersey, v. 12, n. 1, p. 23-29, 2000.

INUI, T. S.; CARTER, W. B. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. **Medical Care**, Baltimore, v. 23, n. 5, p. 521-538. 1985.

KAPLAN, R. Health outcomes and communication research. **Health Communication**, New Jersey, v. 9, n. 1, p. 75-82, 1997.

LAMBERT, B. L.; STREET, R. L.; CEGALA, D. J.; SMITH, D. H.; KURTZ, S.; SCHOEFIELD, T. Provider – patient communication, patient-centered care and the mangle of practice. **Health Communication**, New Jersey. v. 9, n. 1, p. 27-43, 1997.

LAMMERS, J. C.; GEIST, P. The transformation of caring in the light and shadow of “Managed Care”. **Health Communication**, New Jersey. v. 9, n. 1, p. 45-60, 1997.

MAKOUL, G.; ARNTSON, P.; SCHOEFIELD, T. Health promotion in primary care: Physician patient communication and decision-making about prescription medications. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 41, n. 9, p. 1241-1254, 1995.

MARTINS, B. M. M. **Comunicação no contexto de reabilitação**: o encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares. 2001. 209 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano no Contexto Sociocultural) – Universidade de Brasília, Brasília, Instituto de Psicologia. 2001.

\_\_\_\_\_; ARAUJO, T. C. C. F. Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, 2008.

MARKS, D.; MURRAY, M.; EVANS, B.; WILLIG, C. **Health Psychology**. Theory, research and practice. London: Sage. 2000.

MCNEILIS, K. S. Analyzing communication competence in medical consultations. **Health Communication**, New Jersey. v. 13, n. 1, p. 5-18, 2001.

MEREDITH, L.; STEWART, M.; BROWN, J. B. Patient-centered communication scoring method report on nine coded interviews. **Health Communication**, New Jersey. v. 13, n. 1, p. 19-31, 2001.

MISSENARD, A. (Org.). **L'Experience Balint**: histoire et actualité. Paris: Dunod, 1982.

MONTORO, T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface**, Botucatu. v. 12, n. 25, p. 445-448, 2008.

MUCCHIELLI, A. **La nouvelle communication**. Paris: Armand Collin. 2000.

PÉLICIER, Y. Le discours antiscientifique ou l'Anthropologie Médicale au désert. **Revue de Médecine Psychosomatique**, Paris. v. 23, n. 4, p. 347-355. 1981.

QUEIROZ, E. **Trabalho em equipe no contexto hospitalar**: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação. 218 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília. 2003.

\_\_\_\_\_; ARAUJO, T. C. C. F. Trabalho em equipe: um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 221-230, 2007.

RAMOS, V. S. C. **A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento**. 283 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano no Contexto Sociocultural) – Universidade de Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 22-28, 1999.

\_\_\_\_\_; ARAUJO, T. C. C. F. Patient participation in treatment decisions in a Brazilian rehabilitation institution. In: \_\_\_\_\_. **Book of abstracts**: Reconstructing health Psychology. First International Conference on Critical and Qualitative Approaches to Health Psychology, St. John's, 1999. St. John's: Memorial University of Newfoundland, 1999, v. 1, p. 56.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 433-441, 2008.

REIS, J. C. **O sorriso de Hipócrates**. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega. 1998.

ROTER, D. L.; LARSON, S. The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: An illustrative use of the Roter Interactional Analysis System. **Health Communication**, New Jersey, v. 9, n. 1, p. 33-48, 2001.

SALMON, P. Patients who present a physical symptom in the absence of physical pathology: A challenge to existing models of doctor-patient interaction. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 39, n. 1, p. 105-113, 2000.

SCHÜTZENBERGER, A. A. **L'Observation dans les groupes de formation et de thérapie**. Paris: EPI. 1972.

SEGOUIN, C.; HODGES, B. Educating doctors in France and Canada: Are the differences based on evidence or history? **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1205-1212, 2005.

SHAIKH, A.; KNOBLOCH, L. M.; STILES, W. B. The use of a verbal response mode coding system in determining patient and physician roles in medical interviews. **Health Communication**, New Jersey, v. 13, n. 1, p. 49-60, 2001.

SHARF, B. E.; STREET JR., R. L. The patient as a central construct: Shifting the emphasis. **Health Communication**, New Jersey, v. 9, n. 1, p. 1-11, 1997.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SMEESTERS, M. C. **La médecine d'équipe**. Bruxelles: Éditions de L'Université de Bruxelles. 1978.

STONE, G. C. (Org.). **Health psychology**: a handbook. San Francisco: Jossey-Bass. 1979.

STREET JR., R. L.; MILLAY, B. Analyzing patient participation in medical encounters. **Health Communication**, New Jersey, v. 13, n. 1, p. 61-73, 2001.

TAKMAN, C. A. S.; SEVERINSON, E. I. A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical setting. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 30, n. 6, p. 1368-1374, 1999.

WASSERMAN, R. C.; INUI, T. S. Systematic analysis of clinician – Patients interactions: A critique of recent approaches with suggestions for future research. **Medical Care**, Baltimore, v. 21, n. 3, p. 279-293, 1983.

WINKIN, Y. **A nova comunicação**. Campinas: Papirus. 1998.

[Endereço para correspondência](#)

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo

E-mail: [araujotc@unb.br](mailto:araujotc@unb.br)

Recebido em: 24/09/2008

Aprovado em: 08/08/2009

Revisado em: 28/07/2009