

Marlon Corrêa¹, Flávia Del Castanhe², Suely Grosseman^{1,2}

1. Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC), Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 10 de setembro de 2020

Aceito em 20 de janeiro de 2021

Autor correspondente:

Suely Grosseman

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas
Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Polydoro Ernani de São Thiago
Rua Profa. Flora Pausewang, s/n, Piso Térreo
CEP: 88036-800 - Florianópolis (SC), Brasil
E-mail: sgrosseman@gmail.com

Editor responsável: Gilberto Friedman

DOI: 10.5935/0103-507X.20210050

Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos

Patients' perception of medical communication and their needs during the stay in the intensive care unit

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de pacientes sobre a comunicação médica, bem como suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos.

Métodos: Estudo transversal descritivo e qualitativo exploratório, com 103 pacientes internados ou com alta recente da unidade de cuidados intensivos de quatro hospitais da Grande Florianópolis (SC). Foram estudadas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, sua nota para qualidade da comunicação médica pelo *Quality of Communication Questionnaire*, seus comentários espontâneos com reflexões ou justificativas para as notas dadas e suas respostas sobre como se sentiam e que ajuda complementar gostariam de receber. Os dados quantitativos foram analisados com estatística descritiva e analítica e os qualitativos com análise de conteúdo temática.

Resultados: A média do *Quality of Communication Questionnaire* foi 5,1 (desvio-padrão - DP = 1,3), sendo 8,6 (DP = 1,3) na subescala de comunicação geral e 2,1 (DP = 1,8) na

de terminalidade de vida. A linguagem médica teve compreensão variável. Alguns médicos pareciam “apressados”, segundo alguns pacientes. Outros pacientes gostariam de informações mais frequentes e detalhadas e/ou serem respeitados e levados “mais a sério” quando referiam sentir dor. Ansiedade, tristeza e/ou medo estavam entre os sentimentos referidos. Outras necessidades abrangeram silêncio, mais tempo para visitas, presença de acompanhante, atenção psicológica e de serviço social, banheiro que pudessem usar e melhor qualidade da comida na unidade de cuidados intensivos.

Conclusão: A qualidade da comunicação médica com os pacientes é boa e poderia melhorar com maior disponibilidade de tempo do médico e da equipe para ela. Outras necessidades sentidas incluem respeito, alívio da dor e adaptações na dinâmica e no ambiente da unidade de cuidados intensivos.

Descritores: Cuidados críticos; Comunicação; Preferência do paciente; Satisfação do paciente; Conforto do paciente; Relações médico-paciente

INTRODUÇÃO

A internação em uma unidade de cuidados intensivos (UCI) pode ser uma experiência estressante para o paciente,⁽¹⁻³⁾ cuja lembrança pode afetar sua recuperação física e psicológica por tempo considerável após a alta.⁽⁴⁻⁹⁾

O ambiente e a dinâmica do cuidado na UCI,^(1-5,7-19) as condições de saúde e a comunicação com o médico e a equipe de saúde são alguns fatores que influenciam na experiência do paciente.^(5,7-19)



A comunicação é o processo pelo qual os seres humanos interagem e compartilham conhecimentos, pensamentos e sentimentos, com palavras (verbal) e sem palavras (não verbal), como, por exemplo, na forma de olhar e gesticular. Sua qualidade é essencial ao médico, propiciando a construção e a manutenção do vínculo com o paciente, um diagnóstico mais acurado e maior adesão ao tratamento. A comunicação deve se centrar nas relações tecidas a cada momento do encontro clínico com o paciente e pessoas envolvidas no seu cuidado, devendo incluir diversos elementos, como cordialidade, atenção, respeito, escuta qualificada de problemas, perspectivas, necessidades e expectativas do paciente, reconhecimento e resposta empática às emoções e linguagem clara ao compartilhar informações e pactuar o plano terapêutico.⁽²⁰⁾

Enquanto uma comunicação efetiva tende a ser terapêutica, gerar segurança e diminuir o trauma da internação,^(3,5,9,11-13,16,17,19) sua inadequação pode ocasionar ansiedade e estresse.⁽¹⁷⁾

Diversos motivos podem levar os profissionais de saúde que trabalham na UCI a deixar a comunicação com o paciente em segundo plano, às vezes, sem que eles se deem conta, podendo resultar em falhas na comunicação.^(2,5,7-9,14)

Avaliar a qualidade da comunicação médica com pacientes internados na UCI e compreender suas necessidades tornam-se fundamentais para promover a qualidade de seu cuidado de saúde.^(1,3,9,13,17)

O instrumento Quality of Communication Questionnaire (QoC)^(21,22) foi desenvolvido por Curtis et al. com pacientes com HIV, câncer ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em dependência de oxigênio contínuo, para avaliar a qualidade da comunicação médica com pacientes em terminalidade de vida.^(22,23) Por conter uma subescala de comunicação geral, o QoC tem sido utilizado também entre pacientes que não estão em terminalidade de vida.

Com permissão dos autores, o QoC foi traduzido e adaptado para o Brasil para pacientes internados em UCI,⁽²⁴⁾ não obrigatoriamente em terminalidade de vida. Posteriormente, para sua validação (em andamento), a versão brasileira⁽²⁴⁾ foi aplicada a pacientes internados ou com alta recente da UCI e a pacientes em terminalidade de vida. Ao responderem ao QoC, os pacientes espontaneamente teciam reflexões ou comentários para justificar a nota atribuída a cada item, similar ao que Russell constatou em seu estudo na Austrália.⁽⁵⁾

Considerando-se a importância de valorizar os comentários dos pacientes ao darem as notas no QoC e seus depoimentos sobre suas necessidades durante a internação na UCI, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de pacientes sobre a comunicação médica, bem como suas necessidades durante internação na UCI.

MÉTODOS

Este estudo foi transversal, descritivo e qualitativo exploratório, fazendo parte de um projeto maior para validação do QoC, em andamento, aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número 77721917.8.3003.5355.

População e local do estudo

No presente estudo, foram incluídos apenas os pacientes internados em UCI ou na enfermaria após alta recente da UCI, em quatro hospitais públicos da Grande Florianópolis, apesar do projeto de validação do QoC incluir também pacientes em terminalidade de vida internados nestes hospitais e seus familiares.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos, estar acordado e lúcido, com nível de consciência adequado para ser entrevistado, não ter problemas que pudessem interferir na comunicação e estar internado há mais de 24 horas.

A seleção foi por conveniência, sendo convidados para participar do estudo pacientes que estavam internados no momento da visita do pesquisador, realizada diariamente em dias úteis.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevista presencial com o paciente por um pesquisador previamente treinado. Após explicar os objetivos do estudo, a forma da coleta de dados e todos os preceitos éticos, os elegíveis foram convidados a participar. Aqueles que concordavam recebiam duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para leitura e assinatura, ficando com uma delas.

A coleta foi realizada com questionário estruturado contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e estado civil), causa da internação na UCI, QoC e duas questões abertas: “Como o(a) senhor(a) está se sentindo?” e “Que tipo de ajuda complementar o(a) senhor(a) gostaria de receber?”.

O QoC é composto de 13 itens. Os seis primeiros compõem a subescala 1 e são relativos à comunicação geral, e os sete últimos compõem a subescala 2 e são relativos à comunicação em terminalidade de vida.⁽²²⁾ Os itens são respondidos em uma escala de zero (“o pior que poderia imaginar”) a dez pontos (“o melhor que poderia imaginar”). Há duas opções alternativas: “não fez”, pontuada como zero, e “não sei”, pontuada com a mediana das notas atribuídas pelo paciente nos outros itens. O escore do QoC é calculado pela média de seus 13 itens, o da subescala 1 pela média dos itens 1 a 6 e o da subescala 2, pela média dos itens 7 a 13.⁽²²⁾

Após ler o enunciado do QoC, o entrevistador lia cada item. Quando necessário, o enunciado era lido novamente, ressaltando-se que a nota era para a comunicação médica. As notas e os comentários espontâneos dos entrevistados para justificá-las, ou com reflexões sobre outros aspectos da comunicação, inclusive com a equipe, bem como as respostas às questões abertas, foram registrados por escrito.

Análise de dados

O software utilizado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0. Para análise de dados, usaram-se estatística descritiva, teste t de Student para variáveis contínuas e teste do qui-quadrado (χ^2) para categóricas, para analisar diferenças entre dois grupos, e análise de variância bidirecional entre grupos (two-way between-groups Anova) para analisar o impacto de escolaridade, sexo e estado civil nos escores do QoC. A hipótese nula foi rejeitada quando $p < 0,05$. Os graus de liberdade foram apresentados entre parênteses, logo após a indicação do teste realizado.

Foi realizada análise de conteúdo para os dados qualitativos, composta por leitura flutuante para familiarização com os dados inicialmente, seguida por identificação de unidades de significado, de unidades de contexto e de categorias.⁽²⁵⁾

RESULTADOS

Perfil dos pacientes

Entre 103 pacientes que participaram deste estudo, 76 estavam na UCI (73,8%) e 27 na enfermaria após alta recente da UCI (26,2%), ($\chi^2 (1) = 23,31, p = 0,000$); 48 eram mulheres (46,6%) e 55 homens (53,4%), ($\chi^2 (1) = 0,48, p = 0,49$). Treze eram solteiros (12,6%), 80 eram casados ou estavam em união estável (77,7%), oito eram viúvos (7,8%) e dois eram divorciados (1,9%), ($\chi^2 (3) = 154,75, p = 0,000$). Tinham ensino fundamental incompleto 49 (47,6%) e 22 completo (21,4%), seis tinham ensino médio incompleto (5,8%) e 18 completo (17,5%), quatro tinham ensino superior incompleto (3,9%) e quatro completo (3,9%), ($\chi^2 (5) = 87,89, p = 0,000$). A média de idade foi de 51,8 anos (desvio padrão - DP = 14,7), sem diferença por sexo, com teste t de Student (101) = 1,59, $p = 0,11$.

Na tabela 1, são apresentadas as causas de internação dos pacientes na UCI.

Tabela 1 - Causa de internação na unidade de cuidados intensivos

Origem e causa de internação na UCI	n (%)
Cardiovascular (n = 31)	
Revascularização do miocárdio/ponte safena	7 (6,8)
Cateterismo	4 (3,9)
Tromboembolismo pulmonar	3 (2,9)
Angioplastia	3 (2,9)
Insuficiência cardíaca	2 (1,9)
Infarto agudo do miocárdio	2 (1,9)
Trombose	2 (1,9)
Implante ou troca de válvula aórtica	2 (1,9)
Outra*	6 (5,8)
Respiratória ou torácica não cardiovascular (n = 25)	
Doença pulmonar obstrutiva crônica/enfisema pulmonar	5 (4,8)
Pneumonia	7 (6,8)
Tuberculose	3 (2,9)
Insuficiência respiratória	4 (3,9)
Biópsia ou ressecção pulmonar parcial a total	6 (5,8)
Gastrintestinal/abdominal (n = 13)	
Hemorragia digestiva alta	2 (1,9)
Cirrose hepática	2 (1,9)
Gastrectomia parcial	3 (2,9)
Enterectomia parcial	3 (2,9)
Outra†	3 (2,9)
Neurológica (n = 11)	
Acidente vascular cerebral	5 (4,8)
Traumatismo craniocéfálico	2 (1,9)
Craniotomia	2 (1,9)
Outra‡	2 (1,9)
Renal (n = 6)	
Insuficiência renal crônica	2 (1,9)
Pielonefrite	2 (1,9)
Outra§	2 (1,9)
Outra origem (n = 17)	
Sepsis	6 (5,8)
Politraumatismo	2 (1,9)
Intoxicação exógena	2 (1,9)
Leptospirose	2 (1,9)
Outra¶	5 (4,8);
Total	103 (99,2)

* Angina instável, ressecção de tumor intracardiaco, implante de cardioversor-desfibrilador, arritmia cardíaca, endocardite infecciosa e endoprótese aórtica (1 cada); †transplante de fígado, hepatectomia, laparotomia (1 cada); ‡ crise convulsiva aguda e trauma raquimedular (1 cada); § insuficiência renal aguda, nefrectomia (1 cada); ¶ síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Hellp (hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas), implante de prótese (não especificado), fratura cervical e fixação de pelve e fêmur (1 cada); | | a porcentagem total não é igual a 100% devido ao arredondamento para uma casa decimal. Dois pacientes tinham insuficiência renal crônica e 5 tinham doença pulmonar obstrutiva crônica dependente de oxigênio, considerados pelos autores do *Quality of Communication Questionnaire* como em terminalidade de vida por doença crônica.^(21,22)

Qualidade da comunicação médica

A tabela 2 exhibe as médias das notas em cada item do QoC, bem como o escore total e nas subescalas do QoC.

A média do QoC entre mulheres foi de 5,1 (DP = 1,2) e, entre homens, de 5,1 (DP = 1,4), $t(101) = -0,1$, $p = 0,91$. Na subescala de comunicação geral, a média entre mulheres foi de 8,7 (DP = 1,2) e, entre homens, de 8,5 (DP = 1,4), $t(101) = -0,76$, $p = 0,45$. Na subescala de terminalidade de vida, a média entre mulheres foi de 2,1 (DP = 1,8) e, entre homens, de 2,2 (DP = 1,9), $t(101) = -0,34$, $p = 0,73$.

A figura 1 mostra o escore no QoC e em suas subescalas por nível de escolaridade e estado civil.

Percepção dos pacientes sobre a comunicação, sua experiência e suas necessidades

Na análise dos dados qualitativos, emergiram categorias que são apresentadas na figura 2, com suas unidades e subunidades de contexto e unidades de significado.

Compartilhamento de informações

A tabela 3 exhibe depoimentos ilustrativos dos pacientes nessa categoria, os quais incluíram sua percepção sobre a qualidade da comunicação verbal, as explicações/

informações fornecidas e questionadas pelos médicos e pela equipe de saúde e as informações que gostariam de receber (Tabela 3).

Alguns pacientes tiveram participação nas tomadas de decisão, quando o médico deixava claro os passos seguintes do cuidado e dava oportunidades para eles fazerem perguntas, para pactuarem as decisões. Para outros pacientes, as informações eram repassadas apenas para a família, apesar de sua vontade de saber mais. Alguns não quiseram participar desse processo.

Percepção sobre os cuidados prestados na unidade de cuidados intensivos

A satisfação dos pacientes com o cuidado recebido foi expressa com comentários como “não tinha ideia de que o hospital fosse tão bom, apesar de ser do Sistema Único de Saúde (SUS)”. As qualidades dos médicos foram ressaltadas com termos como: eles foram “queridos”, “atenciosos”, “solidários”, “comprometidos”, “cuidadosos”; “se importavam com os sentimentos”. Um paciente reportou que um médico sempre perguntava se ela estava bem, e dizia para ela “não ficar triste... que já estava acabando”. Alguns, porém, mencionaram que isso era variável, pois certos médicos não os escutavam, parecendo “apressados”. Os profissionais da equipe de saúde também foram citados e considerados “amáveis” e “atenciosos”.

Tabela 2 - Notas dadas pelos pacientes para cada item do *Quality of Communication Questionnaire* e escore resultante no questionário e em suas subescalas

Respostas ao enunciado do QoC: “Em geral, como o(a) senhor(a) classifica a comunicação do médico em”*	Média (DP)	Mediana (P ₂₅₋₇₅)
1. Usar palavras que senhor(a) consiga compreender	8,1 (2,1)	8,0 (7,0 - 10,0)
2. Olhar em seus olhos	9,0 (1,3)	10,0 (8,0 - 10,0)
3. Responder todas as dúvidas sobre sua doença	8,1 (2,2)	8,0 (7,0 - 10,0)
4. Ouvir o que senhor(a) tem a dizer	8,5 (1,8)	9,0 (7,0 - 10,0)
5. Preocupar-se com senhor(a) como pessoa	9,1 (1,9)	10,0 (9,0 - 10,0)
6. Dar atenção plena a(o) senhor(a)	8,8 (1,6)	10,0 (8,0 - 10,0)
7. Falar sobre seus sentimentos se acaso senhor(a) piorar	1,2 (3,1)	0,0 (0,0 - 0,0)
8. Dar detalhes da sua condição se acaso senhor(a) piorar	5,1 (4,2)	7,0 (0,0 - 9,0)
9. Falar sobre como pode ser o morrer	1,3 (3,3)	0,0 (0,0 - 0,0)
10. Falar sobre quanto tempo senhor(a) tem de vida	2,1 (4,0)	0,0 (0,0 - 0,0)
11. Envolver senhor(a) nas discussões do tratamento para o seu cuidado	1,6 (3,5)	0,0 (0,0 - 0,0)
12. Perguntar sobre coisas importantes na sua vida	2,0 (3,7)	0,0 (0,0 - 0,0)
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais, religiosas	1,7 (3,7)	0,0 (0,0 - 0,0)
Escore total	5,1 (1,3)	5,1 (4,3 - 5,8)
Escore na subescala de comunicação geral (itens 1 a 6)	8,6 (1,3)	8,8 (7,8 - 9,7)
Escore na subescala de comunicação em terminalidade de vida (itens 7 a 13)	2,1 (1,8)	1,4 (1,0 - 2,9)

QoC - *Quality of Communication Questionnaire*; DP - desvio-padrão; P₂₅₋₇₅ - percentil 25 e 75. *Os itens do *Quality of Communication Questionnaire* são respondidos em escala de zero (“o pior que poderia imaginar”) a 10 (“o melhor que poderia imaginar”). Há duas opções alternativas de resposta: “não fez” (substituída por zero no banco de dados) e “não sabe” (substituída pela mediana das notas do participante nos outros itens). (21,22) Todos os participantes responderam os itens 1, 2, 4 e 6; 1 participante respondeu “não fez” no item 3; 5 responderam “não sei” no item 5, e 2 destes responderam “não sei” também no item 12; 87 responderam “não fez” no item 7; 33 no 8; 70 no 9; 89 no 10; 86 no 11; 77 no 12; e 81 no 13. Nenhum participante deu nota zero ao médico em nenhum dos itens, sendo os zeros resultantes da substituição da resposta “não fez”.

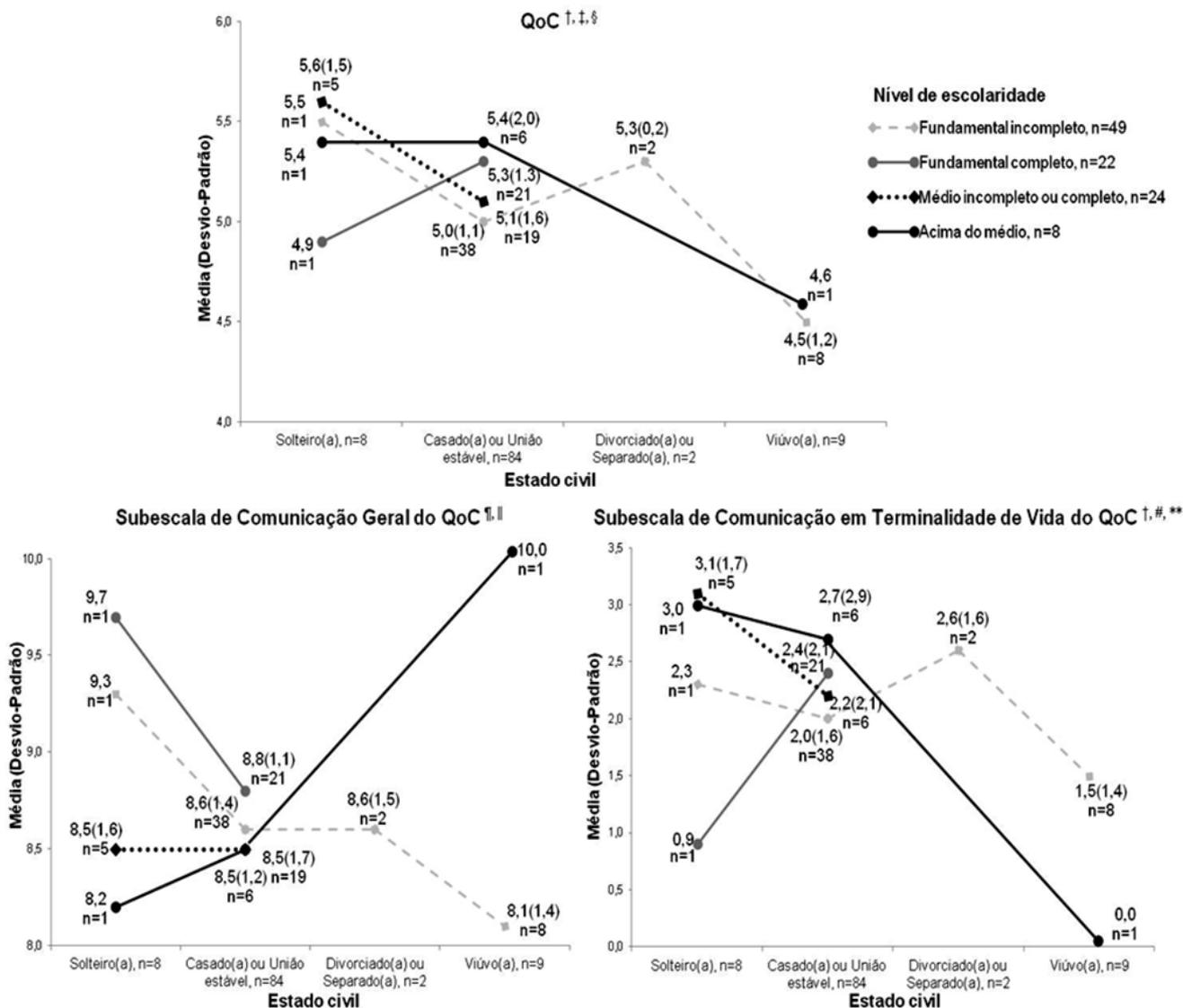


Figura 1 - Média dos escores do Quality of Communication Questionnaire* e de suas subescalas entre 103 pacientes que estavam ou tinham estado recentemente internados na unidade de cuidados intensivos, por estado civil e nível de escolaridade.

QoC - Quality of Communication Questionnaire. *Os itens do Quality of Communication Questionnaire são respondidos em escala de zero ("o pior que poderia imaginar") a 10 ("o melhor que poderia imaginar"). Há duas opções alternativas de resposta: "não fez" (substituída por zero) e "não sei" (substituída pela mediana das notas nos outros itens); (21,22) † todos os participantes responderam os itens 1, 2, 4 e 6; 1 participante respondeu "não fez" no item 3; 5 responderam "não sei" no item 5, e 2 destes responderam "não sei" também no item 12; 87 responderam "não fez" no item 7; 33 no 8; 70 no 9; 89 no 10; 86 no 11; 77 no 12; e 81 no 13. Nenhum participante deu nota zero ao médico em nenhum dos itens, sendo os zeros resultantes da substituição da resposta "não fez"; ‡ média do QoC por estado civil - solteiro(a): 5,5 (DP = 1,2), casado(a)/união estável: 5,1 (DP = 1,3), divorciado(a)/separado(a): 5,3 (DP = 0,2), viúvo(a): 4,5 (DP = 1,1); e por nível de escolaridade - fundamental incompleto: 5,0 (DP = 1,1), fundamental completo: 5,3 (SD = 1,3), médio incompleto ou completo: 5,2 (DP = 1,5), acima do médio: 5,3 (DP = 1,7); § análise de variância bidirecional entre grupos - interação entre estado civil e nível de escolaridade: F(4, 103) = 0,11, p = 0,98; efeito principal para estado civil: F(3, 103) = 0,30, p = 0,82; efeito principal para nível de escolaridade: F(3, 103) = 0,29, p = 0,99; || média da subescala de comunicação geral do QoC por estado civil - solteiro(a): 8,7 (DP = 1,3), casado(a)/união estável: 8,6 (DP = 1,4), divorciado(a)/separado(a): 8,6 (DP = 1,5), viúvo(a): 8,3 (DP = 1,4); e por nível de escolaridade - fundamental incompleto: 8,5 (DP = 1,4), fundamental completo: 8,8 (DP = 1,1), médio incompleto ou completo: 8,5 (DP = 1,6), acima do médio: 8,6 (DP = 1,2); || análise de variância bidirecional entre grupos - interação entre estado civil e escolaridade: F(4, 103) = 0,57, p = 0,68; efeito principal para estado civil: F(3, 103) = 0,24, p = 0,87; efeito principal para nível de escolaridade: F(3, 103) = 0,29, p = 0,83; # média da subescala de comunicação em terminalidade de vida do QoC: por estado civil - solteiro(a): 2,7 (DP = 1,5), casado(a)/união estável: 2,2 (DP = 1,9), divorciado(a)/separado(a): 2,6 (DP = 1,6), viúvo(a): 1,3 (DP = 1,4); e por nível de escolaridade - fundamental incompleto: 1,9 (DP = 1,5), fundamental completo: 2,3 (DP = 2,0), médio incompleto ou completo: 2,4 (DP = 2,0), acima do médio: 2,4 (DP = 2,6); ** análise de variância bidirecional entre grupos - interação entre estado civil e escolaridade: F(4, 103) = 0,589, p = 0,672; efeito principal para estado civil: F(3, 103) = 0,89, p = 0,45; efeito principal para nível de escolaridade: F(3, 103) = 0,29, p = 0,83.

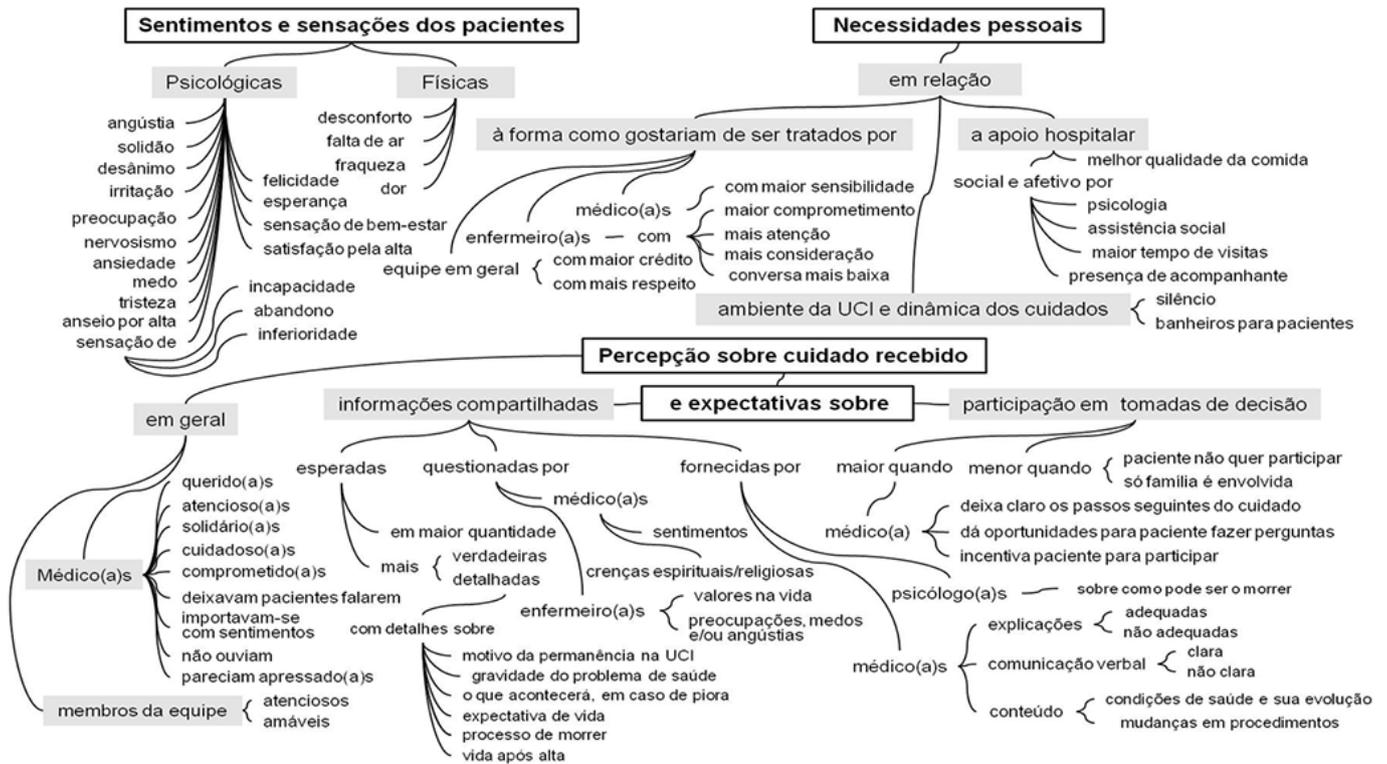


Figura 2 - Categorias emergentes dos depoimentos de pacientes que estavam ou tinham estado recentemente internados na unidade de cuidados intensivos e suas unidades de contexto, subunidades de contexto e unidades de significado.

UCI - unidade de cuidados intensivos.

Experiências vivenciadas pelos pacientes

As experiências vivenciadas muitas vezes associavam aspectos físicos, como fraqueza, dor, falta de ar e desconforto, com aspectos emocionais negativos, como medo, preocupação, angústia, ansiedade, nervosismo, irritação, tristeza, sensação de incapacidade, desânimo, sensação de abandono, solidão e sentimento de inferioridade. Foram reportados também aspectos emocionais positivos como esperança, sentimento de “estar bem”, felicidade e satisfação com a alta da UCI.

Necessidades dos pacientes

Diversas necessidades foram reportadas. Uma delas foi sobre a forma como (os pacientes) gostariam de ser tratados, com maior sensibilidade do médico, consideração, atenção e comprometimento pela enfermagem e respeito e crédito pela equipe de saúde, como ilustrado a seguir: “queria que confiassem em minha palavra quando digo que sinto dor ou algum desconforto”.

Foi sentida a necessidade de apoio social e afetivo, com maior frequência e duração das visitas e presença de acompanhante na UCI. Outro apoio referido como

necessário foi o da psicologia para a saúde mental e da assistência social para providências relativas ao trabalho e à aposentadoria. A necessidade de melhoria nos serviços de apoio também foi referida, com manifestação do desejo por melhor qualidade da comida ofertada.

Várias necessidades dos pacientes eram concernentes ao ambiente e à dinâmica da UCI. Um banheiro para pacientes foi uma delas, pois, em suas palavras, é “desconfortável usar fralda, quando se tem condições de ir ao banheiro sozinho [...] dá uma sensação de incapacidade”. Outra necessidade frequentemente mencionada foi a de silêncio, pois, além dos ruídos de aparelhos da UCI, certos membros da equipe faziam muito barulho, impedindo-os de dormir e passando-lhes a sensação de não se importarem com eles, como ilustrado a seguir:

“Se pudessem falar mais baixo... não consigo dormir! O pessoal fala e ri muito alto. Às vezes, acho que não têm consideração dos enfermeiros.”
 “Gostaria que o ambiente fosse mais silencioso, pelo menos à noite... que não consigo dormir... muita risada alta. E de dia é pior ainda! Então, não consigo dormir, nem de noite, nem de dia.”

Tabela 3 - Depoimentos ilustrativos de pacientes que estavam ou tinham estado recentemente internados em unidade de cuidados intensivos sobre o compartilhamento de informações

1. Compartilhamento de informações*	Depoimentos ilustrativos
1.1. Características da informação:	
1.1.1. Fornecida	
1.1.1.1. Qualidade da linguagem verbal	
1.1.1.1.1. Clara	"Ele falava a língua da gente"
1.1.1.1.2. Não clara	"Parecem falar em códigos"
1.1.1.2. Qualidade da informação	
1.1.1.2.1. Adequada	"Mesmo sem perguntar, ele (o médico) já responde"
1.1.1.2.2. Não adequada	"Acho que nem eles sabem direito"
"Eles dizem: - 'Tem que esperar para saber'"	
1.1.1.3. Conteúdo da informação	
1.1.1.3.1. Condição de saúde e evolução (médico)	"[...] que se parar o tratamento vou ter sérios problemas pulmonares"
1.1.1.3.2. Procedimentos (médico)	"[...] Falou que se não resolver só (com o) cateter, vai ser necessário fazer ponte safena"
1.1.1.3.3. Processo de morrer (psicóloga)	"Falou sobre como poderia ser o morrer"
1.1.2. Questionada	
1.1.2.1. Sentimentos	
1.1.2.1.1. Medo, preocupações e angústias	"Perguntou se eu teria medo de ter que fazer uma nova cirurgia"
1.1.2.2. Crenças	
1.1.2.2. 1. Crenças religiosas e espiritualidade	"Só um médico perguntou... (sobre crenças religiosas e espiritualidade)"
"Só (me perguntaram) na admissão antes da cirurgia"	
1.1.2.3. Valores na vida	
1.1.2.3. Coisas importantes na vida cotidiana	"Só a enfermeira me perguntou... (sobre coisas importantes na vida)"
1.1.3. Desejada	
1.1.3.1. De forma geral	
1.1.3.1.1. Em maior quantidade e frequência	"(Queria) mais informação [...] por parte dos médicos, para não precisar perguntar para as enfermeiras"
1.1.3.1.2. Mais verdadeira e detalhada	"Informações mais verdadeiras... Às vezes, acho que tem algo mais grave"
1.1.3.1.3. Motivo da permanência na UCI	"Não sei o motivo de tanto tempo na UCI [...] não acho que justifica tanto tempo"
1.1.3.1.4. Gravidade do problema e possibilidade de morte	"Queria saber se era grave ou não [...] se vou morrer ou não"
1.1.3.2. Detalhes sobre	
1.1.3.2.1. O que aconteceria em caso de piora	"Nossa, como eu queria saber... (detalhes da minha condição se acaso eu piorar)"
1.1.3.2.2. Expectativa de vida	"Sei que não tem cura, mas queria ao menos um número"
1.1.3.2.3. Vida após a alta	"Se, quando chegar em casa, vou poder subir escadas ou se [...] vai precisar adaptar a casa [...]"
1.1.3.2.4. O processo de morrer	"Queria muito saber o sofrimento antes de morrer, como vai ser..."

UCI - unidade de cuidado intensivo.*As categorias estão em negrito, as unidades de contexto em negrito itálico, as subunidades de contexto em itálico e as unidades de significado em fonte normal.

DISCUSSÃO

O escore médio de comunicação geral do médico foi alto e, nos depoimentos dos pacientes, podem-se compreender aspectos que contribuíram para isso, como a linguagem clara e atitudes que demonstravam atenção, afeto e comprometimento dos médicos e da equipe. Essas características também são mencionadas em outros estudos.^(1,3,10,11,17)

O escore na subescala 2, de comunicação em terminalidade de vida, foi baixo, diminuindo consequentemente o escore

total do QoC. Isso ocorreu porque apenas sete dos 103 pacientes estavam em terminalidade de vida por doença crônica e, também, porque a resposta "não fez" nos itens dessa subescala foi extremamente frequente. Como a resposta "não fez" é substituída pela nota zero, isso gera bastante preocupação quanto à validade desses itens, pois uma nota zero para a resposta "não fez" difere muito de uma nota zero atribuída pelo paciente para a comunicação em um dado item. Portanto, apenas a subescala 1, de comunicação geral, do QoC parece ser apropriada para os pacientes estudados.

Não houve diferença nos escores do QoC ou suas subescalas por sexo, nível de escolaridade ou estado civil. Esses resultados são similares aos de outros estudos em relação ao sexo.^(19,26-29) Em relação ao nível de escolaridade, há estudos com resultados semelhantes,^(19,26,30) e outros que sugerem que quanto maior ele for, menor é a dificuldade e maior é a satisfação com a comunicação.^(28,29,31,32) Quanto ao estado civil, em alguns estudos, pacientes não casados apresentaram escores mais baixos na percepção ou qualidade da comunicação.^(29,30)

Em relação às informações compartilhadas, enquanto alguns pacientes estavam satisfeitos com as informações recebidas sobre procedimentos e planos terapêuticos, outros as consideraram insuficientes, similar ao constatado por Santiago de Castro e Vargas Rosero, na Colômbia.⁽³⁾

Foram relatados também, por alguns pacientes do presente estudo, o fornecimento apropriado de informações sobre a doença e o tratamento, a realização de perguntas sobre seus sentimentos, suas preocupações, coisas importantes em sua vida e suas crenças espirituais e religiosas.

Diversos estudos sugerem que a equipe de saúde forneça aos pacientes internados na UCI informações frequentes sobre pessoas, tempo e ambiente ao redor; conversem sobre a vida cotidiana, para auxiliá-los a manter contato com a realidade, fortalecer seu desejo de retornar à vida normal e aumentar sua esperança,^(1,2,4,10,11,18) e abordem a espiritualidade, que é fonte de esperança e segurança.^(3,4)

Mesmo entre pacientes que teceram elogios à equipe, foram apontados aspectos que poderiam melhorar. Esses incluíram menos pressa e maior disponibilização de tempo para esclarecer suas dúvidas sobre quadro clínico, tratamento e prognóstico, com fornecimento de informações em maior quantidade, mais frequentemente e com mais detalhes e sinceridade.

Um estudo na Suécia também constatou que alguns pacientes internados na UCI achavam certos membros da equipe “mais interessados em resolver seu próprio horário de trabalho do que em cuidar dos pacientes”, e, apesar de considerarem claras as informações fornecidas, eles não as achavam suficientes, pois queriam saber mais sobre os motivos para internação/permanência na UCI e exames realizados.⁽¹¹⁾ Outros estudos também apontam a insuficiência no fornecimento de informações,^(1-5,7-9,11,12,14,17) e, em um deles, alguns pacientes referiram não entender as informações fornecidas, o que gerava neles ansiedade e desespero.⁽⁴⁾

Quanto à participação dos pacientes deste estudo em tomadas de decisão, enquanto alguns médicos os incentivaram a falar, expressar suas dúvidas e participar desse processo, deixando claros os próximos passos do cuidado, outros conversavam apenas com a família, independentemente do desejo do paciente.

Alguns pacientes, contudo, realmente não queriam participar desse processo.

Menos de metade dos pacientes, em estudo na Estônia⁽¹⁷⁾ e na Jordânia,⁽¹⁾ e um terço dos pacientes em estudo na Suécia⁽¹¹⁾ consideravam que não tinham controle nas decisões sobre seu cuidado ou que sua opinião fosse importante. Isso se justifica porque, quando internados em UCIs, os pacientes acreditam que decisões clínicas importantes devem ser de responsabilidade dos profissionais que cuidam de sua saúde.^(1,5,17) Wählin et al., com base em seu estudo, afirmam que, apesar de decisões importantes sobre questões técnicas geralmente serem delegadas aos profissionais de saúde, tomar decisões sobre aspectos do cuidado cotidiano, como horário da higiene pessoal, pode ser valioso para os pacientes e deveria ser encorajado.⁽⁴⁾

Quanto ao que os pacientes sentiram, os achados deste estudo vão ao encontro de outros estudos com pacientes internados na UCI, entre eles dor e desconforto,^(1-6,8-15,17-19) solidão,^(3,5,9-11,13,15-18) ansiedade^(2-4,6,8-11,13,14,17-19) e medo.^(1,3,5,8,9,13,15-19) Alasad et al. levantam a preocupação sobre a possibilidade de controle insuficiente da dor nos pacientes em UCI.⁽¹⁾ Faria et al., entretanto, destacam que a gestão de medidas para alívio da dor é a que mais aparece em estudos que revisaram.⁽⁹⁾

Sentimentos positivos, como bem-estar, esperança, felicidade e satisfação pela alta da UCI ou sua proximidade também foram encontrados no estudo colombiano de Santiago de Castro.⁽³⁾

Diversas necessidades foram mencionadas pelos pacientes, como maior comprometimento, sensibilidade, consideração e atenção de alguns membros da equipe, e maior respeito e crédito quando referiam sentir dor ou desconforto.

O descrédito, por certos membros da equipe de saúde, quando referiam dor ou dificuldade para respirar, também foi apontado pelos pacientes internados em UCI em estudo de Wählin et al., apesar de também ter sido mencionado que alguns profissionais demonstravam envolvimento, encorajamento e preocupação com seu conforto.⁽¹¹⁾

Outra necessidade reportada neste estudo foi a de apoio social e afetivo, também expressa em diversos estudos que ressaltam a importância da maior frequência e duração das visitas e da presença de um acompanhante.^(1,3,5,7-11,13,15-18) Estes são consideradas fatores protetores para o paciente, porque aumentam sua conexão com o mundo “real” em um cenário no qual um dos sentimentos mais frequentemente citados é a desconexão com a realidade, geram maior segurança, facilitam a ressignificação da vida, proporcionam força interior, ajudam a fortalecer o espírito de vida,^(1,3-6,8,10,11,15,17,18) facilitam a compreensão do paciente sobre as informações fornecidas pela equipe

e ajudam a equipe a conhecer melhor a história, as necessidades e as perspectivas do paciente.⁽¹⁷⁾

Os pacientes também referiram a necessidade de apoio por membros da equipe multiprofissional. Entre eles, os psicólogos, para preservação ou tratamento de sua saúde mental; os assistentes sociais, para auxiliá-los em providências sobre questões como trabalho e aposentadoria, e o serviço da nutrição, para oferta de comida com melhor qualidade. Carrese et al. fizeram observação direta em duas UCIs norte-americanas e também pontuaram, entre outras, a necessidade de melhor qualidade da comida ofertada.⁽¹²⁾

Foi mencionada a necessidade de banheiro para pacientes na UCI, sobretudo entre os que tinham condições de o utilizarem sozinhos. Por sua ausência, eles eram obrigados a usar fraldas, sentindo-se desconfortáveis e incapazes. Outros estudos também constataram o desconforto dos pacientes devido à inexistência de banheiros, não só por terem que realizar suas necessidades fisiológicas na fralda ou em implementos até então desconhecidos (como a “comadre” e o “papagaio”), mas também por sentirem sua privacidade violada, ao exporem seus órgãos íntimos a pessoas desconhecidas. Além disso, frequentemente, na UCI, os banhos têm que ser realizados no leito, com exposição ainda maior do corpo, eventualmente também a pacientes em leitos vizinhos, o que piora o desconforto.^(1-3,5,8-10,12-15,17) Aro et al. sugerem que, para conferir alguma privacidade, os pacientes sejam, ao menos, separados dos demais com biombos durante esses procedimentos.⁽¹⁷⁾

A necessidade de silêncio foi destacada, pois, enquanto os ruídos dos equipamentos da UCI eram inevitáveis, outras fontes de barulho poderiam ser evitadas, principalmente conversas em tom alto e risadas dos profissionais da equipe, que, além de impedir seu sono e descanso, eram sentidas como um desrespeito. O barulho tem sido apontado em outros estudos, sendo proveniente de alarmes, telefones, aparelhos de monitoramento ou da conversação entre profissionais da equipe de saúde.^(1,3,5,8,10-15,17,18) Em estudo com 45 pacientes internados em UCI na Colômbia, ele foi referido por 80% deles,⁽¹⁰⁾ e, em outro estudo, o ambiente da UCI foi descrito como “uma zona de guerra, só que com doentes”.⁽⁵⁾

Ainda que não mencionados no presente estudo, outros aspectos que prejudicam o descanso dos pacientes incluem a claridade causada por lâmpadas acesas à noite⁽¹¹⁾ e a temperatura ambiente da UCI. Segundo Carrese et al., a adequação do ambiente físico é determinante para um tratamento ético, digno e respeitoso para os pacientes.⁽¹²⁾

Neste estudo, portanto, pode-se verificar que os depoimentos espontâneos dos pacientes podem complementar suas avaliações quantitativas sobre a qualidade da comunicação médica, que recebeu boas notas, indicando, porém, que há aspectos importantes a serem melhorados para promover a qualidade de seu cuidado, apresentando suas necessidades relativas à comunicação e outras para além desta.

Limitações

As limitações deste estudo foram a seleção dos pacientes por conveniência e o fato de que nem todos eles fizeram comentários espontâneos para os itens do QoC. Entretanto, por aparecerem de forma espontânea, os depoimentos agregaram valiosas informações, possibilitando maior compreensão sobre o processo de comunicação do médico e de outros membros da equipe de saúde com o paciente nas UCIs.

CONCLUSÃO

A comunicação geral do médico, avaliada pela subescala 1 do Quality of Communication questionnaire, foi boa. A subescala de comunicação em terminalidade de vida não foi considerada válida, porque a maioria dos pacientes respondeu “não fez” (substituído por zero) em seus itens, não propiciando a avaliação de uma nota atribuída, e porque apenas sete deles estavam em terminalidade de vida.

Clareza na linguagem, oportunidades para fazerem perguntas e elucidarem suas dúvidas, compartilhamento de informações de forma detalhada e sincera e abordagem de questões emocionais e espirituais foram aspectos valorizados pelos pacientes na comunicação médica.

O cuidado recebido na unidade de cuidados intensivos superou as expectativas de alguns pacientes, mas outros não se sentiram ouvidos ou acharam que alguns profissionais da equipe pareciam apressados ou não se importavam com eles, sendo referida a necessidade de maior comprometimento, atenção, sensibilidade, respeito e crédito quanto ao que falavam e sentiam, por certos membros da equipe.

Outras necessidades abrangeram maior frequência e duração das visitas, presença de acompanhante, apoio por profissionais da equipe multidisciplinar, melhor qualidade da comida ofertada, silêncio para descanso e como forma de respeito e banheiros que pudessem usar, para maior conforto e privacidade.

Espera-se que os conhecimentos gerados possam servir como subsídio para a promoção do cuidado ao paciente nas unidades de cuidados intensivos centrado nas relações e no respeito à dignidade humana.

AGRADECIMENTOS

Pelo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES); ao Prof. Dr.

Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho; à Universidade Federal de Santa Catarina; à Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina e aos hospitais e pacientes participantes deste estudo.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of patients about medical communication as well as their needs during hospitalization in the intensive care unit.

Methods: This study was cross-sectional descriptive and qualitative exploratory including 103 patients admitted to or recently discharged from the intensive care units of four hospitals in Greater Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil. The patients' sociodemographic and clinical variables were studied, as were the score they gave to the quality of medical communication through the Quality of Communication Questionnaire and their spontaneous comments with reflections or justifications for the scores given, and their responses on how they felt and what complementary help they would have liked to receive. The quantitative data were analyzed by descriptive and analytical statistics, and the qualitative data were analyzed by thematic content analysis.

Results: The mean Quality of Communication Questionnaire score was 5.1 (standard deviation - SD = 1.3),

with 8.6 (SD = 1.3) on the general communication subscale and 2.1 (SD = 1.8) on the end-of-life communication subscale. The patients had a variable understanding of medical language. Some physicians seemed to be "rushed", according to some patients. Other patients would like to receive more frequent and detailed information and/or be respected and taken "more seriously" when they reported pain. Anxiety, sadness, and fear were among the reported feelings. Other needs included silence, more time for visits, the presence of a companion, psychological and social-work care, a bathroom that they could use, and better food in the intensive care unit.

Conclusion: The quality of medical communication with patients is good but could improve if physicians and the healthcare team had more time for patients. Other felt needs included respect, pain relief, and adjustments in the intensive care unit dynamics and environment.

Keywords: Critical care; Communication; Patient preference; Patient satisfaction; Patient comfort; Physician-patient relations

REFERÊNCIAS

- Alasad JA, Abu Tabar N, Ahmad MM. Patients' experience of being in intensive care units. *J Crit Care*. 2015;30(4):859.e7-e11.
- Aboumatar H, Forbes L, Branyon E, Carrese J, Geller G, Beach MC, et al. Understanding treatment with respect and dignity in the intensive care unit. *Narrat Inq Bioeth*. 2015;5(1A):55A-67A.
- Santiago de Castro E, Vargas Rosero E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Av Enferm*. 2015;33(3):381-90.
- Wählin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(6):370-7.
- Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1999;29(4):783-91.
- Teixeira C, Rosa RG. Post-intensive care outpatient clinic: is it feasible and effective? A literature review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(1):98-111.
- Brown SM, Azoulay E, Benoit D, Butler TP, Folcarelli P, Geller G, et al. The practice of respect in the ICU. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;197(11):1389-95.
- González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm Glob*. 2016;16(45):266-94.
- Faria JM, Pontífice-Sousa P, Gomes MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enferm Glob*. 2018;(50):490-502.
- Ruiz Góngora MI, Díaz Heredia LP. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Av Enferm*. 2018;36(2):188-96.
- Wählin I, Samuelsson P, Ågren S. What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? - An empowerment questionnaire survey. *J Crit Care*. 2017;40:83-90.
- Carrese J, Forbes L, Branyon E, Aboumatar H, Geller G, Beach MC, et al. Observations of respect and dignity in the intensive care unit. *Narrat Inq Bioeth*. 2015;5(1A):43A-53A.
- Nural N, Alkan S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. *Holist Nurs Pract*. 2018;32(1):35-42.
- Yaman Aktas Y, Nagórská M, Karabulut N. Problems in critical care nurse-patient communication: examples of Poland and Turkey. *Acta Clin Croat*. 2017;56(3):437-45.
- Góis JA, Freitas KS, Kolcaba K, Mussi FC. Cross-cultural adaptation of the General Comfort Questionnaire to Brazilian patients with myocardial infarction. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2998-3005.
- Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(3):147-57.
- Aro I, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(13-14):1847-58.
- Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, Storli SL. The patient experience of intensive care: a meta-synthesis of Nordic studies. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(8):1354-61.

19. Momennasab M, Ardakani MS, Rad FD, Dokoohaki R, Dakhesh R, Jaber A. Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Invest Educ Enferm*. 2019;37(2):e02.
20. Chou C, Cooley L. *Communication Rx: transforming healthcare through relationship-centered communication*. New York: McGraw-Hill; 2017.
21. Curtis JR, Patrick DL. Barriers to communication about end-of-life care in AIDS patients. *J Gen Intern Med*. 1997;12(12):736-41.
22. Engelberg R, Downey L, Curtis JR. Psychometric characteristics of a quality of communication questionnaire assessing communication about end-of-life care. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1086-98.
23. Slatore CG, Cecere LM, Reinke LF, Ganzini L, Udris EM, Moss BR, et al. Patient-clinician communication: associations with important health outcomes among veterans with COPD. *Chest*. 2010;138(3):628-34.
24. Castanhel FD, Grosseman S. Quality of Communication Questionnaire for COPD patients receiving palliative care: translation and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2017;43(5):357-62.
25. Gomes R. Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa. In: Minayo MC, Deslandes SF, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28a. ed. Petropolis (RJ): Vozes; 2009. p. 79-106.
26. Martino CI, Rodrigues IT. Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(2):132-40.
27. Menzel LK. A comparison of patients' communication-related responses during intubation and after extubation. *Heart Lung*. 1997;26(5):363-71.
28. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo AV, Ticse R. [Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool]. *Medwave*. 2019;19(9):e7705. Spanish.
29. Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Associations between clinical and sociodemographic data and patterns of communication in pediatric oncology. *Psicol Reflex Crit*. 2016;29(1):15.
30. Slatore CG, Feemester LC, Au DH, Engelberg RA, Curtis JR, Uman J, et al. Which patient and clinician characteristics are associated with high-quality communication among veterans with chronic obstructive pulmonary disease? *J Health Commun*. 2014;19(8):907-21.
31. Liu JJ, Chou FH, Yeh SH. Basic needs and their predictors for intubated patients in surgical intensive care units. *Heart Lung*. 2009;38(3):208-16.
32. Moret L, Anthoine E, Pourreau A, Beaudeau F, Leclère B. Inpatient satisfaction with medical information received from caregivers: an observational study on the effect of social deprivation. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):769.