

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PPGCIS

BRUNA BORGES SANTOS

**A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E AS MULHERES
INTERNADAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA CIDADE DE MANAUS,
AMAZONAS**

MANAUS - AM

2023

BRUNA BORGES SANTOS

**A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E AS MULHERES
INTERNADAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA CIDADE DE MANAUS,
AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, oferecido pela Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: Avaliação das ações de saúde com ênfase nos aspectos humanísticos, bioéticos e de qualidade de vida.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Byk

MANAUS - AM

2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237c Santos, Bruna Borges
A comunicação entre a equipe de saúde e as mulheres internadas em um serviço de Ginecologia da cidade de Manaus, Amazonas. / Bruna Borges Santos. 2023
94 f.: 31 cm.

Orientador: Jonas Byk
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Comunicação em saúde. 2. Equipes de saúde. 3. Relações profissional-paciente. 4. Comunicação educativa. I. Byk, Jonas. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

BRUNA BORGES SANTOS

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelas bênçãos concedidas e pela proteção diária. Ao meu orientador, Jonas Byk, por todo incentivo, orientando pacientemente a construção desse trabalho. Meu muito obrigada pela confiança. Agradeço a toda minha família por serem bússola e farol, porto seguro e luz nos dias mais difíceis dessa caminhada, cada um de vocês é parte fundamental dessa realização. Agradeço especialmente a minha mãe Zenaide e ao meu amado Caio por serem minha fonte inesgotável de força nessa trajetória, minha irmã Palloma por toda oração e amor e a Lilly, minha “cãopanheira” nas longas madrugadas de estudos e leituras.

Aos meus amigos que me auxiliaram nessa caminhada, obrigada por todo carinho e palavras de incentivo. Sou abençoada demais com muitas pessoas queridas na minha caminhada, citar um por não seria possível, mas eu deixo todos vocês representados por Jéu, uma amiga que me salvou nos maiores momentos de sufoco e aflição dessa trajetória.

Aos meus colegas do mestrado em Ciências da Saúde, aqui representados por Matheus Freire que escutou minhas dúvidas, angústias e anseios, contribuindo no delineamento dessa caminhada. Meu muito obrigada ainda é pouco.

Ao Hospital Universitário Getúlio Vargas e todos os seus colaboradores, obrigada por me acolherem na instituição e permitirem a concretização desse estudo.

Às pacientes participantes desse projeto, agradeço por cederem pedaços das suas experiências para que esse resultado fosse alcançado, sem vocês, isso não seria possível.

A todos os professores e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, meu muito obrigada pelas contribuições que fizeram na minha formação permitindo que meu aprendizado e meus anseios fossem convertidos em produto científico.

À minha banca de qualificação e defesa, que honra ter professoras tão competentes e sensíveis ao propósito desse trabalho. Professora Sílvia e Professora Denise, desejo que muitas outras pessoas possam ter a mesma sorte que eu tive.

Por fim, não poderia deixar de destacar o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Esse trabalho é um resultado da confiança e do incentivo de todos vocês e eu dedico ele à minha amada avó Maria (*in memoriam*) que seguiu para o plano espiritual antes que ele estivesse concluído, mas que eu sei que de onde estiver segue ajoelhada rezando por mim e não me deixando esquecer do seu legado de amor.

Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.

(Nelson Mandela)

RESUMO

Introdução: A comunicação é uma das principais ferramentas de trabalho utilizadas pela equipe de saúde. Muitas falhas nesse processo ocorrem devido à ausência de escuta ativa, falta de postura empática e comunicação não dialógica, restrita ao mero repasse de informações. **Objetivos:** avaliar a percepção das pacientes quanto a comunicação com a equipe de saúde, além da satisfação e o entendimento delas sobre a informação prestada acerca do seu quadro de saúde. **Método:** estudo transversal com abordagem quantitativa utilizando um instrumento de coleta de dados elaborado pela própria autora e aplicação do Mini Exame do Estado Mental. A amostra estudada foi composta por 30 mulheres internadas em pré-operatório no serviço de ginecologia. Os dados coletados foram digitados e tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel, versão 2007. Para averiguar a associação entre as questões foi utilizado o teste de qui-quadrado. A análise dos dados foi realizada utilizando o *software* R 4.2.0, considerando o nível de significância de 0,05 (5%) para tomada de decisões. **Resultados:** As mulheres eram majoritariamente casadas, pardas, católicas, procedentes da capital, com idade entre 40 a 49 anos, possuindo entre 9 a 11 de estudo, com ocupação “do lar”, renda de 1-2 salários mínimos e classificadas dentro dos critérios de Brucki no MEEM que apresentou significância estatística no cruzamento com os anos de estudo. Os técnicos de enfermagem explicaram sobre as medicações, mas os enfermeiros não orientaram sobre o curativo no pós-operatório. A equipe de enfermagem não questionou se as pacientes tiveram dúvidas, diferentemente dos médicos. Porém, os médicos não explicaram as possíveis complicações, os cuidados e as medicações necessárias no pós-operatório, utilizando uma linguagem difícil durante a comunicação. A maioria não sabia as medicações que estava utilizando, os cuidados necessários com a ferida pós-operatória, os riscos e as complicações da cirurgia e os cuidados após a alta em relação a retomada de atividades diárias. As pacientes estavam satisfeitas com a comunicação, não tinham dúvidas quanto ao seu diagnóstico, mas buscavam informações na internet sobre seu quadro. **Conclusão:** os resultados chamam atenção de profissionais, gestores e pesquisadores para a necessidade de melhorias no processo de comunicação entre equipe de saúde e paciente, não restringindo esse processo a um mero repasse de informações, mas utilizando sempre uma comunicação dialógica que garanta qualidade e segurança no cuidado prestado.

Descritores: Comunicação em saúde; Equipes de saúde; Relações profissional-paciente; Comunicação educativa.

ABSTRACT

Introduction: Communication is one of the main work tools used by the health team. Many flaws in this process occur due to the absence of active listening, lack of empathy and non-dialogical communication, restricted to the mere transfer of information. **Objectives:** to evaluate the patients' perception of communication with the health team, in addition to their satisfaction and understanding of the information provided about their health status. **Method:** cross-sectional study with a quantitative approach using a data collection instrument developed by the author herself and application of the Mini Mental State Examination. The sample studied consisted of 30 women hospitalized in the preoperative period at the gynecology service. The collected data were typed and tabulated using the Microsoft Office Excel program, version 2007. To verify the association between the questions, the chi-square test was used. Data analysis was performed using the R 4.2.0 software, considering a significance level of 0.05 (5%) for decision making. **Results:** The women were mostly married, brown, Catholic, from the capital, aged between 40 and 49 years old, with between 9 and 11 years of study, with "domestic" occupation, income of 1-2 minimum wages and classified within the Brucki's criteria in the MMSE, which showed statistical significance at the intersection with the years of study. The nursing technicians explained about the medications, but the nurses did not advise on the dressing in the postoperative period. The nursing team did not question whether the patients had any doubts, unlike the physicians. However, the doctors did not explain the possible complications, care and medications needed in the postoperative period, using difficult language during communication. Most did not know the medications they were using, the necessary care for the postoperative wound, the risks and complications of the surgery and care after discharge in relation to the resumption of daily activities. The patients were satisfied with the communication, had no doubts about their diagnosis, but sought information on the internet about their condition. **Conclusion:** the results draw the attention of professionals, managers and researchers to the need for improvements in the communication process between the health team and the patient, not restricting this process to a mere transfer of information, but always using dialogic communication that guarantees quality and safety in the care provided.

Keywords: Health communication; Patient care team; Professional-patient relationships; Educational communication.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.....	37
Tabela 2 - Características clínicas das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.....	40
Tabela 3 - Correlação entre o MEEM e anos completos de estudo das pacientes internadas no centro cirúrgico de um hospital de Manaus.....	42
Tabela 4 - Distribuição de variáveis relacionadas a saúde e estilo de vida das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de hospital em Manaus – AM; n=30.....	43
Tabela 5 - Características relacionadas a história ginecológica e obstétrica das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus; n=30.....	45
Tabela 6 - Aspectos da comunicação da equipe de enfermagem com as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital em Manaus, AM, 2022; n=30.....	48
Tabela 7 - Análises da comunicação dos médicos segundo as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital de Manaus- AM; n=33.....	51
Tabela 8 - Análises do conhecimento das pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital em Manaus, sobre questões relacionadas ao seu estado de saúde e cirurgia; n=33....	55
Tabela 9 - Correlação entre a comunicação dos técnicos de enfermagem com as pacientes sobre a utilidade das medicações e o conhecimento das pacientes a respeito das medicações que estão utilizando.....	58
Tabela 10 - Correlação entre a comunicação dos enfermeiros com as pacientes sobre os curativos e o conhecimento delas sobre os cuidados com a ferida pós-operatória.....	59
Tabela 11 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre o diagnóstico e o conhecimento delas relacionado ao motivo da cirurgia.....	60
Tabela 12 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre como seria o procedimento cirúrgico e o conhecimento delas a respeito de como a cirurgia seria realizada.	61

Tabela 13 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre a explicação dos riscos/complicações na realização do procedimento cirúrgico e o conhecimento delas a respeito.....	62
Tabela 14 - Satisfação das pacientes com a comunicação da equipe de saúde, de um hospital de Manaus; n=33.....	63
Tabela 15 - Correlação entre as questões sobre o conhecimento das pacientes internadas no centro cirúrgico de um hospital de Manaus.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de avaliação da seção III do instrumento de coleta de dados.....	32
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas de coleta dos dados.....	33
---	----

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HPV – Papilomavírus Humano

HUGV – Hospital Universitário Getúlio Vargas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corpórea

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRH – Terapia de Reposição Hormonal

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Porcentagem

= - Igualdade

> - Maior que

< - Menor que

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	ASPECTOS GERAIS E HISTÓRICOS DA COMUNICAÇÃO	19
2.2	O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	22
2.3	AS BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO	25
2.4	O IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO EM SAÚDE	26
3	METODOLOGIA	29
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	LOCAL DO ESTUDO	29
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
3.3.1	Seleção da amostra	30
3.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	31
3.5	CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE	31
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
3.7	COLETA DE DADOS	34
3.8	ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	35
3.9	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	38
4.2	INFORMAÇÕES CLÍNICAS	41
4.3	ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO	49
4.4	CONHECIMENTO DAS PACIENTES	56
4.5	SATISFAÇÃO DAS PACIENTES	64
5	CONCLUSÕES	67
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	79
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
	ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	84
	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA PESQUISA	86
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	87

1 INTRODUÇÃO

A palavra “comunicar” vem do latim *communicare*, cujo significado se traduz em partilhar (SANTOS, 2018). A comunicação integra a lista de “Competências Gerais” que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, estabelecidas entre 2001 e 2004 nas Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2014). Priorizar a comunicação enquanto competência geral é entender a necessidade da sua eficácia para melhoria da qualidade do atendimento e da satisfação do paciente (CUSTÓDIO *et al.*, 2020).

Diante da importância que a temática representa no cuidado em saúde, alguns estudos começaram a ser desenvolvidos, sobretudo na última década para avaliar as habilidades de comunicação pela equipe. De acordo com uma revisão sistemática elaborada por Araujo *et al.* (2020) ainda há um número reduzido de instrumentos validados no Brasil e algumas limitações de confiabilidade. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Rehim *et al.* (2017). A qualidade e a eficiência da comunicação avaliadas através da perspectiva do paciente são ainda menos exploradas pela literatura e apesar de existir ferramentas empregadas em estudos sobre o tema, a aplicabilidade é reduzida (ARAUJO *et al.*, 2020).

A comunicação faz parte do relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde e o paciente, sendo o sucesso desse processo utilizado como indicador de satisfação do cuidado recebido. Um dos motivos constantemente relatados de insatisfação dos pacientes, relacionado aos cuidados prestados pela equipe de saúde, é a comunicação realizada de maneira ineficaz ou insuficiente pelos profissionais que os acompanham (CUSTÓDIO *et al.*, 2020; LEONARD, 2017). Um estudo realizado por Diniz *et al.* (2018) mostrou que apesar de 100% dos médicos acreditar que transmite confiança em suas consultas através de uma boa comunicação e do estabelecimento de vínculos, 12,1% dos pacientes disseram não confiar nos profissionais.

A comunicação da equipe de saúde deve incluir entre seus objetivos a melhoria no processo de cuidado ao paciente. Embora os profissionais, muitas vezes, considerem boas ou excelentes suas habilidades de comunicação, os pacientes apresentam descontentamentos em relação a esse processo. Estudo realizado por Corrêa, Castanhel e Grosseman (2021) em uma unidade de terapia intensiva mostrou que haviam pacientes internados que não se sentiam devidamente acolhidos, ouvidos e que achavam que determinados profissionais pareciam apressados e pouco interessados em suas demandas, não dando a devida atenção às suas dores e sentimentos.

Uma comunicação realizada com qualidade e eficiência, tem o poder de modificar a contextualização da doença para o paciente, podendo inclusive minimizar os impactos em sua vida. Entender o processo de adoecimento, as causas, consequências, o que pode ser feito, as possibilidades terapêuticas, questões relativas ao tratamento e todas as demais variáveis envolvidas, possibilita uma percepção diferenciada da situação vivida, podendo inclusive reduzir a ansiedade gerada pelo diagnóstico. A falha na comunicação, por sua vez, pode levar a um aumento da debilitação imposta pela doença, já que o paciente se sente perdido, confuso e por vezes tão ameaçado pela situação que não adere corretamente ao tratamento proposto (OLIVEIRA; LEFEVRE, 2017).

Destaca-se o fato de que muitas variáveis estão envolvidas no desenvolvimento da comunicação e existem múltiplas barreiras que podem dificultar esse processo. Barreiras à comunicação são descritas como aquilo que impede que a mensagem seja recebida e interpretada de maneira original pelo receptor. Há barreiras pessoais envolvendo questões do próprio receptor, barreiras físicas relativas ao ambiente em que a comunicação ocorre ou ainda barreiras semânticas devido interpretações diferentes dos símbolos utilizados como palavras ou gestos (WITISKI *et al.*, 2019).

A afinidade com a temática, a necessidade de produção de conhecimento sobre o assunto e a observação no cenário profissional quanto a falhas no processo de comunicação da equipe que repercutem no atendimento prestado ao paciente e na sua satisfação, determinaram o interesse em aprofundar o conhecimento sobre o tema e desenvolver uma pesquisa voltada para esta realidade no município de Manaus-Amazonas. O levantamento dos dados no cenário da cidade de Manaus buscou refinar a compreensão da importância da comunicação como ferramenta de trabalho da equipe de saúde. Diante disso, questionou-se: Qual a percepção das pacientes quanto a comunicação realizada pela equipe de saúde durante a sua internação em um hospital público na cidade de Manaus - Amazonas?

O presente estudo teve como objetivo geral: avaliar a percepção das pacientes quanto a comunicação com a equipe de saúde, no cenário do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus – AM, no período de abril de 2022 a julho de 2022, e como objetivos específicos: delinear a população de mulheres internadas no serviço de ginecologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; analisar a comunicação realizada pela equipe na ótica da paciente e o entendimento dela sobre a informação prestada acerca do seu quadro de saúde, caracterizar a satisfação das pacientes com aspectos relativos a comunicação da equipe e verificar associações entre variáveis do estudo.

A pesquisa ancorou sua relevância no papel da comunicação enquanto ferramenta de cuidado e na escassez de estudos e instrumentos que abordassem a temática a partir dos questionamentos e inquietações surgidos ao longo da elaboração do projeto. É inegável a importância da comunicação no processo de cuidado em saúde e a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente quanto ao desenvolvimento dessa competência, bem como o entendimento das variáveis que podem afetar a qualidade e a eficiência da comunicação.

O estudo trouxe contribuições significativas sobre a importância da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, uma vez que seus resultados possibilitarão o desenvolvimento de ações voltadas para o aprimoramento da comunicação enquanto competência geral e específica para cada pessoa e situação clínica, refletindo em melhorias no atendimento prestado. Além disso, estudar estas questões contribuiu com novas pesquisas e evidências científicas nesta área.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentaremos a seguir uma abordagem teórica acerca da temática do trabalho com os capítulos divididos em: aspectos gerais e históricos da comunicação; o processo de comunicação em saúde; as barreiras da comunicação e o impacto da comunicação no atendimento em saúde.

2.1 ASPECTOS GERAIS E HISTÓRICOS DA COMUNICAÇÃO

A comunicação é definida no dicionário por Rocha (1997, p.154) como: “informação; aviso; ato de comunicar”. Essa definição não é suficiente para descrever um fenômeno que sofreu intensas transformações ao longo dos anos, sendo responsável pelo processo de socialização. A comunicação sempre fez parte da vida de homens e mulheres estando atrelada à sobrevivência e desenvolvimento da população. Por ser essencial, integra desde os tempos primórdios as necessidades básicas do ser humano, apresentando objetivos e características diferentes ao longo de sua construção histórica (BARROS; SOUZA; TEIXEIRA, 2021).

O início da comunicação foi através de ruídos conhecidos como grunhidos e gestos que evoluíram ao longo dos anos no que diz respeito aos meios e conteúdo. A associação de sons e gestos designando o objeto originou o signo, e a combinação desses signos entre si, originou a linguagem. Estudos mostram que a comunicação de maneira visual surgiu antes da escrita, com exemplo para os egípcios 3.000 anos antes de Cristo que comunicavam as situações vividas através de desenhos e símbolos em formações rochosas. A evolução tecnológica da comunicação nessa época, ocorreu através do uso de artefatos como sinais de fumaça e berrante. O intuito era minimizar a distância, permitindo que a mensagem tivesse alcance para além dos grupos familiares (FRANÇA; ORTEGA, 2015).

Uma breve contextualização histórica do desenvolvimento da comunicação mostra um marco importante no século IV antes de Cristo, quando a escrita permitiu aumento do alcance da mensagem, possibilitando inclusive que nos tempos atuais existam registros do desenvolvimento da comunicação. Surgiram os fonemas, a escrita fonográfica e o alfabeto, no entanto, a linguagem escrita era restrita a quem tinha conhecimento, pessoas conhecidas como

letradas, e aos monges. Durante muitos anos a comunicação ocorreu de forma oral e visual para a maioria das pessoas. Seu potencial de integração enquanto sociedade ganhou destaque durante o século XIX pelo desenvolvimento do comércio livremente e dos aparelhos de comunicação. O período entre guerras marca o desenvolvimento das teorias de comunicação e cabe destacar que no final do século XX, surge o pensamento da sociedade como um organismo dando origem a ciência da comunicação (BARROS; SOUZA; TEIXEIRA, 2021).

Entre as principais funções da comunicação temos a instrumentação, a informação, a regulação e principalmente a interação das pessoas na sociedade. Ela não é composta apenas de signos e símbolos, mas também de sentido e coerência construídos apenas pelo ser humano. Sua função é a de manter o relacionamento entre as pessoas e através das opiniões, sentimentos e experiências permitir o aprimoramento pessoal e da sociedade em que convivem (LOPES, 2018).

A forma de se comunicar evoluiu ao longo dos anos o que contribuiu na geração de Teorias da comunicação que descreveram as diferentes tendências, escolas e correntes originadas. O objetivo delas é conhecer e relatar os fatos e modificações ocorridos ao longo dos anos e a compreensão da comunicação como integradora das sociedades (FRANÇA; ALDES; RAMOS, 2014).

A teoria de Lasswell descreve a composição da comunicação através dos seguintes elementos: fonte, emissor, mensagem, receptor, canal de comunicação, código e referente. A fonte é responsável por emitir a mensagem que será transmitida de forma verbal ou escrita pelo emissor com destino ao receptor. O caminho percorrido pela mensagem é o canal de comunicação que a desloca no tempo ou no espaço. O código é a forma utilizada, também conhecida como signo ou símbolo e por fim, o referente é sobre o que ou quem a mensagem se refere (ENDLER; ESPINDOLA, 2014).

O recebimento da mensagem nem sempre envolve a sua compreensão. Falhas nos signos utilizados, o surgimento de ruídos que são descritos como interferências ou ainda as incompatibilidades no código usado podem levar a um processo de comunicação insatisfatório. Ele envolve diversas ciências, inclusive a biologia, funcionando como uma maneira de inserir o indivíduo no meio em que vive. Dessa forma, a sociedade passa a ser vista como um ambiente coletivo que necessita da comunicação para seu adequado funcionamento (LOPES, 2018).

Apesar da ampla adoção no passado, as teorias mais tradicionais da comunicação foram criticadas pela visão limitada e simplista. Elas desconsideravam as complexidades dos processos comunicativos, como a influência do contexto social, cultural e psicológico na

interpretação da mensagem, bem como a possibilidade de feedback e interação entre emissor e receptor. Assim, foram superadas por teorias mais contemporâneas. Alguns estudos trazem as teorias como compilados da criação de diferentes processos de comunicação, quando na verdade o que temos é uma evolução delas (VIDALES, 2022).

A comunicação descrita como um processo engloba a interação entre os envolvidos de forma que haja sentido na emissão e recepção da mensagem. Essa interação, portanto, funciona como o objetivo da comunicação através da interdependência necessária entre o emissor e o receptor da mensagem. É através dela que há transmissão ou circulação da mensagem, que emissor e receptor compartilham do mesmo código e então chegam a etapa de decodificação que é a interpretação e o entendimento da mensagem. É importante destacar que nesse sentido importa a intenção do sujeito, uma vez que o emissor espera determinada aplicação de sua mensagem, mas o receptor é seletivo sobre sua compreensão (SEQUEIRA, 2016).

O processo de comunicação é fundamental para o ser humano em todos os locais. A forma como enxerga a realidade a sua volta, suas experiências e seus conhecimentos contribuem para comunicação uma vez que ela se relaciona a um fenômeno de interação e percepção do meio ambiente, o que vai refletir diretamente nas relações interpessoais. A comunicação enquanto processo é dinâmica e os envolvidos exercem influência uns sobre os outros. Essa interação dos sujeitos existe através de uma combinação dos signos denominada de linguagem e o material do signo pode ser sonoro ou escrito no caso da linguagem verbal ou ainda uma expressão, o que vai caracterizar a linguagem não verbal (GRIFFIN, 2015).

A linguagem verbal é um código de um sistema de signos que estão relacionados entre si e cujo sentido está diretamente ligado ao contexto em que estão inseridos. Seu domínio apresenta relação com o processo de construção de novos saberes e conceitos que tornam o ser humano mais esclarecido e aperfeiçoa suas ações na sociedade. Durante a comunicação verbal o indivíduo tem consciência do que está sendo dito (DIAS, 2014).

A linguagem não verbal, por sua vez, é involuntária na maior parte do tempo, ocorrendo de maneira silenciosa e quando o seu uso é consciente geralmente envolve uma comunicação mais estratégica. Existem multicanais constituindo a comunicação não-verbal, que em geral é realizada espontaneamente. Sua importância advém do fato de ser algo inevitável, estando presente inclusive quando nada é dito pois não falar é um tipo de mensagem. É importante ainda por gerar confiança ao complementar a comunicação verbal, na impossibilidade de uma fluência verbal adequada, a linguagem não-verbal contribui para o entendimento. Perto de 1960, Albert Mehrabian realizou um estudo que mostrava a desproporção entre as linguagens,

especialmente ao expressarmos emoções, destacando a importância da comunicação não verbal. Seu estudo mostrou que quando as pessoas se comunicam, há em geral 7% de componente verbal, 38% de vocal e 55% de não-verbal (FRANÇA; ORTEGA, 2015).

Ao comunicar, o emissor utiliza a linguagem com o objetivo traçado de transmitir uma informação e estabelecer a compreensão do receptor. Essa compreensão está ligada a uma fala que busca para além da emissão de uma informação, a clareza e o convencimento sobre o que está sendo dito, sendo assim, uma das principais funções da linguagem é o que chamamos de argumentação (GOMES, 2020).

O pensamento de Aristóteles sobre a retórica descrevia uma busca de todas as formas possíveis de persuasão, considerando-a como um objetivo principal da comunicação. Até o final do século XVII e início do século XVIII essa era a teoria, a partir desse momento houve o surgimento de novas teorias que diferenciavam a informação e a persuasão. A primeira delas era definida como uma troca e a segunda como convencimento (ENDLER; ESPINDOLA, 2014; BERMEJO-LUQUE, 2021).

A comunicação sempre acontece com um objetivo, portanto, a intenção ao comunicar deve ser clara para que possamos avaliar o alcance do que foi proposto. As falhas na comunicação ocorrem por ausência de cumprimento do objetivo ou por ausência de fluência na comunicação. Um outro ponto a ser considerado são as barreiras existentes entre emissor e receptor que podem dificultar a compreensão da mensagem emitida. Esse tema será discutido com mais detalhes no terceiro capítulo dessa revisão de literatura (WITISKI *et al.*, 2019).

Diante do exposto, é possível observar que o verbal e o não-verbal se complementam, tornando a comunicação humana mais rica, compreensível e acessível. Para isso, destaca-se a importância dos profissionais, principalmente da área da saúde, estudarem e conhecerem melhor as diferentes formas de comunicação e como seu aprimoramento pode impactar na qualidade da abordagem nos serviços prestados.

2.2 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Uma das competências gerais dos cursos de graduação da saúde, descrita nas diretrizes curriculares do Ministério da Educação é a comunicação. Sua valorização surge do reconhecimento da comunicação interpessoal em saúde como elemento fundamental para um

adequado atendimento. O relacionamento interpessoal estabelecido com a comunidade auxilia no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da compreensão de determinantes sociais, fazendo parte desse processo os elementos envolvidos na comunicação (BRASIL, 2018).

A palavra competência em seu sentido literal define uma ação que não se preocupa com os desfechos gerais, mas sim com a ação em si. Por muitos anos, predominou um conceito de comunicação que envolvia apenas três elementos: emissor, mensagem e receptor. Essa forma de pensar reduz a comunicação a um processo fragmentado de transmissão de informação. Nesse sentido, qualquer problema, barreira ou ruído surgido estaria relacionado a algum signo utilizado, bastando apenas efetuar a troca para que o objetivo da comunicação fosse atingido (WITISKI *et al.*, 2019).

No caso da comunicação em saúde, mais do que trocar uma palavra por outra para tornar o processo eficaz, o profissional precisa saber se colocar no lugar do outro ao estabelecer um diálogo, desenvolvendo dessa forma empatia, habilidade de compreender uma situação pela percepção de outra pessoa e humanização do cuidado. Nesse sentido, a comunicação não pode funcionar de acordo com o modelo clássico linear que estabelece um único sentido na transmissão de mensagens, mas deve envolver o chamado feedback em que há respostas do receptor para as mensagens emitidas (JACQUES, 2021).

Existem diversos modelos de comunicação que foram desenvolvidos ao longo dos anos e utilizados nas práticas de saúde. Modelos mais verticalizados transformam a comunicação em um processo de repasse das informações de maneira impositiva. Essa forma verticalizada ignora o conhecimento do paciente, colocando-o como um sujeito leigo, desprovido de informações que possam contribuir com a construção de um plano terapêutico. Há nessas situações um autoritarismo e um estabelecimento de relações de poder em que o conhecimento popular é totalmente desvalorizado. Esse tipo de comunicação gera relações unidirecionais e hierarquizadas com conseqüente insatisfação dos pacientes. Nesse sentido, a comunicação em saúde deve ser integrada e interdisciplinar para que os sujeitos envolvidos sejam protagonistas valorizados por suas necessidades e anseios (CORTES *et al.*, 2018).

Antigamente, em meados de 1960, não havia total clareza e honestidade quanto aos diagnósticos e prognósticos, partindo-se do pressuposto que nem toda informação poderia ser revelada ao paciente, principalmente quando fosse uma notícia desagradável. Essa proteção exacerbada do indivíduo, distanciava-o do seu processo de cuidado. Com o passar dos anos e o aprofundamento do conhecimento quanto a importância do protagonismo do paciente em seu

cuidado, o modelo dialógico foi ganhando espaço e embora ainda existam falhas em seu desenvolvimento, especialmente no que tange a habilidade dos profissionais, esse modelo fortalece o processo de comunicação em saúde, respeitando o conhecimento e a cultura do paciente através da compreensão e do diálogo bidirecional (CARNEIRO, 2017).

Dentro do contexto da saúde, a comunicação é fundamental, pois os envolvidos no processo possuem direito de informação, sendo um dever dos profissionais esclarecerem as dúvidas através de uma comunicação de qualidade e eficaz. O tempo todo as pessoas estão se comunicando, mesmo sem a utilização de fonemas, portanto, a comunicação em saúde ocorre tanto de maneira verbal como de forma não-verbal, sendo importante que a equipe se certifique de que a informação foi corretamente compreendida pelo paciente (RANGEL-S; RAMOS, 2017).

A utilização da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente aparece em muitos estudos como um instrumento pautado na linguagem verbal e não verbal que auxilia no percurso da recuperação, além de servir como uma ferramenta para promoção da humanização através do fornecimento de informações e da interação da equipe com o paciente e sua família. Cumpre destacar ainda a importância do intercâmbio de dados, mantendo a comunicação como um processo de troca que coloca o paciente como protagonista do seu cuidado através do entendimento de suas condições de saúde (ALMEIDA, 2020).

A crescente valorização da comunicação como ferramenta de cuidado em saúde trouxe novas formas de pensar esse processo. Para tanto, comunicar vai muito além de utilizar palavras de fácil entendimento, uma vez que envolve também o domínio de diferentes competências socioculturais dos indivíduos. É necessário identificar a cultura do paciente, sua escolaridade, contexto social e grau de entendimento para que uma comunicação eficaz possa ser realizada. Uma pesquisa feita com enfermeiros sobre o que seria uma comunicação competente, mostrou que quando há interesse pelo que o outro vive e sente, a informação transmitida apresenta maior potencial de compreensão, confirmando a ideia de que a comunicação interpessoal está atrelada a um processo bidirecional (CUSTÓDIO *et al.*, 2020).

A habilidade de comunicação interpessoal, embora fundamental para o exercício do cuidado em saúde, não é inerente aos profissionais. Mesmo tendo sua relevância ancorada no impacto que ela exerce sobre o tratamento dos pacientes, ainda existem muitos profissionais que a consideram mero instrumento de coleta de informações ou de repasse de dados, o que evidencia a necessidade de sua abordagem dentro dos currículos de graduação em saúde uma

vez que o desenvolvimento da comunicação interpessoal, contribui para qualidade do atendimento prestado aos pacientes (PIMENTA *et al.*, 2021).

A comunicação é um elemento primordial formador dos profissionais da saúde. Um estudo realizado por Benedetto e Gallian (2018) mostrou que ao longo da formação acadêmica, os estudantes, por vezes, são desencorajados por residentes e preceptores a assumirem uma escuta ativa e dialógica, mesmo reconhecendo a importância dela. O ensino da comunicação nos currículos de saúde é uma importante prioridade, portanto, a formação profissional deve contemplar o desenvolvimento de uma comunicação eficiente, resolutiva e eficaz, objetivando a redução dos ruídos e das barreiras que interferem na qualidade da compreensão do paciente sobre a mensagem transmitida.

2.3 AS BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO

Uma comunicação competente é constituída pela capacidade de transmitir uma mensagem efetiva diante de aspectos culturais e comunicacionais. Um profissional que reconhece as barreiras existentes é capaz de minimizar o impacto delas sobre a qualidade da comunicação. O processo de comunicação na área da saúde utiliza a linguagem e a chamada comunicação terapêutica no desenvolvimento do cuidado e para que seja efetivo e eficaz, precisa ser compreendido pelo emissor e pelo receptor da mensagem. Quando temos fatores que interferem na adequada transmissão e interpretação das informações, estamos diante das chamadas barreiras de comunicação (CUSTÓDIO, 2020).

Essas barreiras podem ser físicas, psicológicas ou ambientais. As barreiras físicas estão relacionadas, como o próprio nome diz, a questões que envolvem características do emissor ou do receptor, como por exemplo dificuldades na fala, algum déficit cognitivo ou visual. As barreiras psicológicas incluem questões emocionais que podem dificultar a clareza do pensamento dito ou interpretado. Por fim, temos as barreiras ambientais que estão relacionadas a aspectos do ambiente em que ocorre o processo de comunicação, por exemplo, ruídos que atrapalham a escuta, ausência de privacidade, temperatura e iluminação inadequadas (KAPUR 2018).

Estudos apontam dificuldades relativas ao profissional como não realizar escuta terapêutica, utilizar uma linguagem técnica, negar o que é dito pelo outro sobre suas crenças e

percepções, dar orientação ao paciente sem levar em consideração seus anseios. Outras barreiras envolvendo a equipe são a falta de tempo por alta demanda de serviços, limitação de espaço com quebra da privacidade e ainda uma comunicação escrita inacessível. A cultura também se constitui como uma barreira, uma vez que engloba gírias e expressões culturais que não são universais, dificultando não apenas o cuidado e tratamento, mas também o processo de educação em saúde. O Brasil é um excelente exemplo dessa diversidade de culturas devido sua extensão territorial (SANTOS *et al.*, 2021).

O cuidado realizado colocando o paciente como figura central é importante para melhorar o serviço prestado. Quando não há uma comunicação interpessoal, o cuidado em saúde se reduz a um procedimento técnico, o que pode fazer com que o paciente nervoso e fragilizado pela enfermidade tenha dificuldades para descrever sua queixa ou interpretar orientações recebidas. Um profissional bem preparado deve estar atento para identificar essas influências, melhorando o atendimento prestado ao paciente (SOUZA *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Freiburger e Bonamigo (2018) mostrou a existência de falhas no processo da comunicação, por informações dadas de maneira incompleta ou inadequada, além da falta de empatia dos profissionais. Cumpre destacar a importância do respeito as singularidades de cada pessoa, visto que diversos fatores emocionais, culturais e sociais interferem na compreensão da notícia.

Uma comunicação inadequada pode causar danos graves, ocasionando erro médico ao não identificar, por exemplo, uma possível alergia medicamentosa. Vale destacar que se não há boa comunicação, inclusive entre os profissionais, os erros podem surgir devido informações ausentes ou errôneas, através da não adesão do paciente a um tratamento prescrito ou a não informação do médico sobre os riscos envolvidos no tratamento. Os aspectos da comunicação interpessoal entre a equipe de saúde e o paciente precisam ser trabalhados de forma a unir estratégias que garantam impacto positivo na comunicação, gerando melhorias nas condições de vida da população (BIASIBETTI *et al.*, 2019).

2.4 O IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

A comunicação em saúde não se restringe ao ato de transmitir uma informação, reduzida a uma visão mecanicista que exige apenas a presença de um emissor e um receptor.

Ela envolve emoções, percepções, posicionamentos, expressões faciais e especialmente o sentimento do emissor e a compreensão do receptor. Pensando nesse aspecto, a comunicação pode aproximar, fortalecer e solidificar a relação entre a equipe de saúde e o paciente, como também pode afastar e dificultar esse relacionamento (MIRANDA; MANGINI, 2020).

Estudos realizados sobre o processo de comunicação em saúde, mostram o grau de satisfação dos pacientes quanto ao atendimento realizado pela equipe e o impacto que a comunicação tem nos desfechos do cuidado em saúde. Uma pesquisa analisou a comunicação entre a equipe de saúde e as mulheres durante o período do trabalho de parto, mostrando que as puérperas que relataram boa relação com a equipe no pré-natal, sentiram-se mais motivadas a procurar uma unidade de saúde para realizar o parto. Em contrapartida, as mulheres que não conseguiram estabelecer uma boa relação com a equipe de saúde, relataram situações de desrespeito e abuso verbal que as desestimularam a procurar uma maternidade, o que pode ter contribuído para complicações no trabalho de parto e aumento na mortalidade materna (MADULA *et al.*, 2018).

Witiski *et al.* (2019) em estudo realizado com profissionais da saúde sobre fatores que interferem na comunicação mostraram que todos reconheciam a importância de uma comunicação eficaz para segurança do paciente. Ressaltaram ainda que os déficits na troca e no fornecimento de informações entre profissionais de saúde e pacientes pode impactar negativamente na segurança do paciente, aumentando o risco de ocorrência de erros na administração de medicações e na repetição de exames.

As habilidades de comunicação podem ser melhoradas através de treinamentos e capacitações. Porém, essas melhorias podem desaparecer se não forem continuamente desenvolvidas, o que só acontece se os profissionais se dispuserem a trabalhar-las com os pacientes. Essa melhoria na comunicação, aumenta a participação do paciente em seu processo de cuidado, influenciando na adesão a terapia proposta e consequentemente na qualidade e nos resultados dos cuidados prestados (JOHNSON, 2019).

Um estudo desenvolvido para avaliar a relação entre enfermeiros e pacientes oncológicos em Hong Kong concluiu que os padrões de comunicação entre eles estavam associados à rotina dos enfermeiros, de modo que, se os pacientes notassem que os profissionais estavam muito ocupados, sentiam-se constrangidos para perguntar quaisquer coisas ou até mesmo relatar alguma dor ou incômodo, expressando-os apenas quando se tornavam intoleráveis. Os autores concluíram também que o estabelecimento de uma boa parceria entre enfermeiro e paciente, tornava a troca de informações mais eficaz e facilitava a coordenação de

cuidados e o gerenciamento dos sintomas. Além disso, essa relação serve de canal para educação e empoderamento do paciente, que passa a entender a logística de seus cuidados, tornando-se proativo e, por consequência, aliviando a carga de trabalho dos enfermeiros (CHAN, 2018).

Uma maior satisfação da equipe leva a redução do estresse no ambiente de trabalho e dos casos de Burnout entre os profissionais da saúde. A síndrome de Burnout é descrita como uma forma de adaptação, ainda que inadequada, ao enfrentamento das dificuldades, resultante de sobrecarga no ambiente de trabalho associada a excesso de carga horária e estresse. A comunicação interpessoal quando bem realizada resulta na melhoria da satisfação tanto do paciente quanto da equipe, estabelecendo uma boa relação terapêutica (JARRUCHE; MUCCI, 2021).

A relação entre a equipe de saúde e o paciente, além dos aspectos técnicos, possui aspectos psicossociais complexos que influenciam não só a satisfação do paciente no que se refere ao atendimento, mas também reflete na adesão e continuidade do tratamento. Evidências da literatura relatam que quando o paciente confia e concorda com as condutas adotadas há um aumento de chances da sua recuperação. Além disso, estudos mostraram uma redução no período de internação e nas necessidades de encaminhamento (JOHNSON, 2019).

O estabelecimento de uma boa comunicação da equipe com o paciente impacta positivamente o cuidado prestado, especialmente por auxiliar no trabalho das emoções, no processo de entendimento das informações e na percepção das necessidades e expectativas. Isso faz com que o paciente tenha maior compreensão do seu caso, aumente sua confiança na equipe e consiga aderir ao tratamento (OLIVEIRA; LEFEVRE, 2017).

Embora seja um desafio na formação e na prática profissional, a comunicação em saúde é essencial para garantia da qualidade dos cuidados prestados. Através dela é possível criar um vínculo positivo com pacientes, aumentando a confiança e permitindo que estejam à vontade para questionar todas as suas dúvidas. O número reduzido de estudos mostrando a percepção das pacientes sobre o processo de comunicação em saúde serviu de motivação para o desenvolvimento do presente trabalho que objetivou analisar a comunicação realizada pela equipe do serviço de ginecologia, na ótica da paciente, e o entendimento dela sobre a informação prestada acerca do seu quadro de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente no efeito, no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e praticamente não haver perdas de seguimento (ROMANOWSKI; CASTRO; NERIS, 2019).

Segundo Knechtel (2014), a pesquisa quantitativa é uma modalidade que atua sobre um problema humano ou social, baseada no teste de uma teoria e composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário para a realização da pesquisa foi o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), situado na região norte do Brasil, no estado do Amazonas, na cidade de Manaus. A escolha por esse cenário se deu porque esse é um hospital-escola, fundado em 1965, vinculado à Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em 1981, responsável por atender em média 120 mil pacientes/ano. Dentre os muitos serviços oferecidos, destacam-se: atendimento médico ambulatorial e hospitalar, ensino e pesquisa e residências multiprofissionais na área da saúde (MEC, 2022).

O HUGV é referência no atendimento da população de Manaus e do estado do Amazonas, possuindo certificação de hospital de ensino contando com 24 programas de residência médica, entre eles o do serviço de Ginecologia e Obstetrícia que possui assistência médica hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico, terapêutico e cirúrgico, com formação nas diversas áreas do conhecimento em saúde (EBSERH, 2020).

O Amazonas é o maior estado do Brasil, localizado na região Norte, com aproximadamente 1.559.146,876 km² de extensão e uma população estimada em 2017 de 4.063.614 habitantes. A capital do estado, Manaus, é considerada a sétima maior metrópole do país com uma população de aproximadamente 2,9 milhões de habitantes e uma extensão territorial de 11.401,092 km² (IBGE, 2019).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por cinquenta e uma mulheres internadas para realização de procedimentos cirúrgicos no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Getúlio Vargas, na cidade de Manaus, estado do Amazonas, no período entre abril a julho de 2022.

A amostra corresponde a uma parte desse grupo de pacientes internadas para realização de procedimentos cirúrgicos no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUGV, no período de abril a julho de 2022, cujos critérios de inclusão especificados neste estudo foram atendidos.

3.3.1 Seleção da amostra

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, com recrutamento consecutivo das pacientes hospitalizadas no referido serviço no período da coleta de dados.

A programação de recrutamento ocorreu semanalmente com a inclusão das pacientes que estavam no mapa cirúrgico da semana seguinte ao planejamento. No mapa estavam registradas as seguintes informações: tipo de cirurgia, dia de internação, data e hora de realização do procedimento.

Visou-se homogeneizar a amostra em relação ao momento da coleta durante a internação, por isso foram selecionadas as pacientes que estavam internadas aguardando para realizar o procedimento cirúrgico, considerando que a avaliação das informações recebidas poderia ser diferente no pré e no pós-operatório, totalizando uma amostra de trinta participantes.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídas no estudo as mulheres internadas na enfermaria cirúrgica do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Getúlio Vargas que atenderam aos seguintes critérios:

- Pacientes maiores de 18 anos;
- Pacientes alfabetizadas;
- Pacientes internadas aguardando para realizar procedimento cirúrgico, ou seja, em pré-operatório.

3.5 CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

- Pacientes com algum grau de dificuldade na comunicação, para as quais o instrumento de coleta de dados fosse inaplicável, como por exemplo, portadoras de doenças mentais e indígenas.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foi feita a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), conforme ANEXO A, juntamente com o instrumento de coleta de dados elaborado pela equipe (APÊNDICE A). O MEEM é um teste utilizado para rastreio de comprometimentos na função cognitiva. Com o passar dos anos, ocorrem mudanças no desenvolvimento de atividades motoras e cognitivas, que mesmo não afetando diretamente a vida cotidiana, podem ocasionar prejuízos na atenção e entendimento dos pacientes (FONSECA, 2014).

O MEEM teve sua publicação em 1975 e foi elaborado nos Estados Unidos. Sua avaliação engloba a orientação no tempo e espaço, a memória recente e a evocação de palavras,

capacidade para calcular, nomear, repetir, executar comandos, leitura, escrita e habilidade visomotora (NERI; BARBOSA; DE MELO, 2017).

No Brasil, seu processo de validação envolveu pontos de corte baseados na idade e na escolaridade. Com base na idade, o corte é 29 para pessoas com 18 a 24 anos, e 25 para indivíduos com 80 anos e mais. Ao longo dos anos, algumas adaptações foram propostas para adequar o ponto de corte com base na escolaridade à realidade da população brasileira. Sendo assim, utilizamos no presente estudo o critério de Brucki: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos (MELO; BARBOSA, 2015).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi elaborado pelos pesquisadores. Tal decisão foi baseada na escassez de questionários validados que contemplassem os questionamentos levantados ao longo da elaboração do projeto. Foi realizada a aplicação de um pré-teste ou estudo piloto com a função de avaliar ambiguidades, existência de questionamentos supérfluos, ordem das questões, além de excessos ou necessidade de complementação das variáveis.

O instrumento foi dividido em quatro seções: na primeira seção os dados sociodemográficos, na segunda seção as questões relacionadas a percepção da paciente quanto a comunicação da equipe, na terceira seção questões relativas ao conhecimento da paciente sobre seu estado de saúde e na quarta seção as informações clínicas.

Os dados utilizados na primeira seção para caracterização sociodemográfica foram adaptados de Primo (2012), possibilitando a construção de um perfil da população desde estudo. As variáveis utilizadas foram: idade, naturalidade, município de residência, cor da pele, anos de estudo, estado civil, situação de trabalho atual, renda mensal por família, crença ou religião.

A segunda seção sobre a percepção da paciente quanto a comunicação da equipe foi adaptada do estudo de Pereira, Ferreira e Gomes (2017). Para as respostas, utilizamos a escala Likert em que as participantes especificavam seu nível de concordância com uma determinada frase. É uma escala muito utilizada em pesquisas de opinião, sendo uma das formas mais confiáveis para mensurar percepções e comportamentos. Uma das grandes vantagens é que ela gradua o nível de resposta, não categorizando apenas em sim e não, mas possibilitando variações na satisfação ou concordância, além de ser de fácil organização e vantajosa também em relação à operacionalidade e estrutura do instrumento (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

As questões foram dirigidas a percepção quanto ao estilo de comunicação utilizado pelos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. A escolha desses profissionais se deu

pelo fato de serem aqueles que possuem escala fixa no setor e realizam atendimento a todas as pacientes internadas, o que nem sempre ocorre com as demais categorias profissionais.

As variáveis investigadas na segunda seção foram categorizadas e divididas conforme descrição abaixo:

- A) Comunicação pela equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros): explicações sobre medicações utilizadas, informações sobre curativos, orientações e esclarecimento de dúvidas pelos profissionais;
- B) Comunicação pelos médicos: explicações sobre a doença, o procedimento cirúrgico a ser realizado, riscos e complicações da cirurgia, cuidados e medicações utilizadas no pós-operatório, tipo de linguagem utilizada, satisfação e esclarecimento de dúvidas pelo profissional;
- C) Satisfação com a comunicação: perguntas relacionadas a percepção e satisfação da paciente quanto a comunicação verbal e não-verbal e dúvidas sobre seu estado de saúde.

Na terceira seção, as questões relativas ao conhecimento da paciente sobre seu estado de saúde foram analisadas utilizando categorias simples de respostas: sabe, sabe parcialmente, não sabe e não se aplica. A escolha entre as categorias sabe e sabe parcialmente foram feitas conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de avaliação da seção III do instrumento de coleta de dados.

Pergunta	Sabe	Sabe parcialmente
1) Medicações que está utilizando.	Sabia todas.	Sabia uma ou mais.
2) Cuidados com a ferida operatória ou local de realização do procedimento.	Sabia todos os cuidados, independente de citar todo passo a passo sequencialmente.	Sabia pelo menos um cuidado.
3) Motivo da cirurgia (diagnóstico).	Sabia o diagnóstico corretamente.	Sabia apenas o local de realização da cirurgia.
4) Riscos da cirurgia	Sabia mais de dois riscos.	Sabia um ou dois riscos.
5) Complicações da cirurgia	Sabia mais de duas complicações.	Sabia uma ou duas complicações.
6) Atividade física e esforço no pós-operatório.	Sabia todas as restrições.	Sabia pelo menos uma das restrições.

Fonte: a autora (2022).

Além das seis variáveis descritas acima, também foi questionado durante a terceira seção, o momento em que o médico explicou sobre possíveis riscos e complicações e se a

paciente sabia o tipo de cirurgia que seria realizada (aberta ou por vídeo). Para essas perguntas, as respostas não dependiam de avaliação do aplicador.

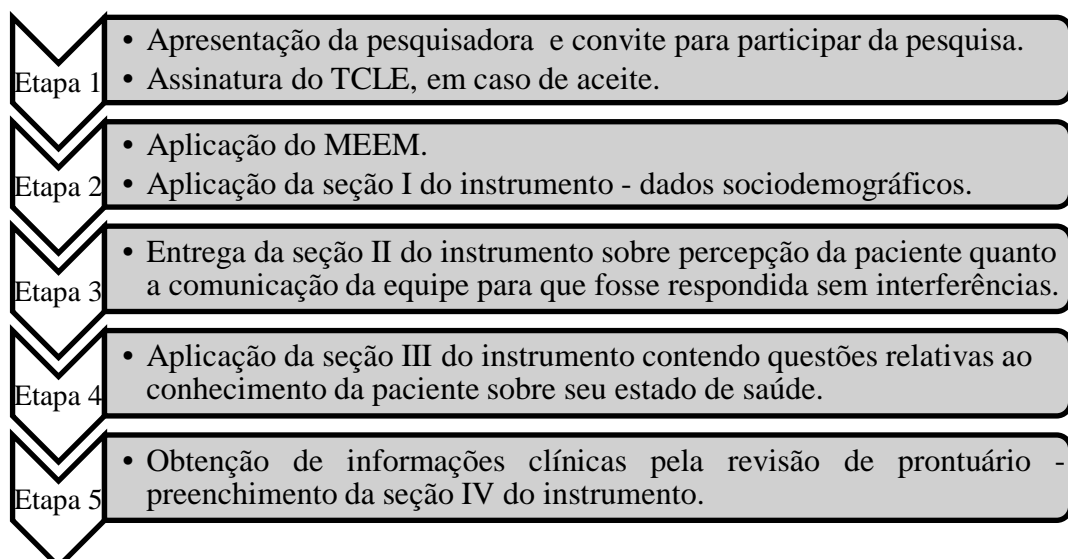
As informações clínicas coletadas, presentes na quarta seção, foram baseadas no estudo de Primo (2012) e na ficha de entrevista pré-operatória realizada pelos profissionais do serviço, consistindo de maneira geral em uma anamnese detalhada da paciente, incluindo história obstétrica e ginecológica. Através dessa etapa foi possível analisar situações relativas ao processo de saúde-doença da população estudada.

As variáveis coletadas na quarta seção foram: diagnóstico, procedimento cirúrgico, índice de massa corpórea (IMC), história patológica pregressa, menarca, sexarca, método contraceptivo utilizado, menopausa, uso de terapia de reposição hormonal (TRH), história obstétrica e hábitos de vida como tabagismo, etilismo e prática de atividade física.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada somente após liberação do HUGV, juntamente com o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a fim de respeitar os princípios éticos envolvidos em investigações científicas. O procedimento para coleta de dados foi dividido em cinco etapas, conforme figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das etapas de coleta dos dados.



Fonte: a autora (2022).

Na primeira etapa a pesquisadora foi apresentada para a participante. Importante destacar que a paciente foi informada sobre o fato da equipe de pesquisa não possuir qualquer vínculo empregatício com a instituição e da proteção quanto a sua identificação, não sendo utilizado nome ou registro pessoal para tal fim. A paciente foi convidada para participar da pesquisa, sendo apresentado o tema e os objetivos do trabalho, seguido da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com respectiva leitura e esclarecimento de dúvidas, além da captação de assinatura daquelas que demonstraram interesse em participar.

Na segunda etapa houve aplicação do MEEM seguida da aplicação da seção I do instrumento de coleta, beira leito, levantando dados relacionados aos aspectos sócio-demográficos.

Na terceira etapa foi entregue a seção II do instrumento de coleta de dados, relativa a percepção da paciente quanto a comunicação da equipe, para que fosse respondida sem interferências da pesquisadora. Ao término, a folha foi imediatamente colocada em envelope identificado apenas por número. Tais decisões foram tomadas buscando minimizar possível viés de resposta devido medo da paciente quanto a retaliação no serviço.

Na quarta etapa foi realizada a aplicação da seção III do instrumento de coleta, contendo questões relativas ao conhecimento da paciente sobre seu estado de saúde.

Por último, a quinta etapa consistiu na obtenção das informações clínicas por meio da revisão de dados do prontuário da paciente, em que constava uma ficha de entrevista pré-operatória com anamnese completa e detalhada da história. Ao final de cada etapa, todos os formulários eram colocados dentro de um envelope, lacrados e numerados, sem nome ou número de registro, visando a minimização de qualquer forma de identificação da paciente.

A coleta foi realizada no leito da enfermaria, ao final da tarde, buscando minimizar qualquer interferência na dinâmica do serviço por ser um horário de menor demanda. Todo o procedimento de coleta de dados, desde apresentação da equipe de pesquisa até a coleta de informações do prontuário durou entre 30 a 40 minutos.

3.8 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados e tabulados por meio do programa *Microsoft Office Excel*, versão 2007. Após a organização dos dados, toda a caracterização da amostra foi

realizada em tabelas descritivas de frequência absoluta (n) e relativa (%). Para averiguar a associação entre as questões foi utilizado o teste de qui-quadrado. A análise dos dados foi feita utilizando o *software* R 4.2.0, considerando o nível de significância de 0,05 (5%) para tomada de decisões.

O teste Qui-quadrado de Pearson foi criado para analisar dados categóricos, utilizando os valores de contagem das categorias. O objetivo é testar se as variáveis são independentes. O teste consiste em comparar os valores presentes na tabela com os valores esperados caso os dados fossem realmente independentes. A comparação desses valores é feita através de uma estatística de teste e ao calcularmos a probabilidade dessa estatística, assumindo que os dados são realmente independentes, obtemos o p-valor. O Julgamento do teste é realizado através deste p-valor assumindo um nível de significância, se o p-valor for menor então temos evidências estatísticas de que as variáveis são dependentes.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O presente estudo atende aos princípios que envolvem as pesquisas com seres humanos, respeitando a resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta traz que a pesquisa envolvendo seres humanos deve apresentar características éticas, garantido aos sujeitos participantes o anonimato e respeito aos seus valores, minimizando riscos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados só foi iniciada mediante aprovação do CEP da UFAM sob CAAE 40939520.8.0000.5020 e parecer de aprovação 4.722.709. Além disso, solicitamos do Hospital Universitário Getúlio Vargas um termo de anuência (ANEXO B) requerendo autorização para realização do projeto no serviço.

O TCLE foi entregue à paciente (APÊNDICE B) para leitura e posterior assinatura caso quisesse participar da pesquisa, constando as informações necessárias para que a entrevistada se sentisse segura e confortável diante da participação neste estudo, com seus direitos preservados e ciente sobre a pesquisa, seus objetivos, a relevância, os riscos e os benefícios. Elas foram previamente avisadas que em caso de qualquer desconforto, inquietação, dúvidas, ansiedade ou tristeza, relacionados direta ou indiretamente as perguntas do instrumento de

coleta de dados, poderiam optar por não participar mais da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para elas.

Como riscos inerentes à pesquisa encontramos a quebra de sigilo dos dados, mas enquanto pesquisadores garantimos o anonimato das participantes minimizando os riscos do processo de investigação. A coleta foi feita em um formulário identificado por meio de números, mantendo-se o anonimato.

O benefício imediato para a participante foi a oportunidade de avaliar a comunicação pela equipe, contribuindo para melhoria da assistência prestada no hospital. A colaboração com pesquisas científicas pode despertar sentimentos de autoestima e satisfação por parte do colaborador devido a oportunidade de contribuição com a ciência.

A pesquisa viabilizou para o Hospital Universitário Getúlio Vargas, dados relevantes sobre a comunicação da equipe de saúde com as pacientes, gerando material para discussão sobre aprimoramento do atendimento prestado, uma vez que a comunicação é uma importante ferramenta de cuidado ao paciente.

Os dados coletados foram utilizados como produto de dissertação de mestrado e serão aproveitados também para produção de artigos científicos que poderão ser apresentados em eventos e irão potencialmente enriquecer e fomentar novos estudos e publicações sobre a temática. Tais informações também agregarão à formação dos estudantes e profissionais vinculados ao hospital.

Após finalização da digitação e análise de dados, os questionários foram guardados em envelopes devidamente lacrados sob a responsabilidade da pesquisadora e o banco de dados armazenado em mídia reciclável (pen-drive), onde ficarão durante cinco anos. Após esse período os questionários serão submetidos à reciclagem, já as informações armazenadas no pen-drive serão apagadas. O conteúdo do banco de dados somente poderá ser utilizado em caráter científico (artigos, trabalhos em congressos, seminários).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta através da ficha investigatória e a análise dos dados encontrados, foram elaboradas tabelas para apresentação dos resultados, divididos nas seguintes categorias: Características sociodemográficas; Informações clínicas; Aspectos da comunicação e Conhecimento das pacientes

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.

Variáveis	n	%
Idade		
20 a 29 anos	3	10,0%
30 a 39 anos	3	10,0%
40 a 49 anos	10	33,3%
50 a 59 anos	8	26,7%
60 anos ou mais	6	20,0%
Município de residência		
Manaus	28	93,3%
Outros	2	6,7%
Estado civil		
Casada	15	50,0%
União estável	4	13,3%
Solteira	8	26,7%
Viúva	3	10,0%

Anos completos de estudo

1 a 4 anos (ensino primário)	2	6,7%
5 a 8 anos (ensino fundamental)	10	33,3%
9 a 11 anos (ensino médio)	14	46,7%
> 11 anos (ensino superior)	4	13,3%

Situação de trabalho atual

Estudante	2	6,7%
Aposentada ou pensionista	3	10,0%
Afazeres domésticos/ do lar	14	46,7%
Trabalha por conta própria	5	16,6%
Empregada sem carteira de trabalho assinada	4	13,3%
Empregada com carteira de trabalho assinada	2	6,7%

Renda

½ a 1 salário mínimo	3	10,0%
1 - 2 salários mínimos	23	76,7%
2 - 4 salários mínimos	3	10,0%
> 4 salários mínimos	1	3,3%

Religião

Católica	21	70,0%
Evangélica	5	16,6%
Espírita	2	6,7%
Não possui	2	6,7%

Cor da pele (autodeclarado)

Parda	22	73,3%
Branca	3	10,0%
Preta	5	16,7%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas de 30 pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital de Manaus. A maioria dessas pacientes estão na faixa etária de 40 a 49 anos (33,3%), são procedentes de Manaus (93,3%) e casadas (50,0%). Sobre os anos

de estudo e ocupação, a maioria das mulheres declarou possuir de 9 a 11 anos de estudo (46,7%), equivalentes a ensino médio incompleto ou completo e o mesmo percentual (46,4%) trabalhava com afazeres domésticos/do lar.

Dados semelhantes foram observados no estudo realizado por Coelho *et al.* (2015) através da análise retrospectiva dos prontuários de 175 pacientes que realizaram cirurgias ginecológicas, evidenciando uma prevalência da faixa etária entre 40 - 49 anos (45,7%), com 77% das pacientes provenientes da capital, a maioria casada ou em união estável (47,4%) e com ocupação “do lar” (26,3%). Porém, quanto ao nível de escolaridade, o estudo de Coelho *et al.* (2015) apresentou um predomínio no ensino fundamental completo (36,6%), seguido do ensino médio (27,4%).

A partir da caracterização populacional é necessário refletir sobre a desigualdade de gênero e o conseqüente patriarcalismo. Sua repercussão na construção da sociedade, coloca os homens tradicionalmente no papel de prover e proteger a família, enquanto as mulheres são cuidadoras e responsáveis pelo lar, sendo essa a principal ocupação da maioria das participantes desse estudo (BORGES, 2017).

Quanto ao predomínio de pacientes da capital, vale destacar que a Amazônia possui ampla extensão territorial, porém baixa densidade demográfica. Além disso, é coberta pela maior floresta do Brasil e banhada por diversas bacias hidrográficas impondo grandes desigualdades no acesso à saúde. As populações ribeirinhas e provenientes do interior dependem muitas vezes de longas viagens de barco para chegar até a capital e quando conseguem, deparam-se com outras dificuldades como falta de fichas para atendimento, de profissionais ou até mesmo de disponibilidade de vaga em curto prazo. Ao retornarem para suas cidades precisam acompanhar o agendamento em sistemas informatizados ou por telefone, recursos que muitas vezes não estão disponíveis em suas comunidades (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Quanto a renda, cor da pele e religião, a maioria das participantes disse ter a renda de 1 a 2 salários mínimos (76,7%), se autodeclararam pardas (73,3%) e eram católicas (70,0%). Esses dados estão em conformidade com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, mostrando que a população brasileira é majoritariamente católica (64,6%), os pretos e pardos totalizavam 50,7% da população, sendo 43,1% de pardos e 7,6% de pretos e a renda da maioria da população (32,7%) era de 1 a 2 salários mínimos.

4.2 INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Tabela 2 - Características clínicas das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.

Variáveis	n	%
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)		
= 25 pontos	9	30,0%
26 a 27 pontos	5	16,7%
28 pontos	5	16,7%
= 29 pontos	11	36,6%
Critério de Brucki		
Dentro do critério	23	76,7%
Abaixo do critério	7	23,3%
Diagnóstico		
Câncer de colo de útero com lesão invasiva	2	6,7%
Câncer de colo do útero	1	3,3%
Cisto ovariano	1	3,3%
Displasia do colo uterino	10	33,3%
Espessamento endometrial	5	16,7%
Mama axilar	3	10,0%
Miomatose uterina	2	6,7%
Nódulo mamário	6	20,0%
Cirurgia		
Conização	10	33,3%
Exenteração pélvica	2	6,7%
Exérese de mama axilar	3	10,0%
Histerectomia total abdominal	2	6,7%
Miomectomia	2	6,7%
Setorectomia	6	20,0%
Vídeohisteroscopia	5	16,6%

Índice de Massa Corpórea (IMC)

Baixo peso (<18,5)	1	3,3%
Eutrófica (18,6 - 24,9)	8	26,7%
Sobrepeso (25 - 29,9)	12	40%
Obesidade grau I (30 - 34,9)	5	16,6%
Obesidade grau II (35 - 39,9)	2	6,7%
Obesidade grau III (> 40)	2	6,7%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

Na tabela 2 estão demonstradas as análises das características clínicas das pacientes participantes do estudo. A avaliação do MEEM mostrou que 36,6% das pacientes apresentaram 29 pontos e a maioria das pacientes avaliadas estão dentro do critério de Brucki (76,7%) que utiliza o seguinte corte: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos.

O Mini exame do Estado Mental (MEEM) é um teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas e no estudo os resultados apontaram para um declínio cognitivo em 23,3% das participantes. Uma pesquisa realizada por Nascimento *et al.* (2015) mostrou uma prevalência de declínio cognitivo segundo escolaridade de 33,8%.

O diagnóstico mais presente entre as pacientes foi a displasia do colo uterino (33,3%), seguida do nódulo mamário (20,0%). A maioria realizou as cirurgias de conização (33,3%) e setorectomia (20,0%). Em contrapartida, estudo realizado por Coelho *et al.* (2015) em mulheres atendidas em um hospital terciário público localizado em Boa Vista - Roraima demonstrou como principais tipos de cirurgias realizadas a laqueadura tubária (45,5%) seguida da histerectomia (19,8%). Essa diferença de perfil cirúrgico pode sofrer influência da disponibilidade de material, da estrutura física e da equipe que integra o serviço. Além disso, durante o período da coleta de dados, alguns profissionais estavam realizando mutirões de cirurgias específicas, incluindo mamárias, e outros estavam de licença maternidade ou férias.

Excluídos os tumores de pele não melanoma, no Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres, sendo o segundo mais incidente na região Norte (20,48/100 mil). Além disso, os óbitos por câncer do colo do útero na região Norte ocupam a primeira posição, com 15,7% dos óbitos por câncer em mulheres. O câncer de mama

é a primeira causa de morte por câncer na população feminina em todas as demais regiões do Brasil (INCA, 2022).

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a principal causadora do desenvolvimento de lesões precursoras e cancerígenas no colo do útero. Se existir suspeita, três passos são utilizados para investigação: citologia, colposcopia e biópsia. A conização é feita quando queremos realizar o estudo histopatológico da lesão. Através desse procedimento, um fragmento do colo uterino é retirado em forma de cone, podendo também ser utilizado como tratamento para remoção de lesões cancerosas (SILVA *et al.*, 2020).

Em relação ao IMC das pacientes, 26,7% delas foram avaliadas como eutróficas e 40% das mulheres estavam com sobrepeso, essas foram as duas categorias com maior percentual. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Bianchini (2018) com 43 mulheres que realizaram cirurgia ginecológica, sendo 37,2% classificadas como eutróficas ou baixo peso e 62,8% em sobrepeso ou obesidade. A maioria (48%) das participantes de um estudo com 84 mulheres, realizado por Souza e Poersch (2022) também foi classificada com sobrepeso.

Pesquisas mostram o impacto que a obesidade exerce em doenças ginecológicas. Mulheres com sobrepeso e obesidade, apresentam frequentes alterações hormonais que levam aos chamados distúrbios ovulatórios. Há um maior índice de infertilidade em mulheres obesas, pois a anovulação pode ser causa de dificuldade para engravidar (FICHMAN, 2020).

Tabela 3 - Correlação entre o MEEM e anos completos de estudo das pacientes internadas no centro cirúrgico de um hospital de Manaus.

Anos completos de estudo	Mini Exame do Estado Mental (MEEM)				p ¹
	= 25 pontos	26-27 pontos	28 pontos	= 29 pontos	
1 a 4 anos	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,001
5 a 8 anos	1 (10,0%)	7 (70,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
9 a 11 anos	1 (7,1%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	8 (57,2%)	
> 11 anos	0 (0,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	3 (75,0%)	

¹Teste Qui-quadrado.

A Tabela 3 apresenta a correlação entre o MEEM e os anos completos de estudos das pacientes. Todas aquelas que completaram de 1 a 4 anos de estudo apresentaram 25 pontos no MEEM (100%). A maioria com 5 a 8 anos de estudos apresentou entre 26 e 27 pontos (70%). Entre as pacientes que completaram de 9 a 11 anos de estudo o maior percentual foi para o MEEM igual a 29 pontos (57,2%), o mesmo comportamento foi observado para pacientes que completaram mais de 11 anos de estudo (75%).

Ao considerar o nível de significância de 5%, obteve-se que o resultado do MEEM apresentou associação estatística com os anos completos de estudo das pacientes. A análise de frequência evidencia que quanto mais anos de estudo, maior é o valor do MEEM entre as participantes. A sensibilidade do teste ao valor “0” pode interferir no resultado.

No estudo realizado por Scarabelot *et al.* (2019), os escores medianos do MEEM também foram comparáveis com o proposto por Brucki, evidenciando influência da escolaridade nas pontuações de cada participante.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas a saúde e estilo de vida das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.

Variáveis	n	%
Antecedentes patológicos pessoais		
Ausência de doenças crônicas	15	50%
Diabetes Melitus	5	16,7%
Hipertensão Arterial Sistêmica	10	33,3%
Tabagismo		
Sim	4	13,3%
Ex-consumidora	1	3,3%
Nunca	25	83,4%
Etilismo		
Sim	5	16,7%
Ex-consumidora	3	10,0%
Nunca	22	73,3%

Atividade física

Sim	10	33,3%
Ex-praticante	3	10,0%
Nunca	17	56,7%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

A tabela 4 mostra a avaliação das pacientes internadas de acordo com a sua saúde e estilo de vida. As pacientes, em sua maioria, negaram antecedentes patológicos pessoais (50%), sendo a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais citada (33,3%). Quanto ao estilo de vida, foi predominante não possuir o hábito de tabagismo (83,4%) e nem de etilismo (73,3%). Além disso, a maioria respondeu nunca ter praticado atividade física (56,7%).

Estudo realizado por Silva *et al.* (2019) com 20 mulheres de um serviço de ginecologia e obstetrícia apresentou resultados semelhantes. A maioria delas não possuía história de etilismo (95%), de tabagismo (100%) e negava antecedentes patológicos pessoais (95,5%). Outro estudo realizado por Dias *et al.* (2021) com 319 pacientes, também corroborou com os resultados encontrados: 53,3% das pacientes negaram tabagismo, 92,2% negaram etilismo e 75,9% não praticavam atividade física. Segundo a Pesquisa Nacional em Saúde realizada pelo IBGE (2019), 47,5% das mulheres eram pouco ativas em 2019 e apenas 26,4% das mulheres com 18 anos ou mais praticavam o nível recomendado de atividade física.

No estudo feito por Souza e Poersch (2022) com 84 mulheres, a hipertensão foi citada como comorbidade em 76% das participantes. As evidências científicas dos últimos anos mostram o impacto da prática de atividade física no controle da hipertensão arterial sistêmica, sendo parte do tratamento não medicamentoso recomendado nos casos de hipertensão leve. As Diretrizes Brasileiras para Hipertensão Arterial elaboradas por Barroso *et al.* (2020) mostraram associação direta do sedentarismo com elevação da pressão arterial e uma revisão sistemática de Marques *et al.* (2020) mostrou a baixa prática de atividade física como fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial.

Tabela 5 - Características relacionadas a história ginecológica e obstétrica das pacientes internadas para realização da cirurgia ginecológica de um hospital em Manaus – AM; n=30.

Variáveis	n	%
Menarca		
Até 11 anos	2	6,7%
12 a 14 anos	20	66,7%
15 anos ou mais	8	26,7%
Sexarca		
Até 12 anos	1	3,3%
13 - 14 anos	5	16,7%
15 - 16 anos	12	40,0%
17 - 18 anos	7	23,3%
> 18 anos	5	16,7%
Método contraceptivo		
Nega uso	21	70,0%
Preservativo	3	10,0%
Laqueadura	3	10,0%
Injetável	2	6,7%
ACO	1	3,3%
Menopausa		
Sim	14	46,7%
Não	16	53,3%
Se já está na menopausa, realizou Terapia de Reposição Hormonal (TRH)?		
Sim	1	3,3%
Não	13	43,3%
Não se aplica	16	53,3%

Paridade

Nenhum	3	10,0%
1 a 4	8	26,7%
3 a 5	14	46,7%
6 ou mais	5	16,7%

Tipo de parto

Apenas cesárea	3	10,0%
Apenas vaginal	13	43,3%
Vaginal e cesárea	10	33,3%
Não se aplica	3	10,0%
Ignorado	1	3,3%

Aborto

Sim	9	30,0%
Não	19	63,3%
Não se aplica	2	6,7%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

Na tabela 5 está a descrição das variáveis relacionadas à história ginecológica e obstétrica das pacientes presentes no estudo que em sua maioria tiveram a primeira menstruação entre 12 e 14 anos (66,7%), a sexarca de 15 a 16 anos (40%) e afirmaram que não estavam usando métodos anticoncepcionais (70%).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Primo (2012) realizado com 89 mulheres internadas em um serviço de ginecologia em que 59,6% delas tiveram a menarca entre 12 e 14 anos e a sexarca até os 17 anos (57,3%). O estudo retrospectivo feito por Cardoso *et al.* (2020) com 237 mulheres mostrou que 43,5% atingiram a menarca entre 12 e 13 anos e na pesquisa de Seldmaier, Barros e Lodi (2019), a maioria das participantes também não utilizava método contraceptivo (14,0%).

Em relação a entrar na menopausa, 46,7% responderam que sim e 53,3% delas afirmaram que ainda não passaram por esse processo, além disso, para a maioria delas a utilização de TRH na menopausa não se aplica (53,3%). No estudo de Sedlmaier, Barros e Lodi (2019), apenas 21,6% das participantes tinham entrado na menopausa, e destas 10,6% usaram TRH.

Sobre as questões relacionadas a gestação, a maioria afirmou ter passado por 3 ou 4 gestações (46,7%), tipo de parto apenas vaginal (43,3%) e não passaram por um aborto (63,3%). O estudo de Teles (2020) corroborou com esses resultados, mostrando que 62,4% das participantes eram multíparas com até 4 partos e 76,5% não passaram por aborto. A maioria (60%) das participantes do estudo realizado por Souza e Poersch (2022) tiveram apenas parto vaginal.

A distribuição da amostra de acordo com características ginecológicas e obstétricas traz reflexões importantes, uma vez que podem ser consideradas fatores de risco para doenças ginecológicas como câncer de colo do útero, endometrial e da mama, além de miomatose uterina, prolapso genital e incontinência urinária (SEDLMAIER; BARROS e LODI, 2019). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2021), a menarca precoce, a menopausa tardia e o uso de TRH após a menopausa estão associados a maior risco de desenvolvimento do câncer de mama.

O HPV é descrito como a principal causa do desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer de colo uterino. Entre os principais fatores de risco para contaminação com o HPV está a idade precoce de início da atividade sexual e as relações sexuais desprotegidas. Quanto mais precoce for o início da vida sexual, maior a chance de contaminação pelo HPV. Vale destacar também que 70% das participantes negaram uso de preservativo, no entanto, essa é a única forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, mas que costuma ser naturalmente inutilizada em relacionamentos estáveis (SEDLMAIER; BARROS e LODI, 2019). A conização foi o principal procedimento realizado (33,3%) nesse estudo e é o método utilizado para diagnóstico histopatológico de lesões do colo uterino (SILVA *et al.*, 2020).

Quanto ao histórico obstétrico, a multiparidade está relacionada ao câncer de colo de útero devido aumento do estrogênio e progesterona e a permanência da zona de manutenção da exocérvice. Um estudo realizado por Selva *et al.* (2020) com 59 pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero mostrou que 60% delas eram multíparas, resultado que apresentou valor significativo de p. A multiparidade e a via de parto vaginal também estão relacionados a ocorrência de incontinência urinária como foi mostrado no estudo de Varela e Sommacal (2020) que teve média de 3,11 partos por mulher, sendo que 71% deles foram normais. Já o estudo de Junqueira e Santos (2017) mostrou que 27,3% das participantes aumentaram a probabilidade de se tornarem incontinentes após o parto.

A análise do perfil populacional da pesquisa levanta importantes reflexões acerca da comunicação entre o profissional de saúde e a paciente. A maioria das participantes ainda está

em idade fértil e com vida sexual ativa, sendo internada no serviço para realização de procedimento que analisa lesões de baixo e alto grau no colo de útero. Essa mesma maioria de mulheres refere não utilizar método contraceptivo, incluindo o preservativo que é a principal forma de prevenção da contaminação pelo HPV. É impossível não questionar: qual o papel do profissional de saúde diante desse cenário? A comunicação em saúde está sendo efetiva? Falta aplicação do que é comunicado ou falta comunicação? Essa pesquisa não visa responder esses questionamentos, mas trazê-los para que sejam refletidos diariamente durante a prática profissional.

4.3 ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO

Tabela 6 - Aspectos da comunicação da equipe de enfermagem com as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital em Manaus, AM, 2022; n = 30.

Variáveis	n	%
Os técnicos de enfermagem explicaram para que serve as medicações que você está usando.		
Discordo totalmente	11	36,7%
Concordo parcialmente	1	3,3%
Concordo totalmente	18	60,0%
Os técnicos de enfermagem perguntaram se você tem alguma dúvida.		
Discordo totalmente	17	56,7%
Concordo totalmente	13	43,3%
Os técnicos de enfermagem responderam as dúvidas que você apresentou.		
Discordo totalmente	2	6,7%
Concordo totalmente	6	20,0%
Não tive dúvidas	22	73,3%
Os enfermeiros explicaram sobre o curativo (tempo de troca, como realizar em casa).		
Discordo totalmente	21	70,0%
Concordo totalmente	3	10,0%
Não se aplica	6	20,0%

Os enfermeiros perguntaram se você tem alguma dúvida.

Discordo totalmente	17	56,7%
Discordo parcialmente	1	3,3%
Concordo totalmente	12	40,0%

Os enfermeiros responderam as dúvidas que você apresentou.

Discordo totalmente	2	6,7%
Concordo totalmente	9	30,0%
Não tive dúvidas.	19	63,3%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

A tabela 6 apresenta toda a descrição das questões relacionadas a comunicação da equipe de enfermagem com as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica. Na avaliação do técnico de enfermagem, a maioria das pacientes concordou totalmente que os técnicos explicaram sobre as medicações que estavam sendo usadas (60%) e 36,7% discordaram totalmente, um percentual expressivo quando pensamos no tema da segurança do paciente.

Em relação à questão de os técnicos perguntarem se a paciente tinha dúvida, 43,3% das pacientes responderam que concordavam totalmente e 56,7% discordaram totalmente dessa afirmação. Quanto aos técnicos responderam as dúvidas apresentadas pelas pacientes 20% concordaram totalmente, 6,7% discordaram totalmente e a grande maioria, 73,3%, não apresentou dúvidas.

Nos anos 2000 foi publicado o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos falando sobre eventos adversos que aumentaram o tempo de permanência do paciente no hospital, geraram incapacidades ou ocasionaram óbitos. Uma média de 10% dos pacientes internados sofria eventos adversos e destes, 50% seriam evitáveis. Entre as soluções que foram propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estava a busca por evitar erros com medicamentos e troca de pacientes no momento da administração (BRASIL, 2014).

Um estudo observacional realizado por Llapa-Rodriguez *et al.* (2017) para avaliar a administração segura de medicamentos mostrou resultados alarmantes. 100% dos pacientes não foram questionados sobre sua identidade pela equipe de enfermagem no momento da administração dos medicamentos e nem orientados quanto a medicação que estava sendo

aplicada ou os efeitos esperados. Também não foram questionados quanto a possíveis dúvidas no momento da administração.

Na avaliação dos enfermeiros, grande parte das pacientes discordaram totalmente de que os enfermeiros explicaram sobre os curativos (70%). Além disso, a maioria das pacientes também discordou totalmente da afirmação de que os enfermeiros perguntaram se existe alguma dúvida (56,7%) e quanto a responderem as dúvidas que apresentaram, a maioria afirmou não ter dúvidas (63,3%).

Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de abordagem qualitativa de Martins *et al.* (2015) realizado com pacientes cirúrgicos. Na categoria sobre oportunidade oferecida pelo enfermeiro para que o paciente se expresse, a maioria dos pacientes relatou que não tinha oportunidade de fala e não se sentia à vontade para isso. Ressalta-se a importância de uma escuta ativa e qualificada para correto direcionamento do cuidado necessário. No estudo de Pereira *et al.* (2016) a maioria dos participantes considerou importante ter um momento para esclarecerem suas dúvidas no pré-operatório.

O estudo de Mendes e Ferrito (2021) com 96 participantes em pré-operatório para avaliar a aplicação de um programa de pré-operatório realizado pela equipe de enfermagem (*Enhanced Recovery After Surgery*® - ERAS®) mostrou que quanto a importância das informações transmitidas, 59,1% dos participantes consideraram muito importante; 34,4% disseram ser importante e 6,5% razoavelmente importante. Nenhum cliente referiu que as informações recebidas não foram importantes. Em outro estudo de Mendes, Ferrito e Gonçalves (2020), cerca de 88,9% das participantes respondeu “concordo inteiramente/concordo” que a informação transmitida pelos enfermeiros em consulta pré-operatória colaborou nos cuidados pós-operatórios e 91,1% que a informação recebida contribuiu para a sua responsabilização no processo de recuperação.

A equipe de enfermagem se encontra no centro da linha de cuidado. Técnicos e enfermeiros são o elo da equipe multiprofissional, uma vez que estão maior parte do tempo em contato e acompanhamento do paciente. Sendo assim, visando a melhoria do cuidado ao paciente cirúrgico, surge a chamada consulta de enfermagem pré-operatória dentro do contexto hospitalar, objetivando conhecer ao máximo o paciente que está internado e promover educação em saúde, trazendo maior segurança e satisfação quanto as necessidades informativas do paciente (GONÇALVES; CEREJO e MARTINS, 2017; ARAKELIAN *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, existem *guidelines* e programas como o (ERAS®) que objetivam tornar o pós-cirúrgico o mais tranquilo possível, reduzindo o stress e acelerando a recuperação.

Um dos princípios centrais do programa é trabalhar o ensino antes da cirurgia, estando entre as recomendações dos *guidelines* mais atuais que os pacientes devem receber informações pré-operatórias otimizadas e adequadas (SANTIAGO, 2022). No entanto, o presente estudo mostrou que 70% das pacientes não foram orientadas pelos enfermeiros sobre cuidados em casa com o curativo, o que é uma demanda significativa em pós-operatório.

Em geral, a paciente sai do centro cirúrgico fragilizada emocionalmente, momentaneamente dependente de cuidados e por vezes sem condições de analisar e questionar tudo que envolve o seu pós-operatório. O cuidado cirúrgico não termina com o fim da cirurgia. O resultado positivo depende de um pós-operatório bem-sucedido, o que envolve, entre outros fatores, a troca adequada do curativo buscando minimizar possíveis infecções e complicações associadas. Para tanto, é necessário que a paciente esteja ciente de todo passo a passo a ser realizado, do número de vezes que o curativo necessita ser trocado, dos materiais que podem ou não devem ser utilizados e principalmente, qual a técnica asséptica correta para minimizar contaminações extra-hospitalares. É fundamental que antes da cirurgia a paciente esteja consciente dos custos e necessidades quanto a materiais, medicamentos e cuidadores para adequada programação e provisionamento de recursos (MONTEIRO, 2020; PANINSON, BRANDÃO e RAMOS-E-SILVA, 2019).

Na revisão integrativa da literatura realizada por Sousa *et al.* (2020) foi visto que entre as complicações no pós-hospitalar destacam-se especialmente as de causa infecciosa, relacionadas ao sítio cirúrgico ou ferida operatória, estando o cuidado pós-operatório entre as variáveis causais envolvidas. Muitas vezes, fora do ambiente hospitalar, a vigilância pode ser consideravelmente diminuída ou até inexistente, o que reforça a necessidade de adequada orientação dos pacientes quanto aos cuidados extra-hospitalares.

Tabela 7 - Análises da comunicação dos médicos segundo as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital de Manaus- AM; n=30.

Variáveis	n	%
Os médicos explicaram sobre a sua doença.		
Discordo totalmente	1	3,3%
Concordo parcialmente	5	16,7%
Concordo totalmente	24	80,0%

Os médicos explicaram como seria o procedimento cirúrgico.

Discordo totalmente	4	13,3%
Discordo parcialmente	1	3,3%
Concordo parcialmente	4	13,3%
Concordo totalmente	21	70,0%

Os médicos explicaram os riscos da realização dessa cirurgia.

Discordo totalmente	14	46,7%
Concordo parcialmente	1	3,3%
Concordo totalmente	15	50,0%

Os médicos explicaram as complicações que poderiam ocorrer após a cirurgia.

Discordo totalmente	17	56,7%
Concordo parcialmente	1	3,3%
Concordo totalmente	12	40,0%

Antes da cirurgia, os médicos explicaram os cuidados que você precisará ter no pós-operatório.

Discordo totalmente	23	76,7%
Concordo totalmente	7	23,3%

Antes da cirurgia, os médicos explicaram as medicações que você poderá precisar usar no pós-operatório.

Discordo totalmente	29	96,7%
Concordo totalmente	1	3,3%

Os médicos usaram uma linguagem difícil quando falaram com você.

Discordo totalmente	5	16,7%
Concordo parcialmente	4	13,3%
Concordo totalmente	21	70,0%

Os médicos perguntam se você tem alguma dúvida.

Discordo totalmente	7	23,3%
Concordo totalmente	23	76,7%

Os médicos respondem as dúvidas que você apresentou.

Concordo totalmente	12	40,0%
Não tive dúvidas.	18	60,0%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

Na tabela 7 está a descrição de todas as questões relacionadas a comunicação do médico com as pacientes internadas na enfermaria cirúrgica. Na afirmação de que os médicos explicaram sobre a doença, grande parte das pacientes concordou totalmente (80%).

Esse resultado corrobora com as pesquisas de Perez *et al.* (2021) e Pereira *et al.* (2018) em que a maioria dos pacientes internados receberam explicações dos médicos sobre seus diagnósticos, no entanto, o estudo de Pereira *et al.* (2018) refere uma transmissão de informação mecanizada, não sendo identificado diálogo entre profissional e paciente.

Nesse sentido, é necessário destacar a importância da clínica ampliada durante o cuidado. O modelo de atendimento médico tradicional coloca a doença como centro, supervalorizando as questões biológicas e desconsiderando as dimensões sociais e subjetivas que integram o paciente. A clínica ampliada, por sua vez, surgiu com o propósito de singularizar o atendimento, ampliar a autonomia, valorizar a escuta, construir vínculo e melhorar o processo de comunicação (GODOY, 2018).

Em relação a cirurgia, a maioria das pacientes concordou totalmente com a questão do médico explicar como seria o procedimento cirúrgico (70%). Sobre o médico explicar o risco da cirurgia, 50% concordou totalmente com essa afirmação, 46,7% discordou totalmente e apenas 3,3% concordou parcialmente, existindo uma equivalência de percentual. Quanto a explicação dos médicos sobre as complicações que podem surgir, a maioria discordou totalmente (56,7%). Sobre a explicação dos cuidados no pós-operatório, a maioria discordou totalmente (76,7%), assim como da explicação sobre as medicações que precisam ser usadas depois da operação (96,7%).

O estudo de Perez *et al.* (2021) realizado com pacientes internados e em pré-operatório mostrou resultados semelhantes. A maioria referiu ter recebido explicação quanto ao procedimento (61%), mas não ter sido informado quanto aos riscos (62,5%), as complicações (62,5%) e os cuidados no pós-operatório (57,8%). Diversos danos podem ocorrer devido uma comunicação inadequada, portanto, todas as informações que envolvem o processo operatório devem ser ditas antes da realização da cirurgia. Se o paciente precisará de determinada medicação, ele precisa ter ciência disso com antecedência, até mesmo para que possa se programar financeiramente caso não seja uma medicação disponível na rede, mas essencial para sua recuperação (LAZRIS *et al.*, 2021).

A maioria das pacientes concordou totalmente com o fato de o médico usar linguagem difícil (70%) e perguntar se elas tiveram alguma dúvida (76,7%). Quanto a terem suas dúvidas respondidas, 40% das pacientes disseram que sim e 60% das pacientes disseram não ter dúvidas.

Uma possibilidade para esse resultado é o fato delas terem dúvidas, mas preferirem negar isso por medo ou receio de questionar o profissional.

Na pesquisa de Perez *et al.* (2021) a maioria dos médicos também perguntou se os pacientes tinham alguma dúvida (55,8%), com um nível de esclarecimento de dúvidas de 97% e o estudo realizado por Biasibetti *et al.* (2019) corroborou com o fato dos médicos utilizarem linguagem difícil sendo o uso de termos técnicos uma das grandes dificuldades relatadas pelos participantes.

Em um estudo de caso relatado por Lazris *et al.* (2021), o questionamento limitado do médico na consulta levou a criação de um ambiente de pouco acolhimento, onde o paciente não sentiu que teve suas queixas ouvidas e, portanto, não apresentou confiança para adesão terapêutica. Estudos sugerem que a escuta ativa, a explicação adequada e a empatia são os três fatores essenciais para aumento da satisfação e da adesão terapêutica do paciente. Cerca de 70% dos pacientes que não seguem o plano terapêutico proposto pelo médico, não concordam, não confiam ou não entendem totalmente o que foi recomendado, porém não se sentem à vontade para questionar. Isso ocorre tanto por falhas na explicação quanto pela não criação de espaços no atendimento para que os pacientes façam perguntas e expressem suas crenças ou anseios.

O estudo realizado por Corrêa, Castanhel e Grosseman (2021) em uma unidade de terapia intensiva mostrou que mesmo os pacientes tecendo elogios para equipe, eles apontavam aspectos de melhoria relacionados aos profissionais terem menos pressa e maior disponibilização de tempo para responder dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, fornecendo informações em maior quantidade, frequência e detalhamento, uma vez que o não entendimento do que era dito gerava mais angústia e ansiedade.

Em 1999 foram definidos quatro modelos de comunicação adotados no relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente e apesar de distintos, podem existir em uma mesma relação. No modelo paternalista, após o diagnóstico o paciente participa de forma mais limitada e o médico decide sobre o melhor tratamento. No modelo informativo o médico apresenta as opções e o paciente possui grau de autonomia cabendo ao profissional buscar consentimento baseado nos valores do paciente. O modelo interpretativo, por sua vez, coloca o médico no papel de conselheiro, buscando auxiliar o paciente na melhor decisão, mas mantendo autonomia na escolha final. Por último, no modelo deliberativo, o médico auxilia o paciente que é detentor da decisão final cabendo ao profissional organizar as informações para minimizar sofrimentos (CARVALHO, 2022).

Em todos esses modelos, o paciente possui algum grau de autonomia e participação e há um elemento central no relacionamento médico-paciente: a comunicação. Dessa forma, o diálogo é realizado de forma aberta e bidirecional, permitindo que tanto o médico quanto o paciente estabeleçam relações de confiança entre as partes, sentindo-se confortáveis para relatar seus anseios, dúvidas e opiniões (VILARIÑO, 2021).

4.4 CONHECIMENTO DAS PACIENTES

Tabela 8 - Análises do conhecimento das pacientes internadas na enfermaria cirúrgica de um hospital em Manaus, sobre questões relacionadas ao seu estado de saúde e cirurgia; n=30.

Variáveis	n	%
Quais medicações você está utilizando?		
Sabe	11	36,7%
Sabe parcialmente	1	3,3%
Não sabe	18	60,0%
Quais os cuidados com a ferida pós-operatória ou com o local de realização do procedimento?		
Não se aplica	1	3,3%
Sabe	3	10,0%
Não sabe	26	86,7%
Qual o motivo da sua cirurgia (diagnóstico)?		
Sabe	26	86,7%
Não sabe	2	6,7%
Parcialmente	2	6,7%
Como essa cirurgia é realizada (aberta ou por vídeo)?		
Sabe	22	73,3%
Não sabe	8	26,7%
Quais os riscos da cirurgia?		
Sabe	12	40,0%
Não sabe	13	43,3%
Parcialmente	5	16,7%

Quais as possíveis complicações da cirurgia?

Sabe	10	33,3%
Não sabe	15	50,0%
Parcialmente	5	16,7%

Quando os médicos explicaram sobre riscos e complicações da cirurgia?

Não foi explicado	18	60,0%
Somente antes da internação	7	23,3%
Antes da internação e no hospital após internação	5	16,7%

Logo após a alta, você pode realizar atividade física ou esforço normalmente (subir escadas, carregar peso)?

Sabe	10	33,3%
Não sabe	20	66,7%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

A tabela 8 apresenta as análises do conhecimento das pacientes sobre questões relacionadas a cirurgia e a seu estado de saúde. Quando perguntado que medicações as pacientes estavam utilizando, 60% não sabiam responder, 36,7% sabiam e 3,3% sabiam parcialmente. O resultado apresentado no estudo de Pedro *et al.* (2016) corrobora com a pesquisa em que dos 165 pacientes participantes, 80,14% não sabiam descrever quantos e quais medicamentos estavam utilizando.

A OMS criou o programa *Patients for Patient Safety* objetivando envolver e empoderar o paciente em seus cuidados, minimizando assim possíveis riscos envolvendo erros da equipe. Na hora da administração de medicamentos os profissionais estão mais susceptíveis ao erro, pois seria a última etapa desse complexo procedimento. Sendo assim, o momento da aplicação é a última chance que se tem para detectar qualquer erro que não tenha sido visto ao longo do preparo ou dispensação e se o paciente conhece sobre a sua terapêutica, torna-se mais uma barreira de segurança (BRASIL, 2014; PEDRO *et al.*, 2016).

No estudo de Bezerra *et al.* (2016) realizado para identificar o percentual de incidentes vistos pelos pacientes durante a internação, em 87% dos ocorridos o paciente e os acompanhantes foram os agentes de identificação e interceptação das falhas. A comunicação eficaz é uma das principais estratégias para prevenção dos incidentes.

A grande maioria das pacientes não sabia sobre o cuidado com a ferida ou com o local do procedimento após a operação (86,7%). O trabalho de Martins *et al.* (2015) de abordagem

qualitativa realizado com pacientes cirúrgicos evidenciou que muitas vezes os pacientes vão para casa com dúvidas quanto ao cuidado com a ferida operatória e como realizar o curativo corretamente. As informações fornecidas são muito gerais, sem descrição clara e precisa gerando barreiras no processo de comunicação.

Ao serem questionadas sobre a cirurgia, a maioria sabia qual o motivo da cirurgia (86,7%) e sabia como essa cirurgia é realizada (73,3%), porém a maioria das pacientes não sabia sobre quais os riscos de realização do procedimento (43,3%) e nem sabia as possíveis complicações de realização da cirurgia (50%). Além disso, quando foram questionadas sobre quando foi realizada as explicações sobre os riscos e complicações da cirurgia, 60% delas responderam que não foi explicado.

Todas as pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos na instituição em que a pesquisa foi realizada passam por uma entrevista pré-operatória. Entre outras etapas, nessa entrevista as pacientes assinam um TCLE autorizando a realização do procedimento e dando ciência quanto aos riscos e complicações oriundos da cirurgia. Existem dois cenários possíveis para os resultados apresentados anteriormente: assinatura do TCLE sem a leitura do mesmo, com as pacientes informando preferência por ler em casa ou com sugestão da equipe para que isso seja feito, mas sem concretização dessa leitura ou ainda o excesso de informações em um mesmo momento, reforçando a importância de que essas explicações sejam dadas em diferentes momentos, mais de uma vez.

Mesmo com todo avanço científico vivenciado pela medicina atual, todo e qualquer procedimento cirúrgico envolve riscos. Além disso, as chances de complicações pós-operatórias existem na totalidade dos casos, independente de um perfeito intra-operatório. As complicações são multifatoriais e embora descritas como pós-operatórias, devem ser observadas ao longo de todo processo cirúrgico. Entre os principais riscos e complicações envolvidos nos procedimentos cirúrgicos estão: infecções, sangramentos, hematomas, reações ao anestésico, lesões de órgãos adjacentes, fístulas e trombos (ASCARI, 2021).

Por último, quanto ao conhecimento das pacientes sobre poder realizar atividade física ou esforço normalmente após a alta, a maioria não sabia responder (66,7%). O estudo de Barel *et al.* (2018) apresentou resultados semelhantes na aplicação de um teste de conhecimento sobre a cirurgia realizada e os cuidados no pós-operatório. A maioria (80%) dos pacientes sabia como seria a cirurgia e apenas 25% dos pacientes sabia responder sobre atividades ou esforço físico. Vale destacar a importância dessa informação, uma vez que dependendo do tempo de

afastamento o paciente precisa de programação tanto pessoal quanto trabalhista, no caso daqueles que possuem vínculo empregatício.

Tabela 9 – Correlação entre a comunicação dos técnicos de enfermagem com as pacientes sobre a utilidade das medicações e o conhecimento das pacientes a respeito das medicações que estão utilizando.

Os técnicos de enfermagem explicaram para que serve as medicações que você está usando.	Quais medicações você está utilizando?			p ¹
	Sabe	Sabe parcialmente	Não sabe	
Discordo totalmente	1 (9,1%)	0 (0,0%)	10 (90,9%)	
Concordo parcialmente	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0,287
Concordo totalmente	10 (55,6%)	0 (0,0%)	8 (44,4%)	

¹Teste Qui-quadrado.

Na tabela 9 é possível observar que das pacientes que concordaram totalmente com a afirmação de que os técnicos de enfermagem explicaram sobre as medicações, a maioria sabia dizer quais medicações estava utilizando, mas quase metade (44,4%) não sabia responder. Das que discordaram totalmente sobre a explicação ter sido realizada pelos técnicos de enfermagem 90,9% não sabiam dizer as medicações que estavam utilizando. O p-valor obtido foi maior que o nível de significância ($p > 0,05$), logo não houve associação estatística entre as variáveis.

Todo paciente tem direito de receber informações claras sobre os medicamentos utilizados, sendo obrigação do profissional fornecer esses dados de forma objetiva. Assim, o paciente participa do seu cuidado apresentando maior adesão a terapêutica escolhida. Falhas na comunicação estão associadas a ocorrência de eventos adversos, além disso, a carência de informações aliada ao conhecimento insuficiente do paciente pode levar a dificuldades na adequada condução medicamentosa, gerando ineficiência devido interrupção por conta própria do tratamento ou até complicações medicamentosas severas (CARVALHO et al., 2018).

Vale ressaltar a importância do cuidado com o excesso de informações, com o uso de termos técnicos e com a pressa no momento do diálogo. Estudos mostram que 66% das

informações dadas pelos profissionais de saúde são esquecidas instantaneamente e 50% das informações aparentemente memorizadas é lembrada de forma errada por eles. Portanto, reforçar as informações e criar espaço para que o paciente possa questionar suas dúvidas é fundamental para garantia de uma comunicação eficaz. Vale destacar também que cada indivíduo é único e a informação precisa ser adequada ao estilo de compreensão e cognição do paciente (TAVARES *et al.*, 2016).

Tabela 10 - Correlação entre a comunicação dos enfermeiros com as pacientes sobre os curativos e o conhecimento delas sobre os cuidados com a ferida pós-operatória.

Os enfermeiros explicaram sobre o curativo (tempo de troca, como realizar em casa).	Quais os cuidados com a ferida pós-operatória ou com o local de realização do procedimento?		p ¹
	Sabe	Não sabe	
Discordo totalmente	0 (0,0%)	21 (100,0%)	>0,999
Concordo totalmente	2 (66,7%)	1 (33,3%)	

¹Teste Qui-quadrado.

A tabela 10 mostra que todas as pacientes que discordaram totalmente da afirmação de que os enfermeiros explicaram sobre o curativo, não sabiam quais os cuidados com a ferida pós-operatória (100%) e entre as que concordaram totalmente com a questão, 66,7% sabiam os cuidados que deveriam ser tomados. É possível concluir com base no p-valor, que não houve associação estatisticamente significativa entre as duas questões ($p > 0,05$).

No entanto, é necessário destacar a relevância dessa associação para a adequada recuperação dos pacientes. O atendimento de enfermagem pré-operatório visa o preparo para todas as etapas do processo cirúrgico, incluindo entre outras questões, a educação em saúde e o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado no pós-operatório. Por ser o profissional diretamente ligado à realização de curativo no ambiente hospitalar, o enfermeiro possui responsabilidade ética no processo de ensinar o paciente quanto a essa questão. Esse tipo de informação quando transmitida apenas no momento da alta, impossibilita que o paciente tenha tempo suficiente para refletir sobre possíveis dúvidas. Ao informá-lo, ainda no pré-operatório, o enfermeiro inclui o paciente na gestão do cuidado desde o pós-operatório

imediate, o que faz com que ele ganhe autonomia para dar continuidade ao cuidado em domicílio de forma segura (FIALHO *et al.*, 2017).

Cabe destacar também a importância de verificar se os pacientes realmente entenderam o que foi ensinado. O presente trabalho, ao questionar as pacientes, analisou se elas sabiam realmente quais seriam os cuidados com a ferida pós-operatória. Muitas vezes os pacientes vão para casa com dúvidas sobre questões que deveriam ter sido esclarecidas ao longo da internação e terminam buscando respostas em fontes não confiáveis da internet, o que pode ocasionar prejuízos e complicações em seu processo de recuperação (LOPES *et al.*, 2019 e FIALHO *et al.*, 2017).

Tabela 11 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre o diagnóstico e o conhecimento delas relacionado ao motivo da cirurgia.

Os médicos explicaram sobre a sua doença.	Qual o motivo da sua cirurgia (diagnóstico)?			p ¹
	Sabe	Não sabe	Parcialmente	
Discordo totalmente	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Concordo parcialmente	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0,705
Concordo totalmente	21 (87,5%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)	

¹Teste Qui-quadrado.

Na tabela 11 é possível notar que das pacientes que concordaram totalmente com a afirmação de que os médicos explicaram sobre a doença, 87,5% sabiam responder qual o motivo da cirurgia, 8,3% sabiam responder parcialmente e 4,2% não sabiam responder. O resultado do teste apontou que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p > 0,05$). No entanto, a análise de frequência evidencia que a explicação do médico pode interferir no conhecimento da paciente.

O resultado coaduna com o código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) que mostra ser vedado ao médico não informar o paciente sobre seu diagnóstico. É necessário que o profissional atue nas diferentes esferas técnicas promovendo a compreensão sobre o estado de saúde e doença. Para tanto, o desenvolvimento das habilidades de comunicação é algo fundamental, uma vez que o paciente tem papel indispensável no processo

de redução dos desfechos indesejados e na melhoria das práticas de saúde (CFM, 2009 e MOTA; PUGGINA, 2020)

Tabela 12 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre como seria o procedimento cirúrgico e o conhecimento delas a respeito de como a cirurgia seria realizada.

Os médicos explicaram como seria o procedimento cirúrgico.	Como essa cirurgia é realizada (aberta ou por vídeo)?		p ¹
	Sabe	Não sabe	
Discordo totalmente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,831
Discordo parcialmente	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Concordo parcialmente	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Concordo totalmente	18 (85,7%)	3 (14,3%)	

¹Teste Qui-quadrado.

Na tabela 12, em relação as pacientes que concordaram totalmente com a afirmação de que o médico explicou sobre como ocorreria o procedimento cirúrgico, a maioria sabia como seria realizada a cirurgia (85,7%). O resultado do teste apontou que não houve associação estatisticamente significativa entre as duas questões ($p > 0,05$).

Uma das grandes angústias dos pacientes é a incerteza de como as coisas acontecerão. Entender o processo e todas as suas nuances, melhora os níveis de ansiedade no pré-operatório, mas mais do que explicar o procedimento cirúrgico, é necessário entender o grau de compreensão e absorção do paciente para garantir efetividade no processo de comunicação (TAVARES *et al.*, 2016).

Tabela 13 - Correlação entre a comunicação dos médicos com as pacientes sobre a explicação dos riscos/complicações na realização do procedimento cirúrgico e o conhecimento delas a respeito.

Os médicos explicaram os riscos/complicações da realização dessa cirurgia.	Riscos da cirurgia p ¹ 0,705			Complicações da cirurgia? p ¹ 0,504		
	Sabe	Não sabe	Parcialmente	Sabe	Não sabe	Parcialmente
Discordo totalmente	0 (0,0%)	12 (85,7%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Concordo parcialmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Concordo totalmente	12 (80,0%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	10 (83,3%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)

¹Teste Qui-quadrado

A tabela 13 mostra que entre as pacientes que discordaram totalmente sobre o médico explicar quais os riscos da cirurgia, 85,7% não sabiam sobre esses riscos e avaliando as que concordaram totalmente, a maioria sabia quais os riscos da cirurgia (80%). O resultado do teste apontou que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p > 0,05$). Além disso, grande parte das pacientes que discordou totalmente da afirmação de que os médicos explicaram sobre as complicações pós-cirúrgicas, não sabiam quais as possíveis complicações da cirurgia (88,2%) e entre as que concordaram totalmente, a maioria sabia sobre essas possíveis complicações (83,3%). É possível concluir com base no p-valor, que não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Nessa perspectiva, destaca-se mais uma vez a importância da política de segurança do paciente, valorizando a participação dele em seu processo de cuidado. Sendo assim, faz parte do pré-operatório a orientação sobre tudo que pode acontecer com o procedimento que será realizado. A literatura traz que o processo educativo do paciente reduz os níveis de ansiedade e estresse do pré-operatório, sendo fundamental que o paciente compreenda seu quadro clínico, a necessidade do procedimento cirúrgico e as etapas que envolvem esse processo. Entre os motivos de ansiedade estão o medo da morte, o medo de lesões na cirurgia, o receio de reações adversas com anestesia e de sequelas que levem a dependência física de outra pessoa. Esses medos fazem parte da lista de riscos e complicações que podem ser vivenciados, necessitando que o paciente tenha ciência disso para então submeter-se ao procedimento cirúrgico (ASCARI, 2021).

4.5 SATISFAÇÃO DAS PACIENTES

Tabela 14 - Satisfação das pacientes com a comunicação da equipe de saúde, de um hospital de Manaus-AM; n=30.

Variáveis	n	%
Você está satisfeito com a comunicação verbal da equipe de saúde.		
Discordo totalmente	2	6,7%
Concordo parcialmente	12	40,0%
Concordo totalmente	16	53,3%
Você está satisfeito com a comunicação não-verbal da equipe (postura, expressão facial e tom de voz).		
Discordo totalmente	1	3,3%
Concordo parcialmente	9	30,0%
Concordo totalmente	20	66,7%
Você teve dúvidas sobre seu atual quadro de saúde.		
Discordo totalmente	12	40,0%
Discordo parcialmente	1	3,3%
Concordo parcialmente	5	16,7%
Concordo totalmente	12	40,0%
Você buscou outros meios de informação (internet, livros, opiniões de outras pessoas) sobre a doença que possui para responder às dúvidas que apresentou.		
Discordo totalmente	14	46,7%
Concordo totalmente	16	53,3%

Fonte: Instrumento de coleta elaborado pela autora (2022).

A tabela 14 mostra as análises da satisfação das pacientes referente a comunicação da equipe de saúde de um hospital de Manaus. Sobre a satisfação da comunicação verbal da equipe de saúde, a maioria das pacientes concordou totalmente sobre estarem satisfeitas (53,3%), as demais concordaram parcialmente (40%) ou discordaram totalmente (6,7%). O mesmo ocorreu quando questionadas sobre a comunicação não-verbal com 66,7% concordando totalmente, 30% concordando parcialmente e 3,3% discordando totalmente. Quando perguntado se tiveram

dúvidas sobre seu atual quadro de saúde, 40% das mulheres concordaram totalmente que tem dúvidas, 40% discordaram totalmente, 16,7% concordaram parcialmente e 3,3% discordaram parcialmente. Em relação a buscar outros meios de informação para esclarecer sobre a doença e as dúvidas que apresentaram, 53,3% concordaram totalmente que isso ocorreu e 46,7% discordaram totalmente.

A comunicação está envolvida direta ou indiretamente nos diversos tipos de atividades, sendo considerada um tema de extrema relevância. Trata-se de um processo complexo e que pode, portanto, culminar no envio ou recepção de mensagens incorretas. É fundamental destacar que a qualidade do serviço prestado ao usuário do serviço de saúde, envolve além das habilidades técnicas, um adequado relacionamento entre a equipe e esse usuário. Sendo assim, faz parte dessa relação uma comunicação eficaz (WITISKI, 2019). Em geral, pacientes satisfeitos melhoram a adesão terapêutica. Uma pesquisa revelou que 70% dos pacientes que consideraram a comunicação ótima aderiam ao tratamento proposto, já entre os que consideraram baixa a qualidade da comunicação, apenas 50% tiveram adequada adesão (OKUNRINTEMI *et al.*, 2017).

Um estudo realizado por Coates *et al.* (2021) para avaliar a comunicação entre o paciente e o médico do ponto de vista do paciente mostrou que 50% dos participantes estavam muito e 35% estava um pouco satisfeitos com a comunicação. Porém, 45% concordaram com a afirmação “Eu me preocupo que, se eu fizer muitas perguntas, seja visto como um paciente difícil e isso afete a qualidade do atendimento que recebo”, 54% concordaram com a afirmação “Costumo dizer ao meu médico que estou bem quando realmente estou sentindo sintomas” e 32% concordaram com ambas afirmações. O estudo considerou ainda que os pacientes que tinham dificuldade com a comunicação poderiam utilizar a internet como fonte de informação alternativa.

Tabela 15 - Correlação entre as pacientes terem dúvidas sobre o quadro de saúde e buscarem respostas em outros meios de informação.

Você teve dúvidas sobre seu atual quadro de saúde.	Você buscou outros meios de informação (internet, livros, opiniões de outras pessoas) sobre a doença que possui para responder às dúvidas que apresentou.		p ¹
	Discordo totalmente	Concordo totalmente	
Discordo totalmente	5 (41,7%)	7 (58,3%)	0,831
Discordo parcialmente	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Concordo parcialmente	4 (80,0%)	1 (20,0%)	
Concordo totalmente	4 (33,3%)	8 (66,7%)	

¹Teste Qui-quadrado.

Na tabela 15 é possível analisar a relação entre dúvidas sobre o quadro de saúde e a busca por informações na internet. A maioria dos participantes que disseram não ter dúvidas, afirmaram que buscavam informações sobre a doença em outros meios (58,3%). A maioria que concordou totalmente possuir dúvidas sobre seu quadro de saúde, referiu que também buscou outros meios de informação (66,7%). Os resultados do teste de qui-quadrado não mostraram associação estatística entre as duas variáveis ($p = 0,831$).

O estudo de Rodrigues *et al.* (2018) realizado para traçar o perfil dos pacientes que buscavam informação na internet mostrou que 71,9% dos participantes procuravam informações online após a consulta. É importante destacar que a tecnologia é uma aliada da saúde, porém, o uso dessa ferramenta precisa ser cauteloso. A internet dispõe de todo tipo de informação, no entanto, os dados nem sempre são precisos e por vezes levam a impactos negativos no seguimento do cuidado ao paciente. Um dos motivos citados para essa procura é a qualidade ruim da comunicação entre médico e paciente, gerando incertezas e desconfianças. Portanto, é um dever do profissional oferecer informações claras e precisas, certificando-se que o paciente teve todas as suas dúvidas respondidas.

5 CONCLUSÕES

As mulheres incluídas no estudo são em sua maioria casadas, pardas, católicas, procedentes da capital, com idade entre 40 a 49 anos, possuindo entre 9 a 11 de estudo, com ocupação “do lar”, renda de 1-2 salários mínimos e classificadas dentro dos critérios de Brucki no MEEM. A displasia de colo uterino foi o principal diagnóstico, sendo a conização o procedimento mais realizado. As participantes eram majoritariamente sedentárias, estavam com sobrepeso, não tinham história de doenças crônicas, de etilismo e de tabagismo, sendo a hipertensão a comorbidade mais citada entre as que tinham história patológica pregressa.

Quanto ao perfil ginecológico, a maioria teve a menarca entre 12 e 14 anos, sexarca entre 15 e 16 anos, não usava método contraceptivo, não tinha entrado na menopausa e, portanto, não tinha feito terapia de reposição hormonal. O perfil obstétrico foi de multiparidade com 3 a 5 partos, maioria por parto vaginal e sem história de abortamento prévio.

A análise do perfil populacional da pesquisa levanta reflexões acerca da comunicação realizada e do papel dos profissionais nesse cenário. Mulheres majoritariamente em idade fértil, apresentando displasia de colo uterino que tem como principal causa o HPV, negam uso de método contraceptivo, incluindo o preservativo que previne a contaminação por esse vírus. Será que a comunicação em saúde está sendo efetiva? As pacientes não colocam em prática o que é comunicado ou falta uma comunicação mais eficaz no processo de educação em saúde? Esses questionamentos podem ser objeto de estudo de novas investigações na área.

Na avaliação dos aspectos relacionados a percepção das pacientes sobre a comunicação com a equipe de enfermagem, a maioria delas disse que os técnicos de enfermagem explicaram para que serve as medicações, mas os enfermeiros não orientaram sobre os cuidados com a ferida operatória e os curativos. A maioria dos técnicos e enfermeiros não perguntou se as pacientes tinham alguma dúvida e quanto a responderem sobre as dúvidas, a maioria referiu não ter dúvidas.

A percepção das pacientes quanto a comunicação dos médicos mostrou que a maioria explicou sobre a doença, sobre como seria o procedimento cirúrgico e quais os riscos envolvidos, porém, a maioria delas disseram que os médicos não explicaram as possíveis complicações, os cuidados e as medicações necessárias no pós-operatório, utilizando uma linguagem difícil durante a comunicação. Diferente da equipe de enfermagem, a maioria dos

médicos perguntou se as pacientes tinham alguma dúvida e quanto a responderem sobre as dúvidas, elas afirmaram não ter questionamentos.

A avaliação do entendimento das pacientes acerca do seu quadro de saúde mostrou que a maioria delas não sabia as medicações que estava utilizando, os cuidados necessários com a ferida pós-operatória, os riscos e as complicações da cirurgia e os cuidados após a alta em relação as atividades diárias. A maioria sabia informar o motivo da cirurgia e a forma como a cirurgia seria realizada.

Em relação a satisfação das pacientes com aspectos relativos a comunicação da equipe foi possível observar que a maioria estava satisfeita com a comunicação verbal e não verbal, no entanto, houve pouca diferença percentual entre as que concordaram totalmente e as que concordaram parcialmente com a satisfação da comunicação verbal. O percentual de pacientes com dúvidas sobre seu estado de saúde foi o mesmo das que disseram não ter dúvidas e a maioria das pacientes buscou outro meio de informação sobre a doença que possui, como internet e livros.

A análise de cruzamentos das variáveis do estudo mostrou significância estatística entre a pontuação obtida no MEEM e os anos de estudo das participantes, evidenciando a necessidade da utilização de critérios como o de Brucki para adequada classificação.

Embora não tenham sido encontradas outras correlações estatisticamente significativas, a análise de frequência dos cruzamentos realizados traz importantes reflexões. A maioria das participantes que sabia explicar as medicações utilizadas referiu ter recebido essa informação dos técnicos de enfermagem, porém, percentual quase semelhante foi encontrado de pacientes que mesmo tendo recebido a informação, não sabiam descrever quais medicamentos estava usando.

Esse resultado corrobora com duas considerações da literatura: a importância de informar a paciente sobre questões que envolvem a sua saúde e a importância de uma comunicação mais assertiva que garanta o entendimento da paciente e não apenas o repasse de informações. Nesse aspecto, filtrar a quantidade e a forma de transmissão da mensagem é fundamental. Além disso, o profissional deve construir um diálogo que gere confiança, permitindo que a paciente tenha espaço para expor suas dúvidas e anseios.

Todas as pacientes que disseram não ter recebido informações quanto a realização dos curativos, realmente não sabiam explicar os cuidados com a ferida pós-operatória. Entre as pacientes que disseram ter recebido explicações do médico sobre a doença e sobre o

procedimento cirúrgico, apenas uma não sabia informar o seu diagnóstico e três não sabiam informar o tipo de procedimento a ser realizado.

Quanto aos riscos e complicações explicados pelos médicos, entre as pacientes que disseram não ter recebido essas informações, todas não sabiam descrever ou só sabiam descrever parcialmente os riscos e complicações cirúrgicas. Já entre todas as pacientes que negaram possuir dúvidas acerca do seu quadro de saúde, a maioria referiu buscar outros meios de informação sobre a doença que possui. Apesar das correlações negativas dessas variáveis, novas pesquisas na área podem elucidar o motivo da maioria das pacientes realizar busca em outros meios, mesmo não tendo dúvidas: curiosidade, falta de informação ou dúvida não esclarecida que elas têm receio de questionar durante o atendimento?

Diante da relevância do tema e do impacto do seu exercício na qualidade de vida do paciente hospitalizado é fundamental que as situações levantadas pelos resultados da pesquisa sejam revisadas pelos profissionais de saúde e trabalhadas ainda durante a graduação, garantindo uma formação voltada para um modelo de escuta ativa, postura empática e comunicação dialógica. Cabe destacar que o desenvolvimento da habilidade de comunicação não deve ser restrito apenas ao espaço acadêmico, mas abordado também pelos profissionais que já estão lidando com a prática, através de atualizações e treinamentos.

Por ter sido realizado em um grupo de mulheres na cidade de Manaus, o estudo traz considerações à literatura com dados compondo além do perfil sociodemográfico, novas reflexões e avaliações da qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e as pacientes. Além disso, os resultados chamam atenção de profissionais, gestores e pesquisadores para a necessidade de melhorias no processo, ressaltando que a comunicação entre equipe e paciente precisa ser acompanhada com maior rigor objetivando um cuidado mais ético e seguro.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Existem algumas limitações expressas ao estudo, como o tamanho da amostra prejudicado especialmente pela pandemia do *coronavírus* que foi vivenciada mundialmente, levando a um prejuízo na coleta de dados e a necessidade de ajustes no cronograma da pesquisa. Além disso, vinte e uma pacientes enquadraram-se em condição de recusa de participação ou apresentaram algum critério de exclusão. Na abordagem quantitativa, com um tamanho pequeno de amostra, as generalizações ficam limitadas, uma vez que provas estatísticas necessitam de um número maior de observações para adequada representatividade de tendências e distribuições.

O tempo necessário para realizar recrutamento, leitura do TCLE, aplicação do MEEM e dos instrumentos de coleta reduziu a possibilidade de um maior detalhamento de determinadas questões, não sendo possível avaliar todas as categorias profissionais da área da saúde. O uso da escala de Likert no instrumento possibilitou uma análise mais precisa da opinião da paciente, porém pode tornar o instrumento mais demorado, o que pode ser motivo de desestímulo para participação da paciente.

Apesar das limitações, o presente estudo mostra a necessidade de maior atenção, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos gestores quanto ao processo de comunicação realizado pela equipe de saúde com o paciente e a importância dele na garantia de um cuidado mais eficaz. Sugere-se novas pesquisas com diferentes perfis populacionais e ampliação da amostragem, além de diferentes abordagens metodológicas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. V. Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP. **XIV Jornadas APDIS**, p. 1-12, 2020.
- ARAKELIAN, E. *et al.* The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective—an integrative review. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 17-18, p. 2527-2544, 2017.
- ARAÚJO, D. C. S. A de *et al.* Instrumentos para avaliação de habilidades de comunicação no cuidado em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.
- ASCARI, R. A. **Complicações pós-operatórias**. Florianópolis: UDESC, 2021. (Série Enfermagem na Atenção à Saúde). 277 p.
- BAREL, P. S. *et al.* Ansiedade e conhecimento de pacientes submetidos a cirurgia ortognática no pré-operatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2081-2086, 2018.
- BARROS, A. G. de; SOUZA, C. H. M. de; TEIXEIRA, R. Evolução das comunicações até a Internet das Coisas: a passagem para uma nova era da comunicação humana. **Cadernos de Educação Básica**, v. 5, n. 3, p. 260-280, 2021.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BENEDETTO, M.A.C; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n.67, p.1197-207, 2018.
- BERMEJO-LUQUE, L. A distinção aristotélica entre Lógica, Dialética e Retórica e seu lugar na Teoria da Argumentação. **Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação**, 2021.
- BEZERRA, A. L. Q. *et al.* Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.
- BIANCHINI, A. M. R. **Perfil epidemiológico de pacientes submetidas à histerectomia videolaparoscópica em uma instituição do sul de Santa Catarina**. Medicina-Tubarão, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina.
- BIASIBETTI, C. *et al.* Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.
- BORGES, T. P. D. Q. **Gênero, patriarcalismo e as mulheres nas carreiras jurídicas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. **Resolução Nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 38, p.85-90, de 26 de fevereiro de 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. Disponível em:<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 de jun. 2022

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Do Curso De Graduação Em Medicina. Diário Oficial de 6 de junho de 2014, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

CARDOSO, J. V. *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 1057-1067, 2020.

CARNEIRO, A. C. M. S. **Comunicação de más notícias no serviço de urgência**. Viana do Castelo, 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde.

CARVALHO, T. M. *et al.* **A relação de comunicação entre médico-paciente: impactos da COVID-19**. 2022. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

CARVALHO, T. P. *de et al.* Conhecimento dos pacientes sobre a prescrição medicamentosa no serviço de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 329-335, 2018.

CHAN, E. A. *et al.* Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. **PloS one**, v. 13, n. 6, p. e0199183, 2018.

COATES, L. C. *et al.* Exploring the Quality of Communication Between Patients with Psoriatic Arthritis and Physicians: Results of a Global Online Survey. **Rheumatology and Therapy**, v. 8, p. 1741-1758, 2021.

COELHO, S. M. *et al.* Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica em centro de referência do extremo setentrional da amazônia legal brasileira. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, p. 372-375, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução nº 1931/2009. Brasília: CFM; 2009.

CORRÊA, M.; CASTANHEL, F. D.; GROSSEMAN, S. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 401-411, 2021.

CORTES, T. P. B. B. *et al.* A importância da comunicação para a promoção da saúde na sociedade do conhecimento. **Temas em saúde**, v. 18, n. 4, p. 122-142, 2018.

CUSTÓDIO, D. V. S. *et al.* Comunicação como instrumento no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências-RIEC**, v. 3, n. 1, p. 1024-1038, 2020.

DIAS, M. *et al.* Perfil Epidemiológico das Mulheres com Câncer Ginecológico: um estudo multicaseiros, no Sul do Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 37025-37035, 2021.

DIAS, R. H. Linguagem, interação e socialização: contribuições de Mead e Bakhtin. **Anais da 10ª Reunião Científica da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação**. Florianópolis: Anped Sul, 2014.

DINIZ, S. S. *et al.* Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 3, p. 146-151, 2018.

EBSERH. **Carta de serviços ao cidadão do Hospital Universitário Getúlio Vargas**. 2ª edição, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hugv-ufam/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/carta-de-servicos-hugv.pdf>> Acesso em: 26 jul. 2022.

ENDLER, S.; ESPINDOLA, P. **Teorias da comunicação**. Editora Unisinos, 2014.

FIALHO, F. H *et al.* **Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática**. 2017. Disponível em: https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/09/ENFER.-2017_1-PLANEJAMENTO-DE-ALTA-HOSPITALAR-DE-ENFERMAGEM...-F%C3%81BIO.-L%C3%8DZIA.-THAMILLY.pdf Acesso em 15 abr 2023.

FICHMAN, V. *et al.* Associação entre obesidade e infertilidade anovulatória. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p: 1-5, 2020.

FONSECA, V. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, v. 31, n. 96, p. 236-253, 2014.

FRANÇA, D. M.; ORTEGA, M. **Dinâmicas da Comunicação**. 2015. Disponível em: http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1576/Dinamicas_da_Comunicacao_MULTI_MEIOS%20DIDATICOS%20-%20CEPA.pdf?sequence=1 Acesso em: 19 março 2023.

FRANÇA, V. V.; ALDE, A.; RAMOS, M. C. Teorias da Comunicação no Brasil: reflexões contemporâneas. Salvador: **Edufba**, 2014. 295 p.

FREIBERGER, M. H.; BONAMIGO, E. L. Attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis. **O Mundo da Saúde [Internet]**, v. 42, n. 2, p. 393-414, 2018.

- GODOY, D. C. **O ensino da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica**, 2018. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
- GOMES, V. **Ensino da argumentação: um estudo de caso**, 2020. 116 f. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Taquari.
- GONÇALVES, M. A. R; CEREJO, M. N. R; MARTINS, J. C. A. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 14, p. 17-25, 2017.
- GRIFFIN, E. A. **A first look at communication theory**. 9.ed. Nova Iorque: McGrawHill Education, 2015.
- GUIMARÃES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional em Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/> Acesso em: 05. Abr. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**, 2010. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=destaques> Acesso em: 05. Abr. 2023.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
- JACQUES, V. B. **Estado, comunicação e saúde: Estratégias comunicacionais em tempos de Covid-19**, 2021. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto. Faculdade de Letras.
- JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, p. 162-173, 2021.
- JOHNSON, T. The importance of physician-patient relationships communication and trust in health care. **Duke Center for Personalized Healthcare**, 2019.
- JUNQUEIRA, J. B.; SANTOS, V. L. C. G. Incontinência urinária em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 25, e2970, 2017.
- KAPUR, R. Barriers to effective communication. **Delhi University**, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323794732_Barriers_to_Effective_Communication Acesso em: 12 mar. 2023.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: **Intersaberes**, 2014.

LAZRIS, A. *et al.* Poor Physician-Patient Communication and Medical Error. **American Family Physician**, v. 103, n. 12, p. 757-759, 2021.

LEONARD, P. Exploring ways to manage healthcare professional—patient communication issues. **Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 1, p. 7-9, 2017.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n.4, 2017.

LOPES, J. **A comunicação verbal e não-verbal de docentes do ensino médio e o processo de ensino-aprendizagem**: um estudo de caso. 2018. Tese de Doutorado. Universidade Fernando Pessoa.

LOPES, V. J. *et al.* Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. **Rev. enferm. UFPE online**, v.13, n.4, p.1142-1150, 2019.

MADULA, P. *et al.* Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2018.

MARQUES, A. P. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2271-2282, 2020.

MARTINS, K. P. *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1756-1764, 2015.

MEC. **Institucional**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hugv-ufam/aceso-a-informacao/institucional>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, D. I. A; FERRITO, C. R. C. Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 8, 2021.

MENDES, D. I. A; FERRITO, C. R. A. C.; GONÇALVES, M. I. R. A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. **Cadernos de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 47-53, 2020.

MIRANDA, G. M; MANGINI, F. N. R. Trabalho em equipe interdisciplinar na contemporaneidade: limites e desafios. **Sociedade em Debate**, v. 26, n. 3, p. 177-193, 2020.

MONTEIRO, D. R. Consulta de enfermagem pré-operatória e saúde mental: relato de pacientes. **Research, Society and Development. Itabira**, v 9, n. 10, 12 p., 2020.

MOTA, R. J. B. S; PUGGINA, A. C. G. Construção e validação da escala “avaliação da compreensão do paciente sobre orientações de alta”. **Enferm. Foco**, v. 11, n.1, p. 118-125, 2020.

NASCIMENTO, R. A. S *et al.* Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, p. 187-192, 2015.

NERI, A. L.; BARBOSA, A. J. G.; DE MELO, D. M. Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. **Avaliação psicológica**, v. 16, n. 2, p. 161-168, 2017.

OKUNRINTEMI, V. *et al.* Patient–provider communication and health outcomes among individuals with atherosclerotic cardiovascular disease in the United States: Medical Expenditure Panel Survey 2010 to 2013. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 10, n. 4, p. e003635, 2017.

OLIVEIRA, R. A. de; LEFÈVRE, F. Comunicação na revelação do diagnóstico e adesão ao tratamento da tuberculose: representações sociais de profissionais e de pacientes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

PANINSON, B.; BRANDÃO, C.; RAMOS-E-SILVA, M. Orientações pós-operatórias na cirurgia dermatológica: revisão da literatura em perguntas e respostas. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2019.

PEDRO, D. R. C *et al.* Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

PEREIRA, A. C. *et al.* O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v.10, n.2, p. 449-456, 2016.

PEREIRA, D. A. FERREIRA, T. M.; GOMES, E. T *et al.* Conhecimento de pacientes no pré operatório acerca da cirurgia cardíaca. **Rev. Enferm. UFPE** , v. 11, supl. 6, p. 2557-2564, 2017.

PEREIRA, M. M. *et al.* Compreensão do Paciente Sobre o seu Processo de Hospitalização. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

PEREZ, M.R. dos S. *et al.* Patient’s perception of the communication of clinical doctors and surgeons in a university hospital. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

PIMENTA, C. J. L. *et al.* Competência em comunicação interpessoal no trabalho de enfermeiros em ambiente hospitalar. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2021.

PRIMO, C. C. *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres submetidas à cirurgia na Unidade de Ginecologia de um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 494-501, 2012.

RANGEL-S, M. L.; RAMOS, N. **Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas**. EDUFBA, 2017.

REHIM, S. A. *et al.* Tools for assessment of communication skills of hospital action teams: a systematic review. **Journal of surgical education**, v. 74, n. 2, p. 341-351, 2017.

ROCHA, R. **Minidicionário**. 10. ed. Rio de Janeiro: Scipione, 1997. 747 p.

RODRIGUES, A. C. M. *et al.* **A internet como fonte de informação em saúde para pacientes de uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás**. 2018. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Medicina. Centro Universitário de Anápolis – Unievangélica.

ROMANOWSKI, F. N. de A.; CASTRO, M. B. de; NERIS, N. W. **Manual de tipo de estudos**. 2019. 39 f. TCC (Pós-graduação) – Programa de pós-graduação em Odontologia, Centro Universitário de Anápolis. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf> Acesso em: 21 març 2023.

SANTIAGO, A. E. **Avaliação do impacto do programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) no manejo perioperatório em mulheres com câncer ginecológico**. 2022. Tese (Doutorado em Tocoginecologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, Faculdade de Medicina.

SANTOS, R. O. A importância da comunicação no processo de liderança. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 72, 2018.

SANTOS, V. B. *et al.* Barreiras de Comunicação Enfrentadas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento à COVID-19: Revisão Integrativa. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 9, p. 153-167, 2021.

SCARABELOT, L. F. *et al.* Is the Mini-Mental State Examination the best cognitive screening test for less educated people?. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 77, p. 330-334, 2019.

SEDLMAIER, M. M. G; BARROS, F.C. P. de; LODI, C. T. da C. Perfil epidemiológico da mulher atendida em ambulatório ginecológico universitário. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 3, n. 2, p. 3-9, 2019.

SELVA, A. C. V. *et al.* Estudo de coorte prospectiva de pacientes com câncer de colo de útero: a idade é um fator determinante? **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8679-8695, 2020.

SEQUEIRA, C. **Comunicação clínica e relação de ajuda**. 1ª Edição. Lidel, 2016.

SILVA, E. M. da *et al.* **Análise do perfil clínico e epidemiológico das pacientes com endometriose e infertilidade atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade Pernambucana de Saúde.

- SILVA, G. F. S. *et al.* **Comparativo do resultado histopatológico entre as técnicas de conização a frio e de cirurgia de alta frequência em um hospital de referência em Recife, Pernambuco**, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Médica em Tocoginecologia. IMIP.
- SILVA JÚNIOR, S.D. da; COSTA, F.J. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT–Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p: 1-16, 2014.
- SOUSA, A. F. L de *et al.* Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- SOUZA, W. F. *et al.* Barreiras na comunicação em serviços de urgência e emergência: variáveis que interferem na interpretação da mensagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.
- SOUZA, M. B. de; POERSCH, K. Perfil ginecológico e obstétrico, perda de urina e qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 10, n. 2, 2022.
- TAVARES, N. U. L. *et al.* Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 10s, 2016.
- TELES, H. F. M *et al.* **Perfil epidemiológico e laboratorial de mulheres até 25 anos com diagnóstico de lesão precursora do câncer de colo uterino atendidas em serviço de referência em Manaus**. 2020. Dissertação (Mestrado em Cirurgia). Universidade Federal do Amazonas.
- VARELA, M. R. S; SOMMACAL, H. M. O impacto da incontinência urinária na vida de mulheres acima de 30 anos. **Enfermagem-Pedra Branca**, 2020.
- VIDALES, C. Construindo a teoria da comunicação a partir da cibersemiótica. **MATRIZES**, v. 16, n. 2, p. 69-98, 2022.
- VILARIÑO, T. F. Nuevas necesidades comunicativas del paciente y su relación con el coaching para pacientes. **Revista de Comunicación y Salud**, v. 11, p. 77-102, 2021.
- WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2019.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SEÇÃO I

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: _____ anos

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Naturalidade: _____

4. Município de residência: _____

5. Qual sua cor de pele (autodeclarada)?

- () Branco () Preto
 () Pardo () Amarelo
 () Indígena

6. Qual seu maior nível de escolaridade?

- () Alfabetização;
 () Ensino Primário completo;
 () Ensino Primário incompleto;
 () Ensino Fundamental completo;
 () Ensino Fundamental incompleto;
 () Ensino Médio completo;
 () Ensino Médio incompleto;
 () Ensino Superior completo;
 () Ensino Superior incompleto.

7. _____ anos de estudo.

8. Estado civil:

- () Solteiro
 () Casado
 () União estável
 () Separado
 () Divorciado
 () Viúvo

9. Situação de trabalho atual:

- () Aposentado/pensionista
 () Afastado com remuneração
 () Empregado com carteira de trabalho assinada
 () Empregado sem carteira de trabalho assinada
 () Trabalha por conta própria
 () Funcionário Público
 () Afazeres domésticos/ do lar
 () Desempregado
 () Não trabalha
 () Estudante

10. Renda mensal por família:

- () ½ a 1 salário mínimo
 () 1-2 salários mínimos
 () 2-4 salários mínimos
 () > 4 salários mínimos

11. Religião:

- () Católica
 () Protestante
 () Espírita
 () Adventista
 () Testemunha de Jeová
 () Judaísmo
 () Islamismo
 () Candomblé
 () Sem religião
 () Não sabe/ Não quis opinar
 () Outra.

Qual? _____

C) SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não se aplica
1. 1. Você está satisfeita com a comunicação verbal da equipe de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você está satisfeita com a comunicação não-verbal da equipe (postura e expressão facial).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você teve dúvidas sobre seu atual quadro de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você buscou outros meios de informação (internet, livros, opiniões de outras pessoas) sobre a doença que possui para responder às dúvidas que apresentou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO III

CONHECIMENTO DAS PACIENTES

Quais medicações você está tomando?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe () Não se aplica.

2. Quais os cuidados com a ferida pós-operatória ou com o local de realização do procedimento?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe () Não se aplica.

3. Qual motivo da sua cirurgia (diagnóstico)?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe

4. Como essa cirurgia é realizada (aberta ou por vídeo)?

() Sabe () Não sabe

5. Quais os possíveis riscos da cirurgia?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe

6. Quais as possíveis complicações da cirurgia?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe

7. Quando os médicos explicaram sobre riscos e complicações?

- () Somente antes da internação.
 () Somente depois de ter sido internada.
 () Antes da internação e depois de internada.
 () Não foi explicado
 () Não se aplica.

8. Logo após a alta, você pode realizar atividade física ou esforço normalmente (subir escadas, carregar peso)?

() Sabe () Sabe Parcialmente () Não sabe

SEÇÃO IV

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

1. Diagnóstico: _____

2. Cirurgia: _____

3. Peso _____ Altura: _____ IMC: _____

4. Antecedentes pessoais: () NÃO () DM () HAS () Câncer
 () Outros: _____

5. História Ginecológica

Menarca: _____ Sexarca: _____

MAC: _____

Menopausa: () sim _____ anos () não

TRH: () Sim () Não () não se aplica

6. História Obstétrica

P _____ PV _____ PC _____ A _____

7. Tabagismo: Sim (); Nunca (); Ex-consumidora ()

8. Etílico: Sim (); Nunca (); Ex-consumidora ()

9. Atividade física: Sim (); Nunca (); Ex-praticante ()

MINI MENTAL: _____ pontos.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E AS MULHERES INTERNADAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS”, cuja pesquisadora responsável é a mestranda Bruna Borges Santos.

Os objetivos do projeto são: avaliar a percepção dos pacientes quanto a comunicação com a equipe de saúde, no cenário do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus – AM, no período de abril de 2022 a julho de 2022, delinear a população estudada segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; analisar a comunicação realizada pela equipe na ótica do paciente e o entendimento dele sobre a informação prestada acerca do seu quadro de saúde, caracterizar a satisfação das pacientes com aspectos relativos a comunicação da equipe e verificar associações entre variáveis do estudo.

A senhora está sendo convidada porque é uma paciente internada no Hospital Universitário Getúlio Vargas e por isso, gostaríamos de saber a sua opinião sobre a comunicação da equipe de saúde. A senhora tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço referente a pesquisa realizada no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Caso aceite participar, o Sra. deverá assinar esse termo de consentimento em que afirma participar livremente da pesquisa.

Você SERÁ entrevistada quanto a questões referentes a sua situação de saúde e à informações que eventualmente tenha recebido ao longo da sua internação. Quando a entrevista for finalizada, solicitaremos que coloque o questionário em um envelope, lacrando-o posteriormente. Esse envelope será colocado em uma pasta de maneira aleatória, estando este numerado, sem o seu nome, para que assim seja garantido a preservação da sua identidade.

Durante toda a pesquisa os seus dados serão mantidos em sigilo, de modo a preservar seu anonimato. Além disso, diante do atual contexto frente a pandemia pelo COVID-19 e os possíveis riscos de contágio, todas as medidas de biossegurança (para entrevistado e o entrevistador) serão devidamente tomadas. Será necessário: a distância mínima de 2 metros, o uso de máscaras e protetor facial bem como de álcool em gel. Caso o Sr. (a) não possua um desses itens, a equipe disponibilizará antes do início da pesquisa. Vale ressaltar que todo o material compartilhável como canetas e pranchetas, será devidamente desinfetado antes de uma nova entrevista.

Você dispõe do tempo que julgar necessário para que possa refletir. Informamos que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Como riscos da pesquisa encontra-se a quebra de sigilo dos dados (ou seja, acesso por pessoas não envolvidas na pesquisa), mas, cientes de nosso papel como pesquisadores, garantiremos o anonimato, através de uma coleta feita em formulário que será identificado por números, não informando o nome do entrevistado, mantendo-se o sigilo necessário. É nosso dever prestar assistência integral e gratuita, caso ocorra qualquer complicação ou danos devido aos riscos apresentados anteriormente, assim como o direito a indenização pelo pesquisador responsável. Já na transferência das informações para a planilha de registro e análise de dados, será utilizado apenas o número do questionário. Assim, pessoas não envolvidas diretamente na entrevista, não terão acesso à sua identificação. Asseguramos assim a confidencialidade e a privacidade garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

São esperados os seguintes benefícios com essa pesquisa: o benefício imediato para o participante é a oportunidade de avaliar a qualidade do serviço recebido, contribuindo diretamente para melhoria da assistência prestada no hospital. A colaboração com pesquisas científicas pode despertar sentimentos de autoestima e satisfação por parte do colaborador

devido a oportunidade de contribuição com a ciência. A pesquisa viabilizará para o Hospital Universitário Getúlio Vargas, dados relevantes sobre a comunicação da equipe de saúde com os pacientes, gerando material para discussão sobre aprimoramento ou manutenção do atendimento prestado, uma vez que a comunicação é uma importante ferramenta de cuidado ao paciente. Os dados coletados serão utilizados como produto de dissertação de mestrado e posteriores artigos científicos que poderão ser apresentados em eventos e irão potencialmente enriquecer e fomentar estudos e publicações ainda tão escassos sobre a temática. Tais informações também agregarão à formação profissional dos estudantes e profissionais vinculados ao hospital.

Caso o Sr. (a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa prevista no Código Civil (Lei 10.406 de 2002). Eventuais despesas realizadas pelo Sr. (a) e seus acompanhantes, incluindo transporte e alimentação, desde que relacionadas com suas efetivas participações na pesquisa e devidamente comprovadas, serão de inteira responsabilidade da pesquisadora responsável. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Garantimos ao (à) Sr (a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com a pesquisadora Bruna Borges Santos para qualquer informação adicional a qualquer tempo. Instituição: Universidade Federal do Amazonas - Faculdade de Medicina (Rua Afonso Pena, n. 1053, Praça14, Manaus). Contato: (92) 98843-0953/ e-mail: brunasantos23@hotmail.com e o pesquisador Jonas Byk - Endereço: Universidade Federal do Amazonas - Faculdade de Medicina (Rua Afonso Pena, n. 1053, Praça14, Manaus). Contato: (92) 9173-4355/ e-mail: jonas.byk@hotmail.com O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e declaro que concordo em participar da pesquisa. Manaus, ____/____/____

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Orientador

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO (1 ponto para cada resposta correta):

Temporal - qual é o:

Espacial - onde estamos:

Ano:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>
Estação:	<input type="text"/>	Estado:	<input type="text"/>
Dia da semana:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>
Dia do mês:	<input type="text"/>	Rua/local:	<input type="text"/>
Mês:	<input type="text"/>	Andar:	<input type="text"/>
		Pontos (0 a 10):	<input type="text"/>

REGISTRO (1 ponto por palavra lembrada na primeira vez)

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL.

Solicitar ao paciente que preste atenção pois terá que repetir as palavras mais tarde. Peça para repetir as 3 palavras depois de você dizê-las. Se necessário, repita até 5 vezes para aprender as palavras, porém a pontuação é referente a primeira tentativa de repetição.

Pontos (0 a 3):

ATENÇÃO E CÁLCULO

Peça que o paciente faça subtrações seriadas. Se errar na primeira ou na segunda tentativa, peça para soletrar.

Subtrair: 100-7

ou

Soletrar: mundo de trás para frente

(93) <input type="text"/>	(O) <input type="text"/>
(86) <input type="text"/>	(D) <input type="text"/>
(79) <input type="text"/>	(N) <input type="text"/>
(72) <input type="text"/>	(U) <input type="text"/>
(65) <input type="text"/>	(M) <input type="text"/>

Pontos (0 a 5):

EVOCAÇÃO (1 ponto por palavra lembrada)

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (Pente, rua, azul).

Pontos (0 a 3): **LINGUAGEM**

* Mostre um relógio e uma caneta e peça para nomear.
(1 ponto por palavra).

Pontos (0 a 2):

* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".

Pontos (0 a 1):

* Seguir o comando (falado) de três estágios:

"Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".
(1 ponto por comando realizado).

Pontos (0 a 3):

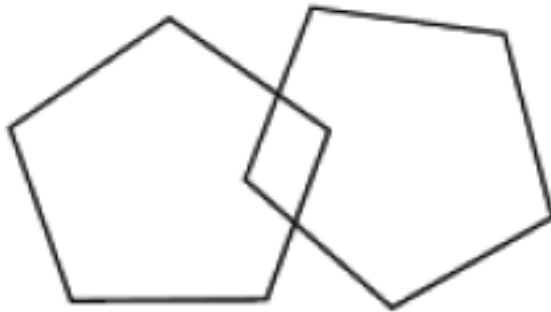
* Escreva em um papel e peça para a pessoa executar:
FECHE OS OLHOS

Pontos (0 a 1):

* Solicite que o paciente escreva uma frase
(um pensamento, ideia completa)

Pontos (0 a 1): **VISUOESPACIAL**

* Copiar o desenho:

Pontos (0 a 1): 

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DA PESQUISA

06/05/2021

SEI/SEDE - 13385195 - Termo - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
 Rua Tomas de Vila Nova, nº 04 - Bairro Praça 14 de Janeiro
 Manaus-AM, CEP 69020-170
 - <http://www.hugv.ufam.edu.br/>

Termo - SEI nº 19/2021/SGPIT/GEP/HUGV-UFAM-EBSEH

Manaus, 4 de maio de 2021.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o Hospital Universitário Getúlio Vargas está de acordo com a execução da pesquisa **A efetividade da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente** sob a responsabilidade da pesquisadora **Bruna Borges Santos**.

O projeto de pesquisa está cadastrado e registrado no Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica (SGPIT/GEP/HUGV/UFAM/EBSEH) sob o nº. 026/2021.

A pesquisadora se compromete a cumprir todos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, bem como os preceitos de boas práticas clínicas, garantindo a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e mantendo sigilo de informações referentes à pesquisa, sem causar danos a outrem.

Antes da coleta de dados é necessária a apresentação do **Parecer Consubstanciado** devidamente aprovado e emitido pelo CEP/CONEP ao Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa desse hospital universitário.

(assinado eletronicamente)

Deborah Laredo Jezini

Gerente de Ensino e Pesquisa do

Hospital Universitário Getúlio Vargas - GEP/HUGV/UFAM/EBSEH

Portaria-SEI nº. 583, de 24/10/2019, publicada no Boletim de Serviço nº. 693 EBSEH, de 25/10/2019



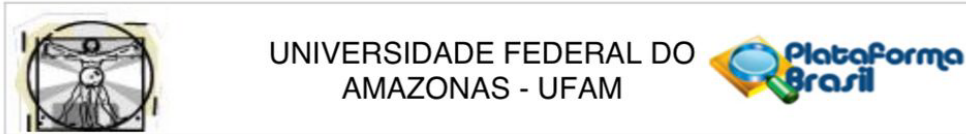
Documento assinado eletronicamente por **Deborah Laredo Jezini, Gerente**, em 04/05/2021, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **13385195** e o código CRC **2C7DA874**.

Referência: Processo nº 23531.003339/2021-06 SEI nº 13385195

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE

Pesquisador: Bruna Borges Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 40939520.8.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.722.709

Apresentação do Projeto:

DESENHO DO ESTUDO - Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) em Manaus, estado do Amazonas. A população de estudo será composta pelos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário Getúlio Vargas, no período de fevereiro de 2021 a maio de 2021. A amostragem será do tipo não probabilística por conveniência, com recrutamento consecutivo de pacientes hospitalizados no referido serviço no período da coleta de dados. O levantamento dos dados no cenário da cidade de Manaus busca refinar a compreensão da importância da comunicação como ferramenta de trabalho da equipe de saúde. Diante disso, busca-se responder: Qual a percepção do paciente quanto a efetividade da comunicação realizada pela equipe de saúde durante o seu internamento.

RESUMO - A comunicação é uma das principais ferramentas de trabalho utilizadas pela equipe de saúde. Ela integra a lista de competências gerais que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da área, sendo fundamental para um atendimento de qualidade. Muitas falhas no processo de comunicação ocorrem devido ao uso excessivo de termos técnicos e ao posicionamento frio e impessoal do profissional. A pesquisa tem como objetivos avaliar a efetividade da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, sob o olhar do paciente, no cenário do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus – AM, no período de fevereiro de 2021 a maio de 2021, identificando os possíveis problemas e descrevendo a importância da comunicação entre equipe de saúde e paciente, além de analisar o grau de esclarecimento dos

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

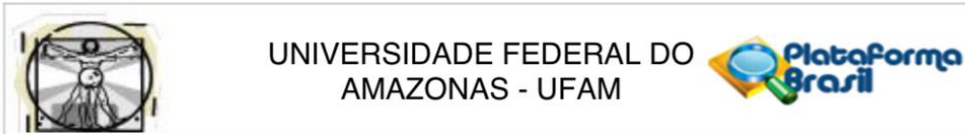
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

pacientes internados, acerca do seu quadro de saúde. Neste estudo transversal com abordagem quantitativa será utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado pela própria equipe do projeto. Os resultados da pesquisa serão úteis no entendimento da realidade local, além de possibilitarem o desenvolvimento de práticas hospitalares que possam melhorar a qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde.

INTRODUÇÃO - A palavra “comunicar” vem do latim *comunicare*, cujo significado se traduz em partilhar (PERLES, 2007). A comunicação integra a lista de “Competências Gerais” que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, estabelecidas entre 2001 e 2004 nas Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2014). Entender a comunicação enquanto competência geral é perceber que o tempo todo estamos comunicando, mesmo sem a utilização de fonemas, portanto, ela ocorre tanto de maneira verbal como de forma não-verbal (CERON, 2010). Dessa forma, a comunicação em saúde não se restringe ao ato de transmitir uma informação, reduzida a uma visão mecanicista que exige apenas a presença de um emissor e um receptor. Ela envolve emoções, percepções, posicionamentos, expressões faciais e especialmente o sentimento do emissor e a compreensão do receptor. Pensando nesse aspecto, a comunicação pode aproximar, fortalecer e solidificar a relação entre a equipe de saúde e o paciente, como também pode afastar e dificultar esse relacionamento (ICIT, 2014). Dentro do contexto da saúde, a comunicação é fundamental, pois todos os envolvidos no processo possuem direito de informação, sendo um dever dos profissionais esclarecerem as dúvidas através de uma comunicação de qualidade e eficaz. É importante que nesse processo, a equipe certifique-se de que a informação foi corretamente compreendida (CARNEIRO, 2017). Uma comunicação realizada com qualidade e eficiência, tem o poder de modificar a contextualização da doença para o paciente, podendo inclusive minimizar os impactos em sua vida. Entender verdadeiramente o processo de adoecimento, as causas, consequências, o que pode ser feito, as possibilidades terapêuticas e todas as demais variáveis envolvidas, possibilita uma percepção diferenciada da situação podendo reduzir a ansiedade gerada. A falha na comunicação, por sua vez, pode levar a um aumento da debilitação imposta pela doença, já que o paciente se sente perdido, confuso e por vezes tão ameaçado pela situação que não adere corretamente ao tratamento proposto (OLIVEIRA, 2004). O levantamento dos dados no cenário da cidade de Manaus busca refinar a compreensão da importância da comunicação como ferramenta de trabalho da equipe de saúde. Diante disso, busca-se responder: Qual a percepção do paciente quanto a efetividade da comunicação realizada pela equipe de saúde durante o seu internamento? Diante do papel da comunicação enquanto ferramenta de cuidado e da escassez de estudos sobre o tema, evidencia-se a necessidade de

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

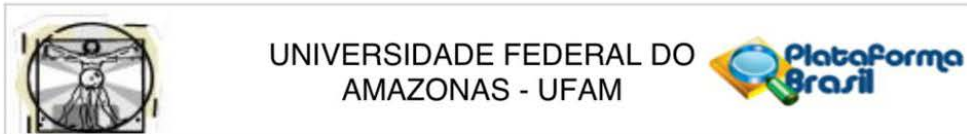
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

avaliar a sua importância e efetividade para os pacientes. O estudo proposto ancora sua relevância na necessidade de entender as principais variáveis envolvidas no processo de comunicação, de que forma ela acontece e especialmente sua efetividade, gerando uma maior compreensão sobre o grau de esclarecimento e satisfação dos pacientes quanto a comunicação com a equipe de saúde.

HIPÓTESE - A comunicação entre as equipes de saúde e os pacientes não é tão efetiva, sendo um dos principais problemas encontrados para uma comunicação mais eficaz, a pouca disponibilidade dos profissionais com relação a tempo e preocupação quanto ao entendimento do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, sob o olhar do paciente, no cenário do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus – AM, no período de fevereiro de 2021 a maio de 2021.

Objetivo Secundário:

- Delinear a população estudada segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Identificar os possíveis problemas relacionados à comunicação entre equipe de saúde e paciente;
- Descrever a importância da comunicação entre equipe de saúde e paciente;
- Analisar o grau de esclarecimento dos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário Getúlio Vargas, acerca do seu quadro de saúde;
- Descrever a satisfação dos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário Getúlio Vargas, acerca da comunicação com a equipe de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - Considerando a utilização de dados e o comprometimento dos autores com a importância da ética, o presente estudo atenderá aos princípios que envolvem as pesquisas com seres humanos, respeitando a resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz que a pesquisa envolvendo seres humanos deve considerar as características éticas para que possa garantir aos sujeitos participantes o anonimato e o respeito aos seus valores culturais, éticos, sociais, morais e religiosos, minimizando dessa forma todo e qualquer risco que seja inerente aos processos de investigação (BRASIL, 2006). Durante a produção do presente estudo, há o risco de divulgação dos dados coletados por quebra de sigilo, sendo este assegurado pela equipe de pesquisa. Portanto, no instrumento de coleta de dados será utilizado apenas o número do questionário como forma de identificação. Além disso, nenhum funcionário do Hospital Universitário Getúlio Vargas será citado, mencionado ou identificado. Garantiremos também o sigilo de toda e qualquer informação, sendo todos os questionários reciclados e as

Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

mídias digitais apagadas. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos, apresentados em eventos para caráter informativo e expositivo e o compartilhamento dos dados finais será direcionado para a geração de novos estudos. Quanto ao risco de contágio diante do cenário da pandemia pelo COVID-19, serão adotadas todas as medidas de biossegurança tanto para o participante quanto para o pesquisador, entre elas: distância mínima de 2 metros entre ambos, uso de máscaras e de álcool em gel. Caso o participante não possua um desses itens, a equipe de pesquisa disponibilizará para ele antes do início da entrevista. Vale ressaltar que todo o material compartilhável como canetas, pranchetas e pastas serão devidamente desinfetados antes de uma nova coleta de dados. Ao iniciarmos a aplicação do questionário, será explicado ao participante todas as normas de biossegurança acima citadas, buscando minimizar qualquer insegurança ou desconforto por receio de contaminação.

BENEFÍCIOS - O benefício imediato para o participante é a oportunidade de avaliar a qualidade do serviço recebido, contribuindo diretamente para melhoria da assistência prestada no hospital. A colaboração com pesquisas científicas pode despertar sentimentos de autoestima e satisfação por parte do colaborador devido a oportunidade de contribuição com a ciência. A pesquisa viabilizará para o Hospital Universitário Getúlio Vargas, dados relevantes sobre a comunicação da equipe de saúde com os pacientes, gerando material para discussão sobre aprimoramento ou manutenção do atendimento prestado, uma vez que a comunicação é uma importante ferramenta de cuidado ao paciente. Os dados coletados serão utilizados como produto de dissertação de mestrado e posteriores artigos científicos que poderão ser apresentados em eventos e irão potencialmente enriquecer e fomentar estudos e publicações ainda tão escassos sobre a temática. Tais informações também agregarão à formação profissional dos estudantes e profissionais vinculados ao hospital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

METODOLOGIA PROPOSTA - Tipo de estudo Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Local da pesquisa O presente estudo será realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) em Manaus, estado do Amazonas. O HUGV fundado há 54 anos, é o hospital-escola vinculado à Universidade Federal do Amazonas e está situado na Avenida Apurinã, nº 4, Praça 14 de Janeiro. Anualmente, atende, em média, 120 mil pacientes. Dentre os muitos serviços oferecidos, destacam-se: atendimento médico ambulatorial e hospitalar; ensino e pesquisa; residências em saúde - médica (COREME) e multiprofissional (COREMU), além de imagenologia. População do estudo e amostra A população de estudo será composta pelos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário Getúlio Vargas, no período de fevereiro de 2021 a maio

Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

de 2021. A amostragem será do tipo não probabilística por conveniência, com recrutamento consecutivo de pacientes hospitalizados no referido serviço no período da coleta de dados. Portanto, a amostra do estudo será a totalidade das pessoas que obedecerem aos critérios, sendo composta por pacientes de ambos os sexos, que tenham no mínimo 18 anos, que estejam disponíveis para responder o questionário no momento da coleta de dados e que desejem participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Instrumentos de coleta de dados Para avaliar a qualidade e efetividade da comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes, será aplicado um instrumento de coleta de dados elaborado pelos pesquisadores. Tal decisão foi baseada na escassez de questionários validados que tivessem contemplado todos os questionamentos levantados ao longo da elaboração do projeto. Além disso, será realizada uma coleta dos dados sócio demográficos e clínicos para melhor caracterização da amostra. No instrumento de coleta serão utilizadas categorias simples de respostas: sim, não, não sei e não se aplica; que são eficientes para análise estatística e tabulação de dados. Além disso, utilizaremos também a escala de Likert, em que os participantes especificam seu nível de concordância com uma determinada frase. Coleta de dados Os dados serão coletados em formulário elaborado pela equipe do projeto. Optou-se por elaboração de questionário próprio devido à escassez de instrumentos validados para averiguar os questionamentos levantados durante a revisão de literatura. A pesquisa será realizada no período de fevereiro a maio de 2021, com os pacientes internados nas enfermarias do HUGV. Será realizado teste piloto do formulário com 10 pacientes. Estima-se coletar dados de no mínimo 50 pacientes para esta pesquisa. Será solicitada assinatura de termo de anuência do hospital e a aplicação do questionário só será iniciada após a liberação do parecer de aprovação do CEP. O participante receberá o TCLE para leitura e posterior assinatura, caso queira participar da pesquisa, no qual constam as informações necessárias para que o entrevistado se sinta seguro e confortável, diante da participação neste estudo, como seus direitos preservados e ciente sobre a pesquisa, seus objetivos, a relevância do estudo, os riscos e benefícios. Ele será avisado que em caso de qualquer desconforto, inquietação, dúvidas, ansiedade ou tristeza, relacionados direta ou indiretamente as perguntas do instrumento de coleta de dados, pode optar por não participar mais da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para ele. Caso concorde em participar, o paciente receberá o questionário, fará a leitura e responderá sem interferências da equipe. Ao final, ele colocará seu questionário em um envelope, garantido assim que nenhum participante seja reconhecido ou sinta-se constrangido com qualquer pergunta do questionário. Além disso, mediante o atual contexto da pandemia pelo Corona Virus Disease (COVID-19) e os possíveis riscos de contágio, serão adotadas todas as

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

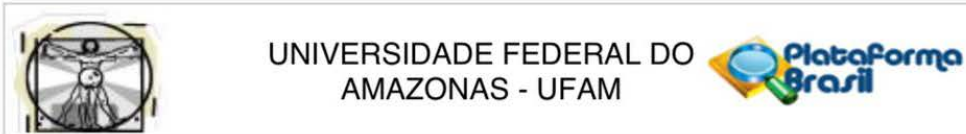
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

medidas de biossegurança tanto para o participante quanto para o pesquisado.

Critério de Inclusão:- Pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário Getúlio Vargas, no período entre fevereiro de 2021 e maio de 2021.

Critério de Exclusão:- Pacientes menores de 18 anos;- Pacientes com menos de 48 horas de internação, para os quais o contato com toda a equipe de saúde pode ainda não ter sido realizado;

- Pacientes com algum grau de dificuldade na comunicação, para os quais a participação na pesquisa ficará inviabilizada;

- Pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos;

- Pacientes não alfabetizados para os quais o instrumento de coleta de dados seja inaplicável.

Cronograma de Execução

Elaboração de artigo 30/07/2021 01/04/2021

Qualificação 31/08/2021 01/08/2021

Redação da discussão 31/07/2021 01/05/2021

Submissão do projeto para o Comitê de Ética 30/01/2021 08/12/2020

Ajustes finais da dissertação 30/11/2021 01/11/2021

Ajustes da dissertação 30/09/2021 01/09/2021

Coleta de dados 30/05/2021 01/06/2021

Análise dos dados 30/06/2021 01/04/2021

Defesa da dissertação 31/10/2021 01/10/2021

Conclusão 31/07/2021 01/07/2021

Entrega da versão final da dissertação 31/12/2021 01/12/2021

Reuniões com o orientador 31/12/2021 08/12/2020

Revisão Bibliográfica 31/08/2021 08/12/2020

Identificação de Orçamento Total Valor em Reais (R\$) - R\$300,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela e a versão 4 do PPGCIS-UFAM Intitulado : A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE da Pesquisador(a) Responsável: Bruna Borges Santos e tendo como orientador o Prof.Dr. Jonas Byk com o CAAE: 40939520.8.0000.5020.Foi Submetido em: 13/04/2021.A Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e tem Patrocinador Principal com Financiamento Próprio.

Foram apensados todos os documentos solicitados na apresentação da Carta- Resposta da versão anterior e os que fazem parte ao atendimento da Resolução 466-2012 do Sistema CNS-CEP-

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

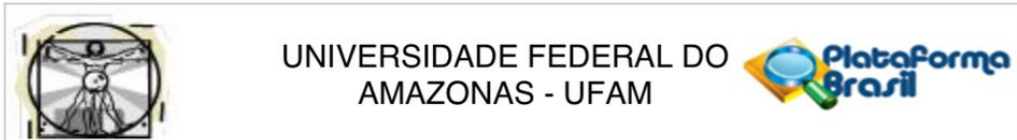
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

CONEP, a saber: Introdução; Objetivos; Metodologia incluso os Critérios de Inclusão e Exclusão; Riscos e Benefícios- Apensados e Contemplados; Instrumentos de Coleta de Dados- Contemplados; TCLE- Apensados e Contemplados; Termo de Anuência - Contemplado e assinado pela Gerente da GEP-HUGV- EbserH-UFAM profa. Dra. Déborah L Jezini; Folha de Rosto - Apensada e contemplada e assinada pela Coordenadora do PPGCIS-UFAM-Ebserh - Profa. Dra. Roberta L Gonçalves. Orçamento e Cronograma- Apensados e Contemplados.

Recomendações:

Não se Aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o parecer é pela Aprovação, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1677715.pdf	06/05/2021 20:06:04		Aceito
Outros	cartaresposta3.pdf	06/05/2021 19:59:42	Bruna Borges Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeanuencia.pdf	06/05/2021 19:58:33	Bruna Borges Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.pdf	13/04/2021 22:13:39	Bruna Borges Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/01/2021 22:36:41	Bruna Borges Santos	Aceito
Outros	instrumentodecoleta.pdf	09/12/2020 18:40:17	Bruna Borges Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	09/12/2020 18:38:54	Bruna Borges Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

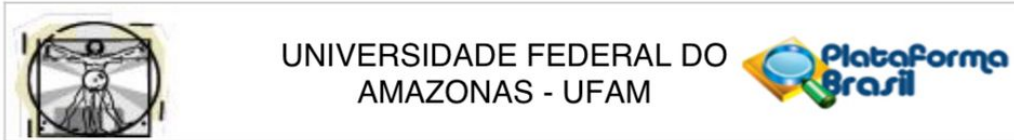
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.722.709

Não

MANAUS, 19 de Maio de 2021

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com