
A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes

ANA CLEIDE SOARES VICTOR¹
LAURA MISUE MATSUDA²

RESUMO

O presente estudo buscou levantar informações a respeito do conteúdo e das formas como a comunicação se processa entre a equipe médica e os visitantes de uma UTI-adulto. Participaram 27 visitantes de uma UTI, após terem conversado com o médico deste setor. Os dados foram coletados por intermédio de entrevista estruturada, em local privativo, após consentirem por escrito. Dentre os resultados obtidos, 8 visitantes não compreenderam tudo o que o médico havia informado; 24 nunca receberam informações por escrito do médico; 25 nunca repetiram para o médico o que este havia informado (*feedback*); e 12 não receberam nenhum estímulo para fazer perguntas. Quanto a **o quê** gostariam de ser informados, mencionaram: doença (22) e resultados de exames e tratamento (8), respectivamente). 14 gostariam de ser informados a respeito do estado geral do cliente e 8 a respeito do prognóstico. As três sugestões mais citadas para melhorar a comunicação entre ambos foram: receber mais detalhes a respeito do estado geral do cliente, mais abertura para fazer perguntas e receber informações por escrito. Os dados apontam que o processo de comunicação entre a equipe médica e os visitantes da UTI pesquisada necessita ser melhorado.

Palavras-chave: Comunicação. Enfermagem. UTI.

¹ Enfermeira da UTI-Adulto do HURM-PR. Mestre em Administração. Prof^ª Assistente do Dpto Enfermagem da Uningá-PR.

² Enfermeira. Prof^ª Dr^ª do Departamento de Enfermagem da UEM – PR.

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo complexo que envolve a transmissão, a recepção e a compreensão de informações por meio da fala, da escrita, de gestos, da mímica e de diferentes tipos de sons (tom de voz, grunhidos, pausas...). De acordo com a literatura, todas as manifestações humanas podem ser agrupadas em três formas: verbal, não-verbal e paralinguagem.

Quanto à definição do termo comunicação, Littlejohn (1978) afirma que, devido à natureza complexa e multidisciplinar do processo, o termo não tinha uma definição concisa, clara e universal. Ainda hoje, procurando em diversas publicações, não encontramos resposta para esse vácuo. Assim, para efeitos deste estudo, consideramos a definição de Vestal apud Marquis e Huston (1999) que enunciam como sendo "... a troca de significados entre e no meio de indivíduos através de um sistema compartilhado de símbolos (verbal e não-verbal) que possui o mesmo sentido tanto para o emissor, quanto para o receptor da mensagem."

Nas últimas décadas, a crescente tecnologia dos meios de comunicação tem contribuído para importantes avanços, produzindo benefícios à humanidade como: a transmissão/troca de informações em tempo real e a redução de barreiras entre diferentes línguas (MATSUDA et al., 2000). Acrescentamos a esses itens a redução das distâncias geográficas e culturais.

Acreditamos que, no contexto dos serviços de saúde, a comunicação é o fator mais importante a ser considerado, pois as variáveis *tempo* e *técnica* muitas vezes devem ocorrer de forma concomitante, visto que podem determinar a manutenção/recuperação da vida. Assim, a participação de todas as pessoas que, direta ou indiretamente, influenciam/atuaem nos processos de assistência, prevenção, diagnóstico e tratamentos devem ser considerada como ferramenta indispensável.

Sabemos que no trabalho em saúde a comunicação, na maioria das vezes, está aquém do desejado.

No contexto hospitalar, o subsistema Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local onde normalmente abriga os clientes em estado crítico, o que gera angústias e medo nos familiares e/ou pessoas próximas a ele, bem como exige a permanente atenção e tomada de decisões rápidas e seguras dos que atuam nesse serviço. Neste contexto, a comunicação intra-equipe e extra-equipe, assume importância ímpar no sentido de que não ocorram falhas em nenhum momento dos processos de atendimento. Assim, a comunicação eficaz, sem dúvida, pode prevenir importantes prejuízos ao cliente¹, ao profissional e/ou ambiente.

Na enfermagem, estudos como o de Plowright (1996); Domingues et al. (1999); Scarelli (1993); Nascimento e Martins (2000) e Santos et al. (1999), os quais abordam a respeito das famílias² (visitantes) de UTIs, afirmam que a comunicação (informação) consiste em um dos principais meios capazes de gerar ou minimizar angústias nos familiares. Outro fator citado pelas autoras é que o visitante pode e deve ser considerado como um importante aliado na recuperação do cliente.

Ao falar da qualidade na saúde, no que tange à categoria médica, Mirshawka (1994) e Nogueira (1994) apontam a necessidade desses profissionais atenderem-se à comunicação

¹ O termo cliente se refere à pessoa hospitalizada/internada.

² No contexto deste estudo os termos visitantes/familiares serão utilizados como sendo sinônimos.

efetiva nos processos de atendimento. Já Knobel (1998), ao comentar a humanização em UTI, destaca a necessidade "... da comunicação efetiva no sentido de identificar as dificuldades e promover o melhor plano para a solução dos impasses."

Quanto à comunicação verbal (escrita e falada) efetuada entre a equipe médica e visitantes de UTIs, não temos encontrado nenhuma publicação específica sobre esse tema. Plowright (1996) também salienta a escassez de estudos a respeito. No entanto, o que temos observado por intermédio do nosso cotidiano hospitalar é que a comunicação entre o profissional médico, assim como de outros profissionais e os seus familiares, é pouco freqüente e quase sempre muito breve. Robertson (1996) também comenta a respeito.

Diante da problemática apresentada, julgamos oportuno que, apesar de sermos profissionais de diferentes disciplinas, pesquisas neste campo devem ser desenvolvidas de modo a investigar as deficiências e possibilidades desse trabalho tão antigo e necessário à sociedade. Nesse âmbito, o corporativismo e a hegemonia do saber e fazer devem ser deixados de lado.

Vale lembrar que o intento dos inquéritos a respeito da atuação de outras profissões não deve ser tomado no sentido de depreciar a categoria, mas, sim, de subsidiar discussões e mudanças. Quanto ao estudo que ora realizamos, pensamos que a medicina, também como muitas outras, é uma profissão que, acima de tudo, deve justificar a sua função nas dimensões humana e social. Ademais, ainda que as abordagens às vezes possam conter dados com base no senso comum, sempre vale a pena refletir e tirar proveito daquilo que pode contribuir em termos de crescimento pessoal e profissional.

Mediante a problemática apresentada, consideramos ser importante ouvirmos a clientela atendida pela equipe médica, de modo que nos informe os fatores que interferem na comunicação eficaz dos profissionais dessa área. Sendo assim, propomos a realização do presente estudo, que tem como objetivo principal levantar e analisar o conteúdo e a forma como a comunicação verbal se processa entre a equipe médica e os visitantes de clientes de uma UTI-adulto de um hospital-escola.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo do tipo exploratório-descritivo contou com a participação de 27 visitantes de uma UTI-adulto de um hospital-escola do interior paranaense. Compuseram a amostra homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade de verbalização oral e/ou escrita. Os dados foram coletados no mês de fevereiro-março de 2002, após terem permanecido (visitado) com o cliente na UTI e, após isso, conversado com o médico de plantão daquele setor. Lembramos que, nesse serviço, o médico conversa com apenas um visitante de cada cliente, no horário de visitas da tarde. À noite, também há horário para visitas, mas não são fornecidas informações pelo médico de maneira sistemática, porém, dependendo do caso e do profissional, essa conduta é flexibilizada.

Para a realização da pesquisa, primeiramente obtivemos o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade a qual o hospital é vinculado. A seguir,

solicitamos a anuência do Diretor Superintendente e da Diretora do Serviço de Enfermagem do hospital.

O momento da coleta dos dados foi precedido por uma breve conversa com os visitantes, ainda no *hall* de entrada/saída da UTI, onde o(a) pesquisador(a) informava os objetivos e a finalidade do estudo. Mediante o consentimento verbal em participar, os mesmos eram orientados a se dirigirem a uma sala, para efetuarmos a entrevista. A coleta propriamente dita só se concretizou após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo respondente. As entrevistas foram efetuadas individualmente e em local privativo.

O instrumento de coleta de dados, após ter sido validado por cinco visitantes, se constituiu de um formulário com duas questões fechadas, duas mistas e três abertas, conforme constam nas Tabelas 1 e 2.

TRATAMENTO DOS DADOS

As freqüências das questões fechadas e mistas foram agrupadas e somadas de maneira direta e, a seguir, transformadas em porcentagens.

Quanto aos dados das respostas abertas, seguimos em parte a técnica da pesquisa qualitativa abordada por Bardin (1977), através da qual, primeiramente, as respostas foram lidas várias vezes e os trechos ou o todo que continha algum significado com a questão do estudo foi destacado. A seguir, reunimos todos os trechos e eliminamos as partes que eram iguais ou possuíam o mesmo sentido para uma mesma resposta e participante. Feito isso, agrupamos por igualdade ou semelhança as respostas de todos os participantes para uma mesma questão. Só no final é que as freqüências foram contadas e registradas.

Quanto à forma de apresentação dos dados, estes foram mostrados através de tabelas para melhor organizar e facilitar a análise dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com respeito à caracterização da amostra, dentre os 27 visitantes que participaram deste estudo, a maioria, 15 (55,6%), enquadrava-se na faixa etária de 31 a 50 anos. Do total da amostra, 14 (51,9%) eram do sexo feminino e 13 (48,1%), do sexo masculino.

Quanto ao grau de escolaridade, 13 (48,1%) não tinham terminado o 1º Grau e nenhum havia cursado o nível superior. Observamos que a escolaridade é um importante aspecto a ser considerado na comunicação visitante e equipe de saúde, visto que, durante a entrevista, aqueles com nível educacional mais baixo relatavam a respeito de suas limitações para se comunicarem com o médico, quais sejam: capacidade de elaborar perguntas de maneira objetiva; falar/compreender alguns termos técnicos; inibição para expor as suas angústias e necessidades.

No âmbito antes referido, Scarelli (1993) afirma que o nível de escolaridade pode ser um dos fatores que interferem na comunicação entre os profissionais da saúde e o cliente (e aqui acrescentamos também o familiar/visitante).

No que tange à profissão, com exceção da categoria estudante, que foi referida por 2

visitantes, os demais se enquadravam em diversas profissões de nível elementar (pedreiro, do lar, encanador e outros), estando em acordo com os níveis de escolaridade antes mencionados.

Dentre o grau de parentesco, prevaleceu aquele que se situa em primeiro grau (filho, mãe/pai, esposa/marido). Esse fato se justifica pela UTI ser uma unidade crítica e, portanto, restrita às visitas e acompanhantes. Lembramos, entretanto, que no setor em estudo as normas pertinentes às visitas são flexíveis, tendo em vista alguns resultados favoráveis manifestados pelos clientes.

A seguir, apresentaremos os resultados e a análise da parte específica deste estudo:

Tabela 1 – Distribuição das freqüências de respostas às questões fechadas e mistas, apresentadas por visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal efetuada pela equipe médica durante o processo de visita. Maringá – PR. 2002

Pergunta	Resposta	Freq.	%
1. O Sr(a) compreendeu tudo o que o médico lhe informou? • Se NÃO , o que o sr(a) não entendeu?	• Sim	19	70,4
	• Não	8	29,6
	• Estado geral do cliente	4	14,8
	• Dieta/alimentação	2	7,4
	• O porquê da cirurgia	1	3,7
	• Não respondeu	1	3,7
2. Alguma vez, nesta UTI, o médico entregou alguma informação e/ou orientação por escrito? • Se SIM , qual foi o conteúdo?	• Sim	3	11,1
	• Não	24	88,9
3. Após dar alguma informação, o médico solicitou para que o(a) Sr(a) repetisse/confirmasse o que ele disse?	• Não lembra	3	11,1
	• Sim	2	7,4
4. O médico permitiu ou estimulou que o(a) Sr(a) fizesse perguntas?	• Não	25	92,6
	• Sim	12	44,4
	• Às vezes	12	44,4
		3	11,2

De acordo com a tabela 1, observamos que, do total da amostra (27), a maioria (70,4%) referiu ter compreendido todo o conteúdo das informações fornecidas pelo médico. Entretanto, um número significativo respondeu não (29,6%). Ainda nessa

mesma questão, quando perguntados o quê eles não entenderam, 4 (14,8%) referiram que foi a respeito do estado geral do cliente; 2 (7,4%) apontaram a dieta; 1 (3,7%) o porquê da cirurgia da sua esposa e 1 (3,7%) não respondeu.

Consideramos que os dados antes apresentados são de extrema relevância, visto que os riscos e as angústias resultantes da falta e/ou da má compreensão das informações podem resultar em conseqüências difíceis de serem solucionadas, seja na dimensão biológica quanto na psicológica e/ou social do cliente e de seus familiares.

A importância antes referida é reforçada pela fala de Souza (1994), quando afirma que a família tende a aceitar mais as recomendações do médico a outros profissionais. Isso, ao nosso ver, é reflexo da formação cultural da sociedade visto que o médico sempre deteve o poder de decisão junto à equipe de saúde.

Embora a hegemonia do poder de decisão ainda esteja circunscrita, na maioria das vezes, na figura do médico, no serviço em estudo, tem-se procurado dissolver o poder decisório da atenção ao cliente, por intermédio das visitas diárias à beira do leito, com a participação dos diversos profissionais que compõem a equipe. Ao nosso ver, essa é mais uma estratégia de assistência adotada pela equipe que merece ser destacada, pois, embora vivencie as dificuldades inerentes às deficiências estruturais de um hospital público, a conduta profissional da equipe corresponde com as necessidades apontadas por estudiosos da qualidade, como atestam Nogueira (1994) e Silveira (1998).

Na questão seguinte, referente ao recebimento por escrito de alguma informação e/ou orientação pelo médico, 3 (11,1%) referiram sim e 24 (88,9%) responderam não. Aos que responderam sim, solicitamos que dissessem o conteúdo do que lhe foi comunicado por escrito. Entretanto, todos referiram não lembrar.

Quanto à oportunidade de realização de *feedback* pelo médico solicitando ao visitante que repita as informações verbalizadas por ele, apenas 2 (7,4%) pessoas apontaram que esse fato já havia ocorrido e 25 (92,6%), ou seja, a absoluta maioria, responderam não.

No que tange à “abertura” por parte do médico, ou seja, à oportunidade de fazer perguntas, 12 (44,4%) admitiram que sim. Também em igual número responderam não e 3 (11,2%) afirmaram que, às vezes, esse fato ocorre.

Desviar-se da conversa com os visitantes (e clientes) pela equipe de saúde tem causas multivariadas como aquelas mencionados por Matsuda (1989) quando aborda a humanização no hospital e também àqueles mencionados por Knobel (1998), a respeito da humanização em UTIs. Sob uma perspectiva diferente, Gonçalves (1999), ao vislumbrar o tema educação médica e a relação deste com o paciente, menciona a tecnologia como um meio de distanciamento do profissional com o seu cliente. Concordamos com o último autor, visto que ao longo da nossa vivência profissional de quase 20 anos, muitos profissionais têm-se mostrado sumamente dependentes da tecnologia como se as aparelhagens no processo de atenção à saúde fosse fim e não apenas meio.

Ainda Gonçalves (1999) ressalta a importância de assistir o cliente não só “...nos seus componentes físicos, químicos e biológicos, mas também nos componentes mentais e psicológicos, emocionais, espirituais e sociais”. Consideramos confortante o que esse autor nos diz, visto que, no âmbito do atendimento médico, a abordagem holística permeada pela comunicação individual e efetiva (especificamente com a família) não é freqüente.

Outro autor que ressalta essa necessidade é Knobel (1998), que cita a importância da comunicação “objetiva, honesta e freqüente” como a “mais importante necessidade dos pacientes e familiares nas UTIs”.

Apesar de a literatura apontar que as perspectivas humanizadoras estão sendo almeçadas pela categoria médica, em se tratando de UTIs, devemos considerar que, na maioria das vezes, o familiar é o principal interlocutor da equipe e, para tanto, é imprescindível a sua participação no processo de assistência.

Tabela 2 – Distribuição das freqüências de repostas às questões abertas, apresentadas por visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal efetuada pela equipe médica durante o processo de visita. Maringá – PR. 2002.

Pergunta	Resposta*	Freq.	%
1 O que o médico lhe informou?	• Sobre a doença	22	45,8
	• Resultados de exames	8	16,6
	• Tratamento	8	16,6
	• Normas/rotinas	2	4,2
	• Dieta/alimentação	2	4,2
	• Como a família pode contribuir no tratamento	2	4,2
	• Prognóstico	1	2,1
	• Cuidados pós-alta	1	2,1
	• Estado psicológico do cliente	1	2,1
	• Aparelhos em uso	1	2,1
Total		48	100
2 Sobre o que gostaria de ser informado pelo médico, após a visita?	• Estado geral	14	53,8
	• Prognóstico	8	31
	• Dieta/alimentação	2	7,6
	• Humanização	1	3,8
	• Cuidados preventivos	1	3,8
Total		26	100
3 Que sugestão daria para melhorar a comunicação verbal entre os médicos desta UTI e os visitantes?	• Fornecer mais detalhes sobre o estado geral do cliente	6	50
	• Mais abertura para fazer perguntas	3	25
	• Dar informações por escrito	2	16,7
	• O médico deve conversar com mais de um visitante por vez	1	8,3
Total		12	100

- mais de uma resposta por respondente.

Conforme observamos na tabela 2, os três itens mais abordados pelos médicos, segundo os visitantes, foram: a doença (45,8%), resultados de exames (16,6%) e tratamento (16,6%). Aspectos relacionados às normas/rotinas, alimentação, orientações de como a família pode contribuir no tratamento, prognóstico e outros foram também mencionados, porém em menor freqüência.

A questão seguinte referente a o que o visitante gostaria de ser informado pelo médico após a visita, 14 (58,8%) mencionaram que gostariam de saber mais detalhes a respeito do estado geral do cliente; 8 (31%) referiram o prognóstico e 2 (7,6%) a dieta. Humanização e cuidados preventivos foram mencionados apenas uma vez (3,8%). Percebemos que esses dados relacionam-se a valores culturais da sociedade, visto que, para muitos, ainda existe o estigma de que se o doente está na UTI “é para morrer” (SILVA et al., 2001).

Consideramos que os itens mais enfocados pelos médicos e também pelos visitantes nas duas questões anteriores se justificam pelo fato de que a UTI é o local onde comporta enfermos com maior risco de vida, sendo os enfoques na doença e no tratamento mais evidentes.

Quanto às sugestões dos visitantes para melhorar a comunicação verbal da equipe médica para com eles, de acordo com o número de citações, destacaram-se: fornecer mais detalhes sobre o estado geral do cliente (50%); possibilitar mais “abertura” para fazer perguntas (25%); fornecer informações por escrito (16,7%); e o médico deve conversar com mais de um visitante por vez (8,3%).

Notamos que as informações a respeito do estado geral são as necessidades mais frequentes dos visitantes e também que muitos dos itens informados pelo médico não correspondem com as necessidades apontadas pelos visitantes. A nosso ver, essa distorção pode causar mais angústias nos familiares, visto que, diante das dificuldades em se expressarem, da limitação de tempo e da frequência dos contatos com o médico, as informações devem ser adequadas e otimizadas. Uma medida prática poderia ser o questionamento sistemático pelo médico aos visitantes, sobre quais itens gostariam de ser informados.

Quanto às sugestões para melhorar a comunicação entre a equipe médica e os visitantes, consideramos que todas são oportunas e coerentes, visto que a população atendida no hospital em estudo possui pouca escolaridade e muitos residem na zona rural onde os meios de comunicação e o volume de informações podem ser mais escassos.

Em nossa vivência profissional em UTIs, temos observado que, mesmo quando as informações são fornecidas de maneira detalhada, os familiares mostram-se angustiados, visto que eles também desejam ouvir se o seu ente querido irá sobreviver e/ou quando receberá alta do setor. Estas informações, muitas vezes, não podem ou não devem ser fornecidas, pois geram expectativas que podem não se concretizar.

Mesmo nos casos em que a compressão não seja barreira para a obtenção de informações a respeito de um familiar internado, sabemos que a comunicação entre a equipe de saúde - aqui especificamente falando das UTIs - pode ser limitada. No cotidiano do nosso trabalho, temos observado que, não raras vezes, quando um colega ou seu familiar se encontra internado, a própria equipe que o assiste evita maiores contatos com os seus visitantes. Na entrevista publicada por Soares (2001), o médico Alex Botsaris faz um importante desabafo e relata o drama vivido por ele quando o seu filho que nasceu prematuro (e faleceu) ficou internado numa UTI neonatal. Conta que o que o deixou mais angustiado durante todo o processo foi a falta de comunicação/informação por parte dos seus colegas de profissão.

Consideramos que, apesar da complexidade e da crescente demanda por serviços, a comunicação é o principal fator que age em todos os momentos nos processos de

atenção à saúde. Assim sendo, a forma como ela se processa, o conteúdo, o momento e a quem se dirige são quesitos que devem ser contemplados e otimizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a abordagem holística apregoada pela maioria das disciplinas relacionadas às áreas biológicas e humanas, estudos como este devem ser estimulados no sentido de conhecer os alguns aspectos que envolvem o processo de comunicação médico/cliente/visitante. Nesse âmbito, a comunicação da equipe médica com os familiares/visitantes é uma ferramenta indispensável para a efetivação dessa perspectiva.

Dentre os resultados obtidos no presente estudo, que teve como objetivo investigar o conteúdo e a forma como a comunicação verbal se processa entre a equipe médica e os visitantes de clientes de uma UTI-adulto, destacamos: 8 respondentes referiram não ter entendido tudo o que lhe foi informado; 24 afirmaram nunca ter recebido informações por escrito; e 25 mencionaram não ter sido estimulados para repetir as orientações a fim de confirmar a compreensão das mesmas.

A positividade quanto à abertura e à realização de perguntas foi mencionada por 12 dos 27 participantes, o que certamente pode contribuir para minimizar as angústias daqueles que temem pela vida de algum ente querido.

Outra questão que se relaciona às informações fornecidas pelo médico aos visitantes da UTI é que elas giram quase que exclusivamente em torno da patologia do cliente (doença, resultados de exames e tratamento). Isso corresponde com a opinião da maioria (14), que referiu que gostariam de receber informações do médico a respeito do estado geral da pessoa que ele visitou, porém 6 sugeriram que o médico forneça mais detalhes a respeito.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, ao comunicar-se com os visitantes, o médico utiliza-se basicamente da forma verbal, unilateral e dirigida à doença.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 225 p.

DOMINGUES, C. I.; SANTINI, L.; SILVA, V. E. F. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p. 39-48, março, 1999.

GONÇALVES, E. L. A educação médica e a relação médico-paciente. **Pediatrics**. v. 21, n. 3, p.174-181, 1999.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. , São Paulo, Atheneu. 1998.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Trad. de Álvaro Cabral.

Rio de Janeiro, Zahar. 1978.

MARQUIS, B. L. e HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ltda., 1999, 557 p.

MATSUDA, L. M. **Humanização no hospital: principais expectativas dos pacientes versus equipe de enfermagem**. Ribeirão Preto, 1989, 42 f. Monografia (Especialização) – Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. e BOAN, F. S. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. **Nursing**. Edição brasileira. n. 29, p. 16-20. Outubro, 2000.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido!!! A vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

NASCIMENTO, E. R. P. e MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**. Edição brasileira. n. 29, p. 26-30. Outubro, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PLOWRIGHT, C.I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. **Nursing**. Ed. Portuguesa. Lisboa, n. 102, p. 30-32. Julho/agosto, 1996.

ROBERTSON, L. Informação é a chave para dar responsabilidade à família. **Nursing**. Ed. Portuguesa. Lisboa, n. 99, p. 29-30. Abril, 1996.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N. e SILVA, S. C. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família. **Nursing**. Edição brasileira. n. 17, p. 26-29. Outubro, 1999.

SCARELLI, E. M. **Orientação à família do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva**. Ribeirão Preto, 1993, 96 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

SILVA, N.; TIZOLIN, A. M. e MATSUDA, L. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes de uma UTI-adulto. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, **Anais...** Curitiba – PR. 2001, CD-ROM.

SILVEIRA, J. A. M. Novas estratégias para a melhoria da qualidade no setor da saúde. In: MELLO, Joamel Bruno de e CAMARGO, Marlene Ortega de (Org.). **Qualidade na saúde: Práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. Cap. XXI, p. 237-254. São Paulo: Best Seller, 1998.

SOARES, L. Doutores na berlinda. São Paulo, **Veja**, edição 1731, n.º 50, p. 1-15, dezembro. 2001.

SOUZA, M. F. **Unidade de terapia intensiva: opinião de familiares**. Salvador, 1994, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.