



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Ana Paula Lima Alves

A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Aurora Pereira (orientadora)

Professora Arminda Vieira (coorientadora)

Dezembro de 2012

Agradecimentos

Quero agradecer a todos que, de algum modo, contribuíram para que este estudo se tornasse uma realidade.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Mestre Arminda Vieira, orientadora e coorientadora, respetivamente, desta dissertação, pela disponibilidade, pela partilha de saberes, pela pertinência das suas críticas e sugestões e pelo incentivo que, constantemente, me deram.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo pela disponibilidade demonstrada e pela forma como me acolheram na UCI.

Aos meus colegas de mestrado pelos momentos que partilhamos ao longo deste percurso formativo.

À minha mãe pelo apoio e pela força que me transmitiu.

À minha querida e saudosa avó *Fana* que, apesar de não estar em presença física do meu lado, sempre me acompanhou e estaria, com certeza orgulhosa deste meu percurso.

Ao Miguel pela paciência, carinho, compreensão, pelo companheirismo que demonstrou.

A todos vós o meu mais sincero obrigado!

RESUMO

A comunicação permite relacionarmo-nos com os outros, tornando-nos um ser social e constitui um pilar importante onde assenta a humanização dos cuidados de saúde.

A pessoa com falência de funções vitais que necessita de ventilação artificial não emite sons, devido à presença de um tubo endotraqueal, limitando a capacidade de comunicar, justamente em momentos de maior fragilidade, quando corre risco de vida. É neste contexto que surge este estudo, cujo interesse foi despoletado durante um estágio numa unidade de cuidados intensivos, onde tive a oportunidade de cuidar de doentes críticos ventilados e, por isso, impedidos de comunicar verbalmente. Neste sentido, desenvolvemos um estudo qualitativo de carácter exploratório descritivo, cujo objetivo foi compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

Como estratégia de recolha de dados optámos pela entrevista semiestruturada e pela observação participante a um grupo de dez enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital da zona Norte de Portugal.

Após a análise dos dados obtidos através da técnica de análise de conteúdo, os resultados foram organizados em torno de cinco áreas temáticas: modos de comunicar; finalidades da comunicação enfermeiro/doente; fatores que interferem no processo de comunicação; estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação e sugestões para otimizar a comunicação. Emergiram as seguintes conclusões:

Na interação enfermeiro/doente são mobilizados os modos de comunicar-verbal e não-verbal. Enquanto os enfermeiros utilizam preferencialmente a palavra falada para comunicar com o doente, associada grande parte das vezes a formas de comunicação não-verbal, o doente comunica com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, estando estas dependentes da descodificação da mensagem por parte do enfermeiro.

Das finalidades da comunicação enfermeiro/doente evidencia-se o explicar dos procedimentos que vão executar e avaliar as necessidades do doente.

Dos diversos fatores que interferem na comunicação enfermeiro/doente destacamos o estado de consciência/nível de sedação do doente, a experiência profissional do enfermeiro em UCI e o ambiente da própria unidade.

Emergiram sugestões que atribuem particular importância ao desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro e à partilha de relatos das experiências dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Neste sentido perspetivamos mudanças que impliquem um maior investimento na formação dos profissionais neste domínio e um maior envolvimento da família nos cuidados fomentando espaços de reflexão que ajudem a aproximar o cuidador da pessoa cuidada.

Palavras-chave: Cuidados intensivos, comunicação, ventilação mecânica

Dezembro de 2012

ABSTRACT

Communication allows us to relate with each other, making us social beings, and it is an important pillar in which the humanization of health care lies.

The person suffering with vital functions failure requiring artificial ventilation emits no sounds, due to the presence of an endotracheal tube, limiting the ability to communicate precisely in moments of weakness, when life is at risk.

It is in this framework that this study was made, its interest having been sparked during an internship in an intensive care unit, where we had the opportunity to provide nursing care to critically ill ventilated patients, therefore, unable to communicate verbally.

Thus, we have developed a descriptive exploratory qualitative study, whose purpose was to understand the process of communication between the nurse and the person in critical condition, submitted to invasive mechanical ventilation, in order to contribute to the improvement of the quality of nursing care.

As data collection strategies, we chose a semi directed interview, and a participant observation of a group of ten nurses was carried out in an intensive care unit of a hospital in the North of Portugal.

After analyzing the collected data through the technique of content analysis, the results were organized around five themes: ways of communicating; purposes of communication between nurse and patient; aspects that interfere with the communication process; strategies used by the nurse in the process of communicating, and suggestions to improve communication.

We obtained the following conclusions:

In the interaction between nurse and patient are used verbal and non-verbal modes of communication. While nurses use preferably verbal modes with the patient, often associated with non verbal modes, the patient communicates with the nurse mainly through non verbal modes of communication, which rely on the nurses decoding the message.

Among the purposes of communication between nurse and patient, stand out explaining the procedures that will be performed and evaluating the patients needs.

Amid the various factors that interfere with communication between nurse and patient are noticeable the state of consciousness and the sedation level, the experience of the nurses in ICU and the environment in the unit itself.

Some suggestions were made that attribute particular importance to the development of the nurses communication skills and the sharing of stories of the experiences of patients undergoing mechanical ventilation.

In this sense, we predict changes that would lead to greater investment in the training of professionals in this field and more family involvement in care by fostering opportunities for reflection that help bring the caregiver closer to the person.

Key words: Intensive Care, communication, mechanical ventilation

December of 2012

Índice

Introdução.....	17
Capítulo I — A Comunicação e o Cuidar em Enfermagem.....	21
1 — Comunicação – Abordagem Concetual.....	23
1.2 — Conceito de comunicação	23
1.2 — O processo de comunicação	25
2 — Comunicação e Relação Terapêutica.....	28
2.1 — Comunicação verbal e não-verbal	29
2.2 — Relação terapêutica.....	33
2.3 — Competências comunicacionais em saúde	36
3 – A Comunicação e o Cuidar numa UCI.....	39
Capítulo II — Metodologia de Investigação.....	45
1 — Da Problemática aos Objetivos	47
2 — Tipo de Estudo	48
3 — Contexto e Participantes	48
3.1 — O contexto.....	48
3.2 — Os participantes	49
4 — Estratégias de Colheita de Dados	51
5 — Análise dos Dados.....	53
6 — Considerações Éticas.....	54
Capítulo III — A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Apresentação e Análise dos Dados	57
1 — Modos de Comunicar.....	60
2 — Finalidades da Comunicação Enfermeiro /Doente.....	63
3 — Fatores que Interferem no Processo de Comunicação	65
4 — Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro no Processo de Comunicação.....	69
5 — Sugestões para Otimizar a Comunicação	72
Capítulo IV — Discussão dos Resultados.....	75
Capítulo V — Conclusões e Perspetivas Futuras.....	93
Referências Bibliográficas	101

Anexos	105
Anexo A – Consentimento do Conselho de Administração para a realização do estudo	107
Apêndices	109
Apêndice A – Consentimento informado entregue aos participantes	111
Apêndice B – Guião da entrevista	113
Apêndice C – Guião da observação	115
Apêndice D – Análise de conteúdo	117

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo cibernético da comunicação humana_____	27
Figura 2 – Modos de comunicar - categorias_____	60
Figura 3 – Finalidades da comunicação enfermeiro/doente – categorias _____	63
Figura 4 – Fatores que interferem no processo de comunicação - categorias _____	66
Figura 5 – Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação – categorias_	69
Figura 6 – Sugestões para otimizar a comunicação – categorias _____	72

Índice de quadros

Quadro 1 – Caracterização dos participantes	50
Quadro 2 – A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.....	59

Lista de abreviaturas

E- Entrevista

NC - Notas de campo

O - Observação

OA – Observação do ambiente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

Introdução

O Homem, enquanto ser humano, depende da forma como se relaciona e comunica com o meio que o rodeia. Este é um processo dinâmico, verbal e não-verbal, que permite a acessibilidade aos seus semelhantes, às experiências físicas e sensoriais, às informações e à sua própria humanidade. Assim, pode afirmar-se que a comunicação é inerente ao comportamento humano. Envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento que possibilita a vivência do ser humano em sociedade.

A comunicação eficaz em ambiente hospitalar “permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, porquanto permite a este exteriorizar as suas necessidades na busca de soluções, com ênfase na sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização” (Carneiro, Fontes, Costa, & Morais, 2009, p. 325). No entanto, nem sempre a condição fisiopatológica da pessoa lhe permite esta interação com o meio que a rodeia. Deste modo, o comprometimento na comunicação tem sido descrito como uma experiência algo assustadora para o doente crítico e constitui um fator significativo na avaliação de sintomatologia como a dor e na participação dos doentes na tomada de decisão sobre o seu tratamento.

A pessoa em situação crítica, internada numa unidade de cuidados intensivos (UCI), constitui uma situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidas, quer seja por dificuldade ou incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não-verbal, quer seja por necessidade de ser submetida a ventilação mecânica invasiva, razão pela qual não consegue emitir sons devido à presença de um tubo endotraqueal ou ainda por estados de consciência alterados, geralmente, provocados pela sedação a que são sujeitos.

Com o internamento, a pessoa sofre uma rutura com todo o ambiente em que está inserida, ficando distante daqueles que lhe são significativos, o que, por si só, já é uma situação geradora de stresse. A pessoa em situação crítica e /ou falência multiorgânica que fica internada numa unidade de cuidados intensivos é alvo de inúmeros procedimentos invasivos, sendo estes, uma grande parte das vezes, sentidos pelo doente como ameaçadores. É nestas situações que a comunicação em saúde assume uma importância maior na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, sendo que é “destinada à incorporação do conhecimento útil e à revisão e /ou construção de representações e adoção de modos de agir que possibilitem a promoção do auto cuidado à saúde individual, coletiva e ambiental, assim o profissional estará promovendo uma vida” (Sanduaval, 2000, pp. 12-13).

A mudança a que a pessoa em situação crítica é sujeita com o internamento numa UCI é vista por Meleis (2010) como um processo de transição. De acordo com a mesma autora, este conceito relaciona-se com adaptação, desenvolvimento humano, expansão de consciência, podendo definir-se como uma passagem de um estado para outro, sendo a qualidade de vida e o

conforto a finalidade desse mesmo processo. É considerado como um conceito central na enfermagem, onde o cuidar deve ser visto como um processo que facilita as transições. As condições que conduzem aos processos de transição estão basicamente ligadas a três tipos de transição: a desenvolvimental, a situacional, e a de saúde/doença, as quais podem gerar instabilidade, produzindo efeitos negativos e profundas alterações passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no indivíduo. A relação enfermeiro/utente, frequentemente, ocorre durante períodos de instabilidade em qualquer dos níveis supra citados. Ao longo do presente trabalho, debruçamo-nos sobre a transição de saúde/doença, por ser a que se coaduna com os objetivos do estudo.

O enfermeiro que trabalha na UCI deve estar sensível para reconhecer alterações clínicas do doente e muitas delas poderão ser observadas por meio dos gestos, do olhar, da linguagem corporal, em suma, utilizando a linguagem verbal e não-verbal. O equilíbrio na comunicação, na construção do diálogo é uma das premissas fundamentais para se alcançarem os objetivos da humanização dos cuidados nas UCI's pois, a partir do momento em que o enfermeiro comunica com o doente através das várias formas de comunicação – verbal e não-verbal - o cuidado prestado será de qualidade e humanizado, sendo estabelecida uma relação terapêutica eficaz.

Foi neste contexto e decorrente da nossa experiência no âmbito de um estágio em UCI que consideramos pertinente estudar a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, na perspetiva do enfermeiro.

Este estudo tem como objetivo geral compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI e, neste âmbito, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o modo como se processa a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Identificar os fatores que interferem na comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

O presente trabalho está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo vamos contextualizar a comunicação e o cuidar em enfermagem, sendo feita uma abordagem em torno do conceito e processo de comunicação, da comunicação e da relação terapêutica, assim como das competências comunicacionais do enfermeiro e do cuidar em UCI na perspetiva do cuidado transicional; no segundo capítulo são apresentados os materiais e métodos de investigação, onde é efetuada uma perspetiva de todo o percurso decorrido desde a definição da problemática do estudo até aos objetivos, o tipo de estudo, as estratégias de recolha de dados, o contexto e os participantes do estudo, assim como as considerações éticas; o terceiro capítulo refere-se à apresentação e análise dos dados obtidos; o quarto capítulo diz respeito à discussão dos resultados; e, no quinto e último capítulo são apresentadas as conclusões e perspetivas futuras.

Pretendemos com os resultados deste estudo contribuir, de modo significativo, para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva a vivenciar uma situação crítica de saúde, através de uma relação terapêutica mais efetiva, permitindo aos intervenientes do processo obter ganhos em saúde resultantes do desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro.

Capítulo I — A Comunicação e o Cuidar em Enfermagem

Comunicar faz parte do dia-a-dia do ser humano e constitui a pedra basilar dos cuidados de saúde.

Este capítulo tem como finalidade contextualizar a temática em estudo e aborda as questões que envolvem o processo comunicativo e a importância deste no âmbito do cuidar em UCI.

1 — Comunicação – Abordagem Concetual

A comunicação é um fenómeno muito estudado e, nas últimas décadas, comunicação em saúde tem tomado relevância, pelo que vamos abordar este conceito e o seu processo sob a prespetiva de vários autores.

1.2 — Conceito de comunicação

A comunicação é um processo inerente ao ser humano, identificando-o como um ser social, dado que “é a nossa aptidão para comunicar em um nível superior que separa os seres humanos dos animais” (Littlejohn, 1988, p. 18). Faz parte das necessidades humanas básicas e “todos temos uma ideia sobre a natureza da comunicação, dada a naturalidade com que falamos, escrevemos e nos relacionamos com os outros através justamente da comunicação” (Freixo, 2011, p. 25).

Etimologicamente o termo comunicar provém do latim *Comunicare* e significa pôr em comum. Revela a relação necessária entre os seres humanos, uma vez que é a partir do processo comunicacional que compartilhamos experiências, vivências, angústias e inseguranças, ao mesmo tempo que satisfazemos necessidades enquanto seres de relação.

É através da comunicação que nos reconhecemos como pessoa e nos damos a conhecer ao outro, pois através de “um ato de comunicação, experimentamos o sentido de uma comunhão com aquele a quem nos dirigimos, porque com ele passamos a ter algo de comum” (Littlejohn, 1988, p. 7).

Dias & Ferreira (2005), realçam as trocas interpessoais inerentes à comunicação quando a definem como “um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não-verbais de informações e ideias (...) não se refere só ao conteúdo mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento” (p. 93).

Em todos os atos da vida do ser humano, a comunicação prevalece como uma dimensão de grande relevância no contexto da vida social, pois a “nossa vida quotidiana é afetada pela forma como comunicamos com os outros e pelas mensagens que recebemos dos outros” (Littlejohn, 1988, p. 18). A este propósito, também Stefanelli & Carvalho (2005) consideraram a

comunicação como “um modo de ação com propósitos e efeitos que propiciam a construção de mundos sociais” (p. 5).

No âmbito da enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2, comunicação é um foco de enfermagem definido como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos, sincronizados ou não sincronizados” (International Council of Nurses, 2011, p. 45). Nesta definição está explícito o lado não-verbal da comunicação que tem vindo a ser progressivamente estudado e valorizado, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem.

Phaneuf (2005) refere que a “comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (p. 23).

Pode então, afirmar-se que a capacidade que o ser humano possui para comunicar, utilizando linguagem verbal e não-verbal é ilimitada, pois tudo em nós comunica, desde as palavras que proferimos, ao movimento corporal, à nossa aparência física, tudo em nós transmite informação ao outro e permite que este nos percecione de determinada forma.

Deste modo, comunicação, apesar de ser um termo já há muito tempo utilizado, é um conceito amplo e de difícil definição, dada a complexidade de todo o processo e fenómenos que o envolve. Consequentemente foram emergindo distintas definições consoante a abordagem de cada autor e a área da ciência onde se insere. As várias construções do conceito de comunicação evoluíram cronologicamente, ainda que se tenha mantido a existência de elementos comuns nas várias definições, como é o caso da interação e partilha, que se tornaram o cerne do ato comunicativo.

A comunicação é considerada parte integrante do cuidar e a interação um conceito central do ato comunicativo. George (2000) refere que as teorias de enfermagem estão “categorizadas em teorias orientadas para as necessidades, as interações, os sistemas e os campos de energia” (p. 19), tendo como ponto transversal a comunicação associada ao cuidar na base da relação enfermeiro/doente.

De igual modo, Stefanelli & Carvalho (2005), consideram que a evolução da enfermagem enquanto ciência valorizou progressivamente a comunicação interpessoal no cuidar em enfermagem, tendo em conta as características pessoais dos dois intervenientes: enfermeiro e doente.

Numa perspetiva do modo como tem sido abordada a comunicação em enfermagem pelas diferentes teóricas verificamos que já Florence Nightingale enfatizava a função informativa da comunicação quando fazia referência à importância do que é dito ao doente e o que deve ser falado com ele. Posteriormente, comunicação foi definida como necessidade básica por teóricas como Virgínia Henderson e Faye Abdellah. Outras teóricas como Watson e Adam ampliam a abrangência do conceito, abordando-o como estratégia importante no relacionamento terapêutico. Nesse contexto, Adam (1994) refere ser competência do enfermeiro “demonstrar, por palavras e actos, que tem atitudes que o paciente pode qualificar de ajuda” (p. 94). Meleis,

teórica que desenvolveu o conceito de transição no cuidar, também assenta a sua teoria transicional na relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente. Na opinião desta autora, para ajudar o doente a vivenciar da forma mais positiva possível o seu processo de transição saúde/doença é necessário que o enfermeiro possua competências no âmbito da comunicação. No sentido de proporcionar uma compreensão facilitada da relação entre a comunicação e o cuidar em enfermagem, após uma abordagem dos vários conceitos de comunicação, vamos abordar com mais especificidade o processo de comunicação.

1.2 — O processo de comunicação

Para se iniciar o processo de comunicação, é necessário que haja um emissor com necessidade de transmitir uma mensagem. Esta, para ser transmitida, tem que passar por um processo de codificação e é enviada através de um canal, para que chegue ao recetor que, por sua vez, vai reagir à mensagem e vai emitir uma resposta, passando o seu papel de recetor para emissor. É esta alternância de papéis que torna a comunicação um processo dinâmico, contínuo e irrepitível, pois nunca acontece do mesmo modo.

Freixo (2011) realça a continuidade do processo de comunicação quando refere que “a comunicação é um processo que pela sua natureza não tem um início e necessariamente não tem um fim, apresentando-se dinâmica e evolutiva” (p. 17), tendo por finalidade a transmissão de uma mensagem. O processo de criação desta envolve mecanismos fisiológicos e cognitivos inerentes à linguagem que na perspetiva de Freixo (2011) é “um sistema de sinais vocais, constitui o mais importante sistema de sinais da sociedade humana” (p. 191). É através da linguagem que se participa ativamente na sociedade, partilhando experiências, compreendendo a vida quotidiana, permitindo que as vivências ultrapassem barreiras de espaço e tempo. Stefanelli & Carvalho (2005) afirmam, ainda, que a linguagem que permite aos seres humanos comunicarem “sobre o presente, mas a complexidade do uso da linguagem e a capacidade intelectual permitem a inclusão de factos do passado com projeção para o futuro.” (pp. 1-2). Embora a linguagem seja necessária para criar uma mensagem qualquer que seja a forma de comunicar, possui um carácter ambíguo, fazendo com que à mesma palavra, dependendo da circunstância e do momento em que é proferida, lhe possam ser atribuídos significados diferentes.

Mas, para que exista eficácia da comunicação a mensagem deve ter um significado comum para os seus intervenientes, o que implica que o processo de codificação da mensagem, a linguagem, deve ser conhecido por todos os intervenientes do ato comunicacional.

Isto é, o conteúdo de uma mensagem pode ser o mesmo mas a interpretação que cada pessoa faz desse mesmo conteúdo pode ser distinta, dado que as pessoas atribuem significado às coisas, na relação com os seus semelhantes e agem de acordo com esse significado. A informação transmitida é processada, de acordo com a forma de pensar e sentir de cada um, ou

seja, de acordo com a sua história, as suas vivências anteriores e as influências sofridas ao longo da vida.

Pela complexidade em que está envolto o processo de comunicação, os autores que o estudaram decompueram-no em vários componentes conceituais no sentido de aprimorar a sua compreensão. Na opinião de Littlejohn (1988) o processo de comunicação é constituído por vários componentes conceptuais, sendo eles os símbolos verbais/ fala; a compreensão; a interação/relacionamento/ processo social; a redução de incerteza; a transferência/transmissão /intercâmbio; a ligação/vinculação; a participação comum; o canal/transmissor/ meio /via; a reprodução de lembranças; a resposta discriminativa/modificação de comportamento/resposta; o estímulo; o tempo/situação; o poder. Estes componentes direccionam-se para a função da comunicação de transmissão de informação. Em contrapartida, o aspeto da relação inerente ao ato comunicacional é enfatizado por Carneiro, Fontes, Costa & Morais (2009) quando defendem que são componentes básicos da comunicação a empatia, respeito mútuo, confiança, flexibilidade, eficiência, propriedade e resposta.

Num prisma distinto Freixo (2011) considera elementos relevantes do processo comunicativo, a redundância, a entropia, o canal, os meios, os ruídos, o sucesso ou insucesso do ato sémico e a retroação ou *feedback*, realçando a eficácia da comunicação. Na sua perspetiva, esta eficácia pode ser controlada através da retroação ou *feedback* permitindo ao emissor adequar a sua mensagem de acordo com a resposta que receber e avaliar a eficácia da comunicação.

Feedback é um componente do processo comunicativo que assume um lugar de destaque ao longo do presente estudo por exigir ao enfermeiro o desenvolvimento de competências comunicacionais, nomeadamente no que diz respeito a habilidades em interpretar as mensagens verbais e não-verbais que o doente emite, permitindo-lhe adaptar a sua mensagem em função da resposta do doente. É, ainda, o conceito central do modelo cibernético da comunicação, integrado na teoria geral dos sistemas.

Relativamente ao estudo do processo de comunicação humana, existe uma gama abundante de teorias e modelos de comunicação e cada um deles aborda-o consoante a área das ciências que o estuda. Acerca deste facto Littlejohn (1988) pronuncia-se afirmando que “certas teorias explicam detalhes específicos ou partes do processo de comunicação. Outras, que poderíamos designar por teorias gerais ou macroteorias, descrevem a natureza e essência do processo como um todo” (p. 42).

As duas abordagens teóricas gerais ou macro teorias da comunicação são a abordagem sistémica e o interacionismo.

Os autores da teoria geral dos sistemas “procuraram formular generalizações acerca do modo como as partes e os todos se interrelacionam, independentemente da disciplina particular em que as partes e os todos são observados” (Littlejohn, 1988, p. 42). Nesta macroteoria denota-se uma tentativa de integrar os conhecimentos das várias disciplinas para o estudo da comunicação. O seu cerne é o conceito de sistema que se define como “um conjunto de objectos

ou entidades que se interrelacionam mutuamente para formar um todo único” (Littlejohn, 1988, p. 42).

Tal como referimos, inclui-se na teoria geral dos sistemas a cibernética que é um modelo frequentemente utilizado no estudo da comunicação. Tem como conceito central a autorregulação e *feedback* pois “as partes de um sistema devem comportar-se de acordo com as suas regras ou cânones e têm de adaptar-se ao meio ambiente na base de feedback.” (Littlejohn, 1988, p. 44). Esta ciência está associada à dimensão de controlo, encontrando-se “direccionada para a investigação das leis gerais da comunicação, quer estas digam respeito a fenómenos naturais ou artificiais que impliquem as máquinas, os animais, o homem ou a sociedade” (Freixo, 2011, p. 157). O carácter cibernético é atribuído à comunicação pelo facto de a mensagem emitida exercer um efeito de controlo sobre a reacção do outro. Além disso, “a comunicação deve ser circular e contínua, sem ruptura de nível ou de retroacção” (Phaneuf, 2005, p. 26). No modelo cibernético da comunicação, esquematizado na Figura 1, são consideradas uma série de variáveis específicas que incidem sobre o relacionamento dinâmico mantido pelos comunicadores com o meio e a mensagem envolvidos no processo, tais como, o ambiente em que se inserem o emissor e o recetor, a personalidade, valores, cultura e conhecimento de cada um dos intervenientes do processo comunicativo e a espontaneidade do *feedback* proporcionado. Por ser bastante detalhado, este é considerado um modelo particularmente propício para aplicação em atividades de controlo e análise das partes ou segmentos do processo comunicativo, abrangendo tanto aspetos sociológicos quanto psicológicos da comunicação.

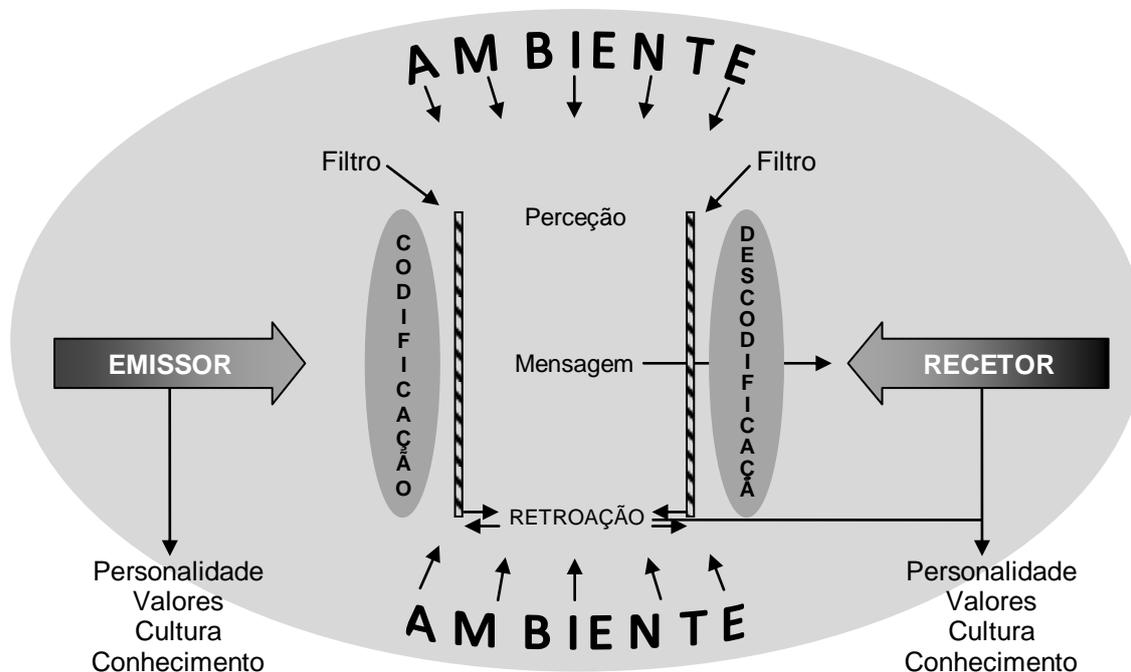


Figura 1 – Modelo cibernético da comunicação humana¹

¹ Adaptada de (Phaneuf, 2005, p. 26)

Os modelos de base cibernética são considerados mais apropriados para a descrição de intercâmbios de conteúdo, na medida em que contemplam os conceitos de regulação, controle e realimentação a que estão sujeitas as informações num processo de comunicação, considerado não como uma transmissão previsível de informações entre dois pólos, mas como uma ação de aspeto circular, interpretativo e na qual emissor e recetor têm papéis sobrepostos ou concêntricos. Não há apenas transmissão de informação mas sim transformação de informações num determinado ambiente, com uma mediação ativa e não neutra em relação às mensagens intercambiadas, que podem ser combinadas, selecionadas e alteradas de modo a assumir sentidos diversos do original.

O estudo da comunicação pode igualmente ser conduzido como um processo de interação simbólica designada como interacionismo simbólico. Digamos que “a expressão interacionismo simbólico pretende significar e explicar uma teoria que tem na interação em sociedade a sua razão de ser” (Freixo, 2011, p. 167). As ações das pessoas são vistas como expressão do desenrolar de interações em que a comunicação “é um processo de emissão e receção de mensagens codificadas. Mensagens que nada mais são do que sinais ou grupos de sinais, ou seja, estímulos com significados formadas através de processos do pensamento humano” (Freixo, 2011, p. 177).

Deste modo, vamos abordar a comunicação de acordo com os modelos de comunicação interpessoal que, sob o ponto de vista de Stefanelli & Carvalho (2005) são os que mais se adequam ao contexto da prática de enfermagem, especialmente na relação enfermeiro/doente. Estes modelos estão relacionados com as necessidades de inclusão, afeição e controle, tendo por base a cibernética. Claro está que, no âmbito da enfermagem, são os que mais se coadunam por abordarem o efeito que a mensagem tem sobre o outro e se centrarem na comunicação face a face que é o objeto do estudo, uma vez que a escolha de uma teoria em detrimento de outra não tem a ver com a qualidade de cada uma, mas sim com o tipo de trabalho que se pretende executar.

2 — Comunicação e Relação Terapêutica

Comunicação e relação terapêutica são dois conceitos indissociáveis. Para que a relação terapêutica entre o profissional de saúde e o doente se concretize é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, por parte do enfermeiro, um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional, nomeadamente das formas verbais e não-verbais da comunicação, assim como o desenvolvimento de competências a nível comunicacional. De seguida debruçámo-nos sobre estes aspetos fundamentais do cuidar - a relação terapêutica com o doente e família.

2.1 — Comunicação verbal e não-verbal

A comunicação está presente em todos os momentos da nossa vida quotidiana, assumindo um carácter intencional ou não, pois tudo em nós comunica. Desde as palavras que proferimos, aos nossos silêncios, passando pelos nossos movimentos corporais, pelas nossas expressões faciais, pelo nosso olhar, pelo modo como nos apresentamos perante os outros.

As formas de comunicação verbal que, dizem respeito a qualquer modo de comunicar onde se utilizam palavras - a fala ou a escrita, são aquelas de que temos mais consciência do modo como as utilizamos no dia-a-dia. Identificam-se como as formas mais comuns de comunicar e de nos relacionarmos em sociedade, emitindo mensagens verbais e não-verbais ininterruptamente com a finalidade de compreender e sermos compreendidos pelos outros.

As mensagens emitidas através da comunicação verbal podem assumir várias funções que são identificadas por Freixo (2011) como a função expressiva ou emotiva, que está centrada no remetente e se relaciona com a expressão e a ênfase que se dá às palavras, reforçando a componente cognitiva; a função apelativa direciona-se para o destinatário e tem a ver com a forma como o emissor utiliza as palavras, maioritariamente no imperativo, de modo a que o recetor ou destinatário cumpra a “ordem” ou intenção do emissor; a função cognitiva é a função central da comunicação, ou seja, a troca de informações entre os intervenientes do processo comunicativo; a função fática relaciona-se com expressões utilizadas para captar a atenção de recetor; a função metalinguística ocorre quando um dos intervenientes do ato comunicativo necessita de avaliar se ambos estão a utilizar o mesmo código, pedindo um esclarecimento da mensagem ao outro; a função poética centra-se sobre o conteúdo da mensagem relacionando-se com o que melhor soa, sem que haja alguma regra para isso.

O fenómeno da linguagem é estudado por várias disciplinas, de acordo com as suas dimensões, como é o caso da semântica, da fonética, da sintaxe, estando associados ainda, os aspetos não-verbais da comunicação verbal, designados por paralinguística que Freixo (2011) considera como um área disciplinar que “comporta um conjunto de sinais que exteriorizam, no essencial, os estados de espírito do individuo e que tanto podem, muitas vezes infirmar como confirmar o teor das palavras proferidas” (p. 226). Inclui ainda, o tom de voz utilizado, o ritmo da fala e os momentos de silêncio, o volume da voz e as pausas utilizadas durante o discurso verbal. O tom de voz utilizado no processo de comunicação é muito expressivo, assumindo, por vezes, maior importância do que as próprias palavras proferidas, sendo classificado por Freixo (2011) como “uma poderosa, eficaz e assertiva ferramenta de comunicação ” (p. 229). Uma voz pode transmitir-nos uma imensidão de significados que Phaneuf (2005) exemplifica:

Baixa, monótona e arrastada, ela caracteriza a pessoa triste, depressiva ou que se aborrece. Intensa e forte, é sinal de vitalidade ou de segurança, mas se ela se intensifica e se o tom se endurece torna-se o início da frustração e da cólera (p. 78).

Tal como o tom de voz pode ter diversos significados, similarmemente o silêncio se torna parte integrante das trocas interpessoais pois, durante uma conversa, um dos intervenientes fala e o

outro fica em silêncio, podendo ser visto como uma manifestação de uma escuta ativa. A sua utilização aquando de uma interação exige uma gestão adequado do mesmo, uma vez que se for utilizado durante demasiado tempo ou frequentemente, pode provocar embaraço ou atribuir um carácter frio ao diálogo.

Podemos, então afirmar que a componente afetiva da comunicação verbal pode ser revelada, embora com distintos graus consoante a pessoa e a situação em que ocorre, através da comunicação não-verbal.

Nas últimas décadas, o estudo da comunicação não-verbal tem merecido um desenvolvimento relevante para o estudo da comunicação humana mas, Freixo (2011) considera ainda ter muito território a percorrer. Este modo de comunicar pode ser estudado com base em três teorias ou abordagens distintas - teoria paralinguística, a cinésica e a proxémica.

A comunicação não-verbal é definida por Bolander (1998) como “o conjunto de comportamentos que comunica mensagens quer sem usar palavras, quer como suplemento da comunicação verbal” (p. 531), pois existe um leque variado de sinais não-verbais que permitem comunicarmo-nos entre nós quando a comunicação verbal não é possível. O nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e descodificamos de modo a que a interação faça sentido. Freixo (2011) evidencia ainda como componentes da comunicação não verbal “as expressões faciais, contacto visual, gestos, postura e linguagem corporal (...) roupas e estilos de cabelo” (p. 211). É um modo de comunicar mais espontâneo do que utilizando a comunicação verbal e, por consequência, mais difícil de controlar, pois torna-se mais fácil selecionar as palavras que proferimos do que eleger a expressão facial para determinado momento. Daí poder afirmar-se que a comunicação não verbal está presente em tudo o que nos rodeia, pois está comprovado que a “comunicação não verbal desempenha diversas e importantes funções do comportamento social da humanidade, tendo identificado uma significativa gama de elementos não verbais nesse comportamento comunicativo do homem, que funcionam de uma maneira particularmente complexa” (Freixo, 2011, p. 209).

A teoria cinésica, desenvolvida pelo antropólogo Raymond L. Birdwhistell, cit. por Freixo (2011), centra-se no estudo dos movimentos corporais, ou seja, da linguagem corporal que está coordenada com a fala e complementa a comunicação verbal. Os gestos demonstram se estamos mais ou menos à vontade, espelhando o nosso estado interior.

A expressão facial transmite as nossas reações à informação que recebemos e está incluída na teoria cinésica. Mas, a gestão de emoções não é tarefa fácil para o profissional de saúde. Tal como refere Phaneuf (2005) “o controle da expressão facial impõe-se, por vezes, perante situações difíceis, por exemplo, junto de uma pessoa em grande sofrimento, desesperada ou depressiva, mas na maior parte das situações de cuidados, a camuflagem das emoções prejudica a autenticidade da comunicação” (p. 37), pelo que o controlo da expressão facial exige um grande controlo sobre nós próprios.

A postura proporciona-nos informações acerca do estado emocional das pessoas e pode deixar transparecer o nosso próprio estado de espírito e a nossa própria postura de inferioridade ou superioridade. Tal como refere Freixo (2011) o “porte direito, a cabeça levantada e as mãos

nas ancas indiciam claramente uma atitude de querer dominar, havendo igualmente posturas convencionais, por exemplo, quem tem um lugar importante senta-se direito e em posição central, de frente para os demais” (p. 219). Para além da postura corporal, também o modo como nos posicionamos em relação ao outro é uma forma de emitir mensagens sobre o nosso relacionamento, pois o facto de adotarmos uma postura descontraída transmite ao outro a nossa disponibilidade para o ouvir e a atenção que demonstramos para o seu discurso. Em relação aos cuidados de enfermagem, torna-se imperioso que o enfermeiro tenha atenção à postura que adquire perante a pessoa cuidada, pois ela pode percebê-la como ameaçadora, o que irá prejudicar o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Tal como refere Dias & Ferreira (2005) a posição física que o enfermeiro adota no contacto pode ser reveladora da importância que o utilizador dos cuidados de saúde tem para si” (p. 88).

Ainda incluída na teoria cinésica, um dos aspetos valorizados no estudo do comportamento não-verbal é o da gestualidade. O comportamento motor de um indivíduo possui uma grande expressividade. Podemos caracterizar os gestos em cinco categorias que são os gestos simbólicos ou emblemas - os sinais que são emitidos intencionalmente e que possuem um significado específico capaz de ser traduzido diretamente por palavras; os gestos ilustrativos - movimentos que a maioria dos indivíduos utiliza no decurso da comunicação verbal; gestos indicadores de estado emocional - transmitem ansiedade e tensão, gestos reguladores - servem para manter o fluxo da conversação, indicando a quem fala se o interlocutor está interessado ou não, se deseja falar, ou interromper a comunicação; e, por fim, os gestos de adaptação - são gestos não intencionais, pois já os usamos sistematicamente porque já aprendemos a sua utilidade e constituem parte da individualidade de cada um.

A teoria proxémica, desenvolvida pelo antropólogo Edward T. Hall, cit. por Freixo (2011) “descreve as distâncias mensuráveis entre as pessoas, conforme elas interagem, distâncias e posturas que não são intencionais, mas sim resultado de um processo de aculturação” (p. 215). As distâncias vão desde a mais próxima, denominada distância íntima, passando pela distância pessoal, pela social até à pública e a gestão do seu espaço é influenciada por padrões culturais inconscientes e pré definidos. Por exemplo, nas culturas ocidentais o contacto físico em espaços públicos resume-se a situações de saudação ou despedida. Esta teoria centra-se no modo como nos movimentamos no espaço social e como nos aproximamos em relação ao outro, de acordo com a intimidade da relação que temos com ele e com a gestão que fazemos do espaço. Uma proximidade exagerada pode desencadear reações negativas e muito fortes, dado que a distância certa é difícil de definir e varia consoante a pessoa que está perante nós, apesar de que quando nos introduzimos no espaço pessoal do outro, estamos a facilitar as trocas afetivamente carregadas necessárias ao suporte emocional ou à relação de ajuda aquando de situações penosas. Relativamente ao espaço aconselhado para a prestação de cuidados de enfermagem, é sugerido por Phaneuf (2005) um espaço entre a zona social e a zona pessoal para que haja uma certa intimidade com a pessoa cuidada, sem que haja uma intrusão no seu espaço pessoal, sendo que existem intervenções de enfermagem onde há a necessidade de invasão da zona íntima, o que requer especial atenção por parte do profissional de saúde, de

modo a evitar reações negativas, já que quando nos permitem ultrapassar esta barreira da zona íntima “é preciso considerar esta abertura como uma grande marca de confiança em relação às enfermeiras que somos” (Phaneuf, 2005, p. 33).

Existem elementos transversais às teorias cinésica proxémica e paralinguística. À luz da teoria proxémica, as posturas e as atitudes corporais espelham o nível de interesse que o recetor tem na mensagem, enquanto que na teoria cinésica defendem que transparece o estado emocional dos intervenientes. Já o volume da voz, possui uma significação semelhante nas teorias proxémica e paralinguística.

Mantendo uma abordagem proxémica de alguns componentes comunicacionais, o contacto visual comporta, na opinião de Freixo (2011) “um elemento único e primário das relações interpessoais” (p. 222). Quando é franco e direto é o indício de uma comunicação honesta e autêntica e traduz a sua consideração pelo outro. No entanto, o olhar não deve ser demasiado insistente ou descarado, deve apenas permitir conservar o laço que assegura a eficácia da comunicação. É, ainda, uma das características da atitude de escuta.

Em ambiente de cuidados intensivos, o olhar assume particular importância pelo fato de o enfermeiro abordar o doente com máscara facial colocada, o que faz com que a sua face esteja “camuflada”. Mas, o contacto visual afirma-se como uma das principais formas de o enfermeiro comunicar com o doente impedido de falar, tendo como objetivo principal observar as manifestações não verbais do comportamento dos intervenientes do ato comunicativo indicando ainda, de acordo com Freixo (2011) “uma relação de aliança, um desejo de feedback, para ver como é que o ouvinte está a reagir (p. 223).

O toque ou contacto corporal, de acordo com a teoria proxémica, “é um comportamento não-verbal de significado muito potente” (Phaneuf, 2005, p. 45) usado frequentemente como forma de proporcionar conforto. No entanto, pode servir para atrair a atenção de uma pessoa desatenta, manifestar o seu interesse, acalmar uma pessoa agitada ou “pode ainda ser utilizado numa perspectiva de melhorar a comunicação durante a relação terapêutica” (Dias & Ferreira, 2005, p. 85). É-lhe atribuída uma grande variedade de significados como a ternura, medo, segurança ou então agressividade e violência, pelo que deve ser utilizado com precaução e possuir sensibilidade para perceber se tem o efeito desejado, visto que também pode ser sentido pelo outro como ameaçador, pelo facto de entrarmos na zona íntima da pessoa. A prestação de cuidados de enfermagem implica, na maioria das situações, o toque intencional na pessoa cuidada e permanece a necessidade do profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro saber tirar partido das suas utilidades dado que “reforça a qualidade de presença da enfermeira e acompanha frequentemente a escuta atenta da pessoa, onde contribui para lhe devolver a confiança e reforçar a sua autoimagem” (Phaneuf, 2005, p. 45). Num prisma distinto de abordar o contacto corporal, embora focalizando, igualmente, o cuidado de enfermagem, Gordon, citado por Dias & Ferreira (2005) salienta que o toque pode ser diferenciado em três tipos: o toque instrumental que é um contacto físico deliberado, utilizado pelo enfermeiro na realização de procedimentos; o toque afetivo que é caracterizado como uma expressão espontânea de

sentimentos, uma forma de confortar; e o toque terapêutico, onde existe a intenção de curar (p. 85).

O comportamento não-verbal do doente assume um elemento importante da comunicação, dado que o contexto onde ocorre a comunicação enfermeiro/utente é, na maior parte das situações, um clima de tensão, de medo, de sofrimento e de ansiedade e o enfermeiro tem necessidade de observar atentamente esse comportamento de modo a obter informações acerca da pessoa cuidada, assim como perceber o modo como a sua mensagem a afetou, sendo uma forma de retroação.

Após esta breve abordagem acerca das singularidades da comunicação verbal e não-verbal salientamos que as duas se complementam ao longo de um ato comunicativo. E, para que este se torne eficaz, é imperioso que haja consonância entre as duas formas de comunicação pois, caso tal não aconteça, pode ser um facto gerador de desconfiança perante o outro. Tendo presente que “o que provém do não-verbal é retido melhor do que as palavras, compreendemos facilmente a importância de estabelecer uma relação harmoniosa entre estes dois modos de expressão” (Phaneuf, 2005, p. 92). Um enfermeiro que demonstre incongruência entre a comunicação verbal e não-verbal causa ao doente confusão e suspeição, o que poderá fazer com que o doente questione a credibilidade do enfermeiro, causando, a este, dificuldades no estabelecimento de uma relação terapêutica.

2.2 — Relação terapêutica

O conhecimento das formas de comunicação quer sejam verbais ou não verbais, torna-se fulcral para possibilitar ao enfermeiro construir uma relação terapêutica com a pessoa alvo dos seus cuidados, tendo presente que esta possui, pela sua situação de doença, uma vulnerabilidade acrescida. Pela sua importância, a relação terapêutica integra os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002) sendo caracterizada pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (p. 8), contribuindo para tornar o doente como um agente proativo no seu projeto de saúde. Esta relação é igualmente abordada por autores como Bolander (1998), Dias & Ferreira (2005), Phaneuf (2005) Riley (2004), Carneiro, Fontes, Costa, & Morais (2009), Stefanelli M. (1983), entre outros e as suas concepções convergem em conceitos base como a relação de ajuda, a partilha, a comunicação eficaz e empatia. Bolander (1998) apresenta-a como uma relação pessoal por ela possuir particularidades diferentes da relação social, uma vez que esta exige que haja uma partilha recíproca de crenças, valores, sentimentos e opiniões entre os intervenientes do processo. No caso da relação terapêutica, esta reciprocidade apenas existe se o utente tirar algum benefício dela. Embora com a mesma filosofia que Bolander, esta definição é reforçada e aprimorada por Phaneuf (2005) quando se refere à relação terapêutica como uma:

Relação de natureza consumatória, quer dizer virada inteiramente para o outro. Não é uma relação de autoridade nem uma relação amigável, trata-se de uma relação

profissional na qual os parceiros se reconhecem como seres humanos iguais. Não há superior nem subordinado, se bem que a enfermeira, sem exercer poder, possui uma certa autoridade. A distância que separa os interlocutores é função das circunstâncias.

As trocas são do tipo horizontal e fazem-se num clima caloroso de ajuda (p. 112).

Digamos que no decorrer da interação entre o enfermeiro e o doente surge este tipo de relação profissional que tem por base a confiança e a empatia, sendo que a empatia é “a percepção exacta dos sentimentos do utente” (Bolander, 1998, p. 536), caminhando do seu lado mas, mantendo sempre um distanciamento que permita ao enfermeiro não se envolver demasiado, prejudicando a sua prestação de cuidados, o que é corroborado por Dias & Ferreira (2005) ao sustentarem a ideia que “o enfermeiro terá um papel de guia e acompanhante no sentido de facilitar ao cliente a sua própria exploração” (p. 101).

Bolander (1998) desenvolve uma análise da relação terapêutica decompondo-a em três fases - a fase contratual, a fase ativa e a fase de conclusão – que vão acontecendo sequencialmente. Na primeira fase, contratual, pretende-se que o utente adquira um sentimento de confiança com o enfermeiro, permitindo um acordo mútuo para o estabelecimento de objectivos com o intuito de resolver os problemas que o utente apresenta. Na fase ativa o enfermeiro tenta ajudar o utente a orientar-se a si próprio, pois é durante esta fase que “a enfermeira participa activamente continuando a fazer a avaliação do utente e examinando e explorando os dados colhidos” (Bolander, 1998, p. 522). A última fase ou a fase de conclusão, tal como o próprio nome indica, é o término desta interação entre enfermeiro e utente e que, normalmente, corresponde ao momento da alta clínica ou transferência para outro serviço, como acontece em ambiente de cuidados intensivos.

No desenrolar de uma relação terapêutica torna-se imperioso que a comunicação, transversal a todo este processo seja eficaz. A comunicação eficaz, também designada por alguns autores como comunicação terapêutica é, na opinião de Riley (2004), o suporte de relação de ajuda, consistindo num processo recíproco entre enfermeiro e doente, em que o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos científicos e as suas habilidades profissionais para ajudar o doente de forma útil e individualizada. A eficácia da comunicação é igualmente “determinada pelos intervenientes e pelo contexto em que decorre, originando desta maneira diferentes modos de os desenvolver” (Pereira, 2008, p. 167).

Algumas das habilidades de comunicação que o enfermeiro necessita para conseguir uma comunicação terapêutica, relacionam-se com capacidades para ouvir e compreender o doente, mostrando-se atento ao seu comportamento, incluindo todas as atitudes que ele demonstra, quer sejam verbais ou não verbais. Podemos, então afirmar que um elemento relevante da relação de ajuda é a escuta mas, não uma escuta no sentido de apenas ouvir, uma escuta atenta do outro para que se possa aceder à sua vivência, pois “escutar é constatar e também aceitar deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores (...) é um processo ativo” (Lazure, 1994, p. 17). Relativamente à importância da escuta ativa na relação terapêutica também Dias & Ferreira (2005) referem que “o enfermeiro que sabe

escutar não executa cuidados de enfermagem de forma automática e fria; está atento a todas as reações verbais ou não verbais do cliente, pois escutar é também cuidar e, neste caso, é cuidar inteiramente” (p. 90).

Para além da escuta ativa, têm sido focalizadas por diversos autores como Phaneuf (2005), Stefanelli & Carvalho (2005) ou Dias & Ferreira (2005), entre outros, estratégias de comunicação passíveis de ser utilizadas pelo enfermeiro para o auxiliar no estabelecimento de uma comunicação terapêutica com a pessoa alvo dos seus cuidados, observando-se fortes semelhanças entre as várias abordagens. A mais sistematizada é-nos proposta por Stefanelli & Carvalho (2005) que inclui as estratégias em grupos consoante a sua função na comunicação que são o grupo de expressão, de clarificação e de validação. Inserido no grupamento de expressão estão o ouvir reflexivamente, usar terapêuticamente o silêncio, verbalizar a aceitação, verbalizar o interesse, usar frases de sentido aberto ou reticente, repetir comentários ou últimas palavras pelo paciente, fazer perguntas, devolver a pergunta feita, usar frases descritivas, permitir ao paciente que escolha o assunto, colocar em foco a ideia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular a expressão de sentimentos subjacentes, usar terapêuticamente o humor. No grupamento de clarificação estão incluídas algumas estratégias passíveis de ser utilizadas para clarificar o sentido da mensagem como estimular comparações, solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns, solicitar ao paciente que precise o agente de ação e descrever os eventos em sequência lógica. Do grupamento de validação fazem parte o repetir a mensagem do paciente, pedir ao paciente para repetir o que foi dito e resumir o conteúdo da interação.

Como o objeto deste estudo é a comunicação do enfermeiro com o doente ventilado que, não emite sons e, conseqüentemente, está impossibilitado de estabelecer uma comunicação oral com o enfermeiro existem estratégias que não podem ser utilizadas pelo enfermeiro da UCI que cuida de doente com ventilação mecânica invasiva. Mas, o seu conhecimento vai possibilitar que o enfermeiro as mobilize e as adeque consoante as necessidades do doente, com todas as singularidades que o envolvem, ao longo da prestação de cuidados. Como afirmam os autores Stefanelli & Carvalho (2005), estas estratégias vão sendo utilizadas mais frequentemente, consoante se vai acumulando experiência profissional e o próprio enfermeiro se consciencializa que “o paciente não consegue verbalizar todas as suas necessidades, assim, ele deve ser detentor da arte de cuidar das pessoas, de perceber até mesmo o que não é verbalizado, mas que está expresso no modo de ser do outro” (p. 58).

Quando é estabelecida uma relação de ajuda entre enfermeiro e paciente, assente numa comunicação terapêutica, vai conferir ao enfermeiro uma maior visibilidade e o reconhecimento de elevado grau de profissionalismo, dado que “o processo de cuidados de enfermagem assenta num encontro entre quem presta e quem recebe cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores, determina o ambiente em que os cuidados são prestados” (Dias & Ferreira, 2005, p. 62).

Na perspetiva atual da profissão de enfermagem a relação de ajuda leva-nos a um melhor autoconhecimento, a utilizar recursos que desconhecíamos, sendo surpreendentes os benefícios que nós próprios como enfermeiros podemos tirar dela. Também Dias & Ferreira

(2005) focalizam a importância assumida pela relação de ajuda e esta contribui para a “personalização dos cuidados de enfermagem, exigindo criatividade, sensibilidade e um desejo profundo de partilhar sentimentos e de comunicar de uma forma individual e única” (p. 61).

Então, podemos dizer que a relação terapêutica, é uma relação profissional que surge no âmbito dos cuidados de enfermagem, assenta numa parceria entre o cuidador e a pessoa cuidada, caracterizando-se pelo fato de o enfermeiro tornar o doente num agente proativo do seu processo de saúde/doença. A comunicação eficaz é fulcral para o desenrolar da relação terapêutica e, para consegui-la, o enfermeiro tem a possibilidade de fazer uso de diversas estratégias facilitadoras desse processo. E, Riley (2004) é da opinião que “a eficácia da comunicação e o empenhamento que se conseguem transmitir ao outro adquirem-se” (p. 18). Neste contexto, seguidamente, abordamos as competências comunicacionais no domínio da comunicação em saúde.

2.3 — Competências comunicacionais em saúde

Torna-se essencial que os profissionais de saúde reconheçam o stress desencadeado pela doença grave e pelo internamento numa UCI e levem em consideração os fatores que os próprios doentes identificam como mais stressantes, para além de reconhecerem a influência que a sua atuação pode provocar sobre o doente e sobre a intensidade da resposta ao stress, utilizando a comunicação como instrumento de trabalho.

Para o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva é imperioso desenvolver competências em comunicação não-verbal para interpretar as reações do doente, assim como o efeito da sua comunicação sobre ele, uma vez que “não são as palavras utilizadas que nos ferem, mas antes as atitudes que não são pronunciadas, as emoções que as subentendem que nos fazem reagir” (Phaneuf, 2005, p. 24). A importância do desenvolvimento de competências comunicacionais pelo enfermeiro é realçada por Dias & Ferreira (2005) quando referem que:

Da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligados às funções de contacto (o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo, a escuta, e os meios de comunicação) (p. 75).

A competência está, de acordo com Phaneuf (2005), associada à excelência e vai sendo adquirida ao longo do tempo. Ou seja, a competência não é somente adquirida através de uma formação sólida, sofre influência de fatores pessoais e profissionais do enfermeiro. Deste modo, e mantendo a linha de pensamento da mesma autora, pode afirmar-se que a aquisição de competências incide na convergência de três factores que são - a formação/experiência

profissional; o desenvolvimento da personalidade/experiências pessoais; e a evolução que ocorre com as diversas práticas e desafios que ocorrem no local de trabalho. Na perspetiva de Dias & Ferreira (2005) a competência “está associada à pessoa, ou ao cargo profissional, mas implica sempre um acordo, ou até um pacto social; (...) existe quando um diz possuí-la e o outro reconhece que essa pessoa a possui efetivamente” (p. 77). Deste modo emerge o conceito de reconhecimento, reforçando-o como sendo intrínseco à aquisição de competência, uma vez que esta só existe se for reconhecida por outro.

A abordagem efetuada por Benner (2001) reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao defender que o caminho que o enfermeiro deve percorrer para que seja plenamente competente na prestação de cuidados passa por cinco estádios:

1. Iniciada – corresponde aos estudantes de enfermagem, tendo um corpo de conhecimentos limitado, assim como o conteúdo das suas ações;
2. Debutante/iniciada avançada – é semelhante ao estádio anterior, embora já possua a capacidade de reconhecer particularidades importantes de certas situações, com um nível de intervenção limitado mas mais alargado que o da iniciada;
3. Enfermeira competente - é atingida entre os dois ou três anos de experiência profissional e a enfermeira apresenta maior facilidade em gerir as suas ações, permitindo a sua atuação mais eficaz em situações imprevistas.
4. Enfermeira proficiente – possui capacidades em estabelecer prioridades eficazmente, o que lhe permite atuar em situações imprevisíveis ou de emergência com base na experiência adquirida em situações anteriores;
5. Perita – a enfermeira está autónoma e segura nas suas intervenções, o que lhe permite fazer face a qualquer situação mais emergente que possa surgir no decorrer da prestação de cuidados, sendo esta capacidade atingida aproximadamente com cinco anos de experiência profissional em determinada área de intervenção.

De acordo com a mesma autora a competência está associada ao nível de excelência do cuidar, correspondente ao estádio de perita, onde existe uma versatilidade segura na atuação da enfermeira que ela descreve como “poder de transformação” (Benner, 2001, p. 185). Esta versatilidade está relacionada com a competência para atuar em situações de emergência ou inesperadas com segurança, sendo capaz de antecipar riscos e minimizar complicações, o que é imprescindível no atendimento à pessoa em situação crítica.

Articulando estas perspetivas com as competências a nível da comunicação, cada enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o seu desenvolvimento nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades da pessoa em situação crítica, rumo à sua satisfação e excelência do cuidar.

A forma como a comunicação decorre entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados e é, cada vez mais, uma componente a valorizar na prática de enfermagem. Tal como consta nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2002) define como:

Elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionado com os processos de cuidados de enfermagem entre outros: (...) o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (pp. 11-12) .

Digamos que é fulcral o enfermeiro investir no desenvolvimento de competências comunicacionais, uma vez que a essência do cuidar humanizado está na comunicação e “a competência em comunicação faz-se cada vez mais necessária – somente assim é possível continuar oferecendo um cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humanitário” (Stefanelli & Carvalho, 2005, p. 5). De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, este é visto como um “agente responsável pela humanização dos cuidados tendo o dever de dar atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e propiciando o desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Contudo, no seguimento do desenvolvimento de competências é focalizada, ainda a atitude reflexiva por Neves & Pacheco (2004) quando afirmam que:

A habilidade para estar numa relação de cuidar requer mais do que o refinamento das habilidades de comunicação comportamentais. Para que estas perspectivas de desenvolvimento profissional se possam concretizar, torna-se fundamental que se promova um crescimento individual de cada profissional, baseado numa atitude reflexiva na e sobre a ação (p. 29).

A prestação de cuidados alicerçada numa atitude reflexiva permite ao enfermeiro avaliar constantemente a sua prática de modo a que o torne competente em termos comunicacionais. Consequentemente implica que se seja capaz de comunicar eficazmente com a pessoa que está a ser alvo dos cuidados de enfermagem qualquer que seja a sua limitação de comunicação, o que implica a mobilização de conhecimentos e habilidades acerca de estratégias de comunicação em tempo eficaz. Para que isso se torne possível “o conhecimento inerente ao desempenho técnico deve caminhar em paralelo com o desenvolvimento de competências relacionais necessárias, para compreender as manifestações de ajuda e o contexto em que elas surgem e se desenvolvem” (Dias & Ferreira, 2005, p. 70).

Falando já de um nível equivalente ao de perito na área do cuidar da pessoa em situação crítica, que é o de enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, uma das suas competências específicas passa por “gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gerir o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Quando se cuida de doentes com limitações na comunicação atribui-se outro valor à comunicação como intervenção de enfermagem e percebe-se o quão importante é o facto de o enfermeiro desenvolver capacidades pessoais, atitude de empatia e respeito pelo doente,

aplicando-o no domínio da relação terapêutica com a pessoa cuidada. Investir no aperfeiçoamento de características como comunicar eficazmente, demonstrar disponibilidade, compreender o doente, reconhecer limitações, tendo conhecimento de estratégias e técnicas de comunicação alternativas à comunicação verbal, no sentido de contornar as dificuldades com que se depara. Digamos, então que a competência comunicacional do enfermeiro consiste em combinar a excelência da técnica com a excelência da relação.

3 – A Comunicação e o Cuidar numa UCI

Cuidar da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro um elevado nível de competência onde se combina conhecimento e habilidade técnica e científica com “uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunicando disponibilidade contínua e partilhando sentimentos” (Dias & Ferreira, 2005, p. 75).

As UCI's identificam-se como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p. 6). São, portanto, locais onde são cuidadas pessoas em situação crítica, sendo passíveis de tornar-se num local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribuindo para comportamentos automatizados, onde o diálogo e a reflexão crítica podem não encontrar espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela própria dinâmica do serviço, pela gravidade dos doentes internados e pelo nível de sedação a que estão submetidos.

Realçamos o aspeto da sedação no doente crítico quando submetido a ventilação mecânica invasiva por esta ser, “um ponto crítico de toda a estratégia ventilatória” (Marcelino, et al., 2008, p. 150), uma vez que o facto de não existir sincronização entre o ventilador e o doente pode trazer consequências desfavoráveis para a evolução do estado clínico do doente constituindo ainda, uma fonte importante de iatrogenia.

A ventilação mecânica invasiva é feita através de um tubo traqueal com cuff ou de um tubo de traqueostomia com cuff e ambos, pela sua localização, alteram o normal funcionamento do aparelho fonético, impedindo a pessoa de produzir qualquer tipo de som, o que implica que a fala, forma mais comum de comunicação verbal, não possa ser utilizada. De igual modo, a necessidade de o doente ventilado ser sedado, pela sua própria condição de saúde e para promover a adaptação ao ventilador, altera o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais as formas de comunicar como é o caso da escrita, uma forma comum de comunicação verbal, tornando as formas de comunicação não-verbal uma relevância superior no desenvolvimento da relação terapêutica.

Contudo, se por um lado o doente crítico beneficia com a sedação por melhorar a dinâmica ventilatória, por outro lado o seu estado de consciência alterado distorce a sua

percepção do meio que o rodeia, limitando-o a nível comunicacional e exacerbando a sua vulnerabilidade, estado que é destacado por Thelan & Davie (1994) quando afirmam que “a UCI é barulhenta e assustadora, ela aumenta a sensação de vulnerabilidade e o medo da morte” (p. 102). Consequentemente, o comprometimento da comunicação verbal torna-se um fator relevante de stresse, não só por ser difícil expressar-se mas, também pelo facto de não ser compreendido por parte dos profissionais de saúde, o que coloca o doente em posição de desvantagem, por não conseguir exprimir os seus sentimentos e emoções. Devido a essa limitação da comunicação, o doente, se o seu estado clínico o permitir, torna-se muito perspicaz na avaliação de toda a informação que lhe é transmitida, ficando particularmente atento aos pormenores da comunicação não verbal. Nesta situação, assume crucial importância a consonância que deve existir entre as palavras emitidas e todo o comportamento e postura de quem as diz. Phaneuf (2005) acentua esta ideia quando refere que “a pessoa cuidada, devido ao seu estado de vulnerabilidade, tem uma percepção aguçada destas contradições” (p. 28). Se o doente sentir que não existe veracidade no discurso do enfermeiro, a relação terapêutica dificilmente é alcançada, existindo a possibilidade de se traduzir em efeitos negativos para o processo de recuperação do doente.

Tal como refere Phaneuf (2005) “as pessoas em presença devem ser acessíveis uma à outra, significando assim, que existe um clima de abertura entre a enfermeira e a pessoa cuidada, e que a linguagem corporal, tanto como as palavras deve ser compreensível” (p. 23). O estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e doente, onde são explicados todos os procedimentos antecipadamente, oferecendo ao doente tempo necessário para perceber o que se vai passar com ele, contribui para reduzir os níveis de ansiedade vividos pela pessoa em situação crítica. Torna-se, portanto, fulcral humanizar o cuidado de enfermagem numa perspetiva de minimizar os efeitos negativos que advêm do internamento do doente crítico. O cuidado humanizado pressupõe habilidade técnica do profissional de saúde no exercício das suas funções e Carneiro, Fontes, Costa, & Morais (2009) consideram que:

Além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente em toda a sua experiência existencial, satisfazendo suas necessidades intrínsecas; favorecendo sobremaneira um enfrentamento positivo do momento vivido, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para a sua saúde, para o seu corpo, por ser este direito uma das primeiras coisas diminuídas quando se está internado (p. 324).

Em suma, consideramos que humanizar é respeitar a pessoa humana na plenitude do seu ser. Mas, todo este processo encontra-se repleto de obstáculos em ambiente de UCI, onde a pessoa cuidada, pela privação sensorial de que se torna alvo, sofre frequentemente de ausência de sono, tornando-se suscetível de desenvolver reações psicóticas e alucinações. O delírio em UCI é definido como um estado confusional agudo, causado por uma disfunção mental global com comprometimento da consciência, da percepção do ambiente e desatenção, assim como

distúrbios do sono, hipo ou hiperatividade. Deste modo, a não previsibilidade dos acontecimentos e a falta de controlo que o doente tem sobre os mesmos, deixando-o sempre na expectativa, torna-se, também um fator de stresse. O próprio processo de doença e a sua situação pessoal, psicológica e social influenciam o modo como o doente percebe o controlo que tem acerca da sua situação atual. E, de acordo com Thelan & Davie (1994), se “O controlo é definido como capacidade para determinar a utilização do tempo, espaço e recursos, a admissão numa UCI, opõe-se-lhe de várias formas” (p. 101), uma vez que o ambiente da UCI mantém o doente sob constante vigilância da equipa de saúde, sofrendo uma despersonalização que não lhe permite decidir livremente acerca dos cuidados físicos que lhe vão ser prestados ou até da sua própria privacidade. Deste modo, assume crucial importância a intervenção do enfermeiro no sentido de proporcionar, precocemente, alguma noção de controlo ao doente acerca da sua situação, o que só se torna possível com a humanização do cuidado de enfermagem que consiste, na opinião de Osswald (2004), no:

Reforçar o clima humano, de inter-relação confiante e confidencial, entre pessoa (utente, doente, familiar) e pessoa (profissional de saúde). Humanizar é atender com cortesia, benevolência e paciência: é ter compreensão com quem se encontra angustiado, tenso, apavorado, porventura pouco racional ou até agressivo; é informar com verdade e delicadeza, é acolher com simpatia; é, sobretudo, respeitar as pessoas ameaçadas ou fragilizadas pela doença atual ou potencial (pp. 62-63).

Os enfermeiros devem ser capazes de combinar as qualidades de excelência na técnica e da excelência na relação, emergindo a necessidade de ocorrerem mudanças que visem não só um aumento do desempenho técnico mas, também relacional pois, “neste momento da evolução da enfermagem, é imperativo que a complexidade do relacionamento humano seja reconhecida em modelos da prática que envolvam essa complexidade” (Neves & Pacheco, 2004, p. 29).

Comunicar é um dom que nos permite viver em concordância com tudo o que nos rodeia mas, que ao mesmo tempo, nos condiciona para que essa vivência não seja plena. É o caso da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva que se encontra internada numa unidade de cuidados intensivos, uma vez que se encontra diminuída nas suas capacidades comunicacionais e de segurança, necessitando da ajuda do enfermeiro para que lhe seja possível satisfazer as suas necessidades.

O enfermeiro de uma UCI trabalha num ambiente humano e tecnológico onde as forças de vida e morte se encontram em luta constante. Apesar de existirem vários profissionais que atuam na UCI o enfermeiro é o responsável pelo acompanhamento constante e, conseqüentemente possui o compromisso de, entre outros, manter a homeostasia do paciente e o bom funcionamento da unidade. Por outro lado, o doente crítico é uma pessoa com um elevado grau de dependência que requer cuidados técnicos e instrumentais muito específicos mas que em simultâneo se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade da sua vida e é neste âmbito que “os enfermeiros têm a oportunidade de fazer

uma profunda diferença na saúde das pessoas e nas suas experiências relacionadas com a saúde” (Neves & Pacheco, 2004, p. 29). A enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias e considerando o conceito de transição de Meleis (2010) como “um processo de passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro durante o qual as mudanças no estado de saúde, as relações de papéis, expectativas, capacidades criam um período de vulnerabilidades” (p. 154), desenvolve um cuidado transicional num duplo movimento, em que os processos de transição geram alterações de saúde -doença e estes, por sua vez, levam a novos processos de transição.

Contudo, o conceito de transição pode ser pensado como “um ser congruente com ou relacionar-se a conceitos tais como uma adaptação, auto cuidado; o desenvolvimento humano unitário, de expansão da consciência, e tornar-se humano” (Meleis, 2010, p. 66). Está, muitas vezes, associado a mudanças dramáticas, facto que está a atrair a atenção para que os profissionais, especialmente o enfermeiro, desenvolvam novas perspetivas, reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais. Nos pontos de transição de um estágio para outro no processo de desenvolvimento familiar é que ocorrem os maiores geradores de stresse, principalmente nos momentos de grande instabilidade, insegurança, ruturas do ciclo vital. Nestes pontos vulneráveis é que os esforços devem ser intensificados no sentido de reorganizar os momentos transicionais. Facilitar as transições é considerado um foco da disciplina de enfermagem. A transição será mais bem-sucedida ao conhecer-se, o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente. O enfoque está na disposição para ajudar na passagem de um estado a outro considerando que as situações difíceis irão gerar respostas positivas e negativas. É necessário lidar com os acréscimos e decréscimos da pessoa. As situações envolvidas com as transições são variadas e todas estão ligadas ao cuidado de enfermagem.

Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro a uma pessoa em transição inserem-se na compreensão da transição a partir da perspetiva de quem a experiencia e identificação das necessidades para o cuidado com essa abordagem. É, ainda, necessário considerar os fatores que mediam os processos de transição, ou seja, os individuais, os ambientais e as terapêuticas de enfermagem incluindo as ações preventivas e as estratégias de intervenção no decorrer do evento.

A enfermagem pretende compreender o indivíduo no seu todo, descobrindo quais as transições que estão escondidas ou disfarçadas pela transição de doença/saúde. A qualidade de vida, o conforto, é a finalidade da pessoa em transição.

As condições condutivas aos processos de transição estão basicamente ligadas a três tipos de transição: a desenvolvimental, a situacional e de saúde – doença, as quais podem gerar instabilidade produzindo efeitos negativos e profundas alterações, passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no indivíduo. A relação enfermeiro doente ocorre durante períodos de instabilidade em qualquer destes três níveis citados.

O facto de uma grande parte das vezes a pessoa em situação crítica ter necessidade de ser submetida a ventilação mecânica invasiva numa situação de urgência ou emergência vai

dificultar a sua vivência do processo de transição, pelo facto de não existir uma preparação prévia para esse processo. Daí a necessidade do enfermeiro possuir uma compreensão holística das condições que influenciam a experiência de transições para que possa ajudar os pacientes a criar condições propícias para uma transição saudável.

Com o intuito de facilitar o processo de adaptação da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva à sua nova realidade de ver restringida a sua capacidade de comunicar verbalmente, podem ser adotadas várias estratégias, fruto da capacidade imaginativa e criativa dos profissionais de saúde que dela cuidam. Dependendo do grau de sedação do doente, estas podem ir desde o simples fornecimento de papel e caneta até à criação de quadros de imagens, quadros de letras, quadros com frases mais frequentes, ou mesmo o estabelecimento de códigos que podem implicar apenas o piscar de olho, acenar com a cabeça, levantar ou baixar um dedo, virar a cabeça para um ou outro lado, etc... Também Lough, Stacy, & Urden (2008) referem que “a comunicação não-verbal pode estabelecer-se mediante sinais, gestos, leitura através dos lábios, apontar, mímica facial ou pestanejo ” (p. 680).

Quando a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva tenta comunicar verbalmente, a sua primeira tentativa é desencadear esforço verbal movendo os lábios. Embora Thelan & Davie (1994) considerem que os doentes com entubação endotraqueal devam ser estimulados a comunicar através da escrita, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo e aumenta o traumatismo da traqueia, nestas situações, o enfermeiro pode intervir explicando ao doente que para se conseguir fazer entender deve formular frases curtas e acentuar a silabação, o que implica disponibilidade e paciência por parte do enfermeiro.

O simples facto de manter o doente informado sobre a data, dia da semana, hora e local onde se encontra, permitindo a sua orientação espaço temporal; recorrendo ao uso dos cartões com desenhos e/ou quadro para escrita, quando a função neuromuscular do doente permite; explicando à família a melhor forma/estratégia de comunicar com o doente e incentivá-la a utilizar o material de apoio disponível, sejam os cartões, o quadro da escrita, ou outro, pode facilitar o doente crítico a adaptar-se a esta sua nova situação de dependência, mas permitindo-lhe assumir algum controlo sobre si mesmo.

Se sustentarmos os cuidados de enfermagem prestados numa UCI na teoria das transições de Meleis, o enfermeiro vai “entrar” no mundo da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, perceber a condição da mesma, detetando as suas necessidades, nomeadamente ao nível da comunicação e combinar estratégias de comunicação que promovam a sua adaptação ao estado de doença, otimizando a relação terapêutica e, deste modo, minimizar os efeitos negativos que possam advir do estado de transição saúde/doença. Até porque o estabelecimento de uma relação terapêutica, com uma comunicação eficaz, entre o enfermeiro e a família e pessoa em situação crítica “são as bases adequadas para o cuidado de enfermagem, pois permitem conhecer as necessidades do doente, o grau de afetação que a doença determinou e prever o processo de adaptação da nova realidade do pós - doença” (Neves & Pacheco, 2004, p. 78). É focalizada a família em conjunto com a pessoa em situação crítica por assumir crucial importância no cuidado humanizado e, conseqüentemente, ser um elo

marcante no sentido de facilitar os processos de transição que a pessoa em situação crítica está a vivenciar. Deste modo, Neves & Pacheco (2004) focam a importância da intervenção de enfermagem junto da família por considerarem que:

Destinar algum tempo para falar com os familiares é uma das formas de cuidar dos doentes; procurar indagar os seus sentimentos, os gostos do seu familiar e o que os aflige, facilitará a interação de toda a equipa de saúde. Ao dar às famílias um papel mais ativo no cuidado do “seu” doente, o enfermeiro não só está a preparar a família para o retorno do doente a sua casa (desenvolvendo uma função educativa), como contribui para a preservação das relações familiares (p. 78).

Recapitulando, a comunicação é indissociável dos cuidados de enfermagem, sendo através dela que a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada se estabelece. Torna-se então crucial que o enfermeiro adquira conhecimento sólido no âmbito da comunicação e desenvolva competências comunicacionais. Consequentemente, a relação terapêutica será mais eficaz, promovendo ao doente a vivência de um processo de transição o mais positivo possível e tornando o cuidado mais humanizado. E, assumindo como base a crescente humanização do cuidar da pessoa em situação crítica, vamos proceder ao desenvolvimento do presente estudo.

Capítulo II — Metodologia de Investigação

Neste capítulo pretendemos apresentar o percurso deste estudo de investigação desde a problemática e objetivos, tipo de estudo, o contexto e participantes, as estratégias de recolha de dados, assim como a análise dos mesmos e as considerações éticas, pois uma investigação é “um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, os desvios e as incertezas que isto implica” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 29).

1 — Da Problemática aos Objetivos

O interesse em aprofundar conhecimento acerca da comunicação do enfermeiro foi uma preocupação ao longo da nossa vida profissional e, no âmbito da pessoa ventilada, foi evidenciado no decorrer de um estágio realizado em UCI, experiência que nos sensibilizou para explorar esta temática, pois permitiu-nos constatar as dificuldades pessoais neste âmbito e dos enfermeiros que exercem funções na UCI.

O facto de se assumir a comunicação e a relação de ajuda como dimensões importantes no âmbito do cuidar, onde assenta a humanização de cuidados fundamenta, por si só, a necessidade do estabelecimento de uma comunicação eficaz, de modo a planear intervenções de enfermagem que proporcionem respostas adequadas às necessidades dos doentes. E, se nem sempre é fácil estabelecer uma comunicação terapêutica com o doente sem limitações na comunicação verbal, então com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva, cuja comunicação verbal está impedida até pela alteração da função neuromuscular, torna-se um desafio para os profissionais de saúde, ao qual pretendemos dar resposta.

É neste contexto que surge a problemática do estudo, sustentada na palavras de Quivy & Campenhoudt (1992) quando referem que “conceber uma problemática consiste, pois, em optar por uma orientação geral a partir da qual será encarada a resposta à pergunta de partida” (p. 256). Definida a problemática – comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva sob a perspetiva do enfermeiro - surge a necessidade de partirmos para uma pesquisa bibliográfica em torno da mesma, no sentido de perceber o estado da arte neste âmbito e de definir os objetivos para o estudo. Esta fase permitiu-nos verificar que os trabalhos realizados são, na sua maioria, desenvolvidos sob a perspetiva do doente, sendo escassos os estudos que abordam o tema na perspetiva do enfermeiro, o que ainda potencializou mais o nosso interesse pelo desenvolvimento desta investigação.

Consideramos que este estudo realizado na perspetiva do enfermeiro, associado a estudos já realizados na perspetiva do doente pode contribuir para ampliar o conhecimento desta área de intervenção de enfermagem e permitir uma melhor prática de cuidados baseada na evidência, contribuindo para a excelência da qualidade dos cuidados ao doente crítico.

Com este estudo pretendemos compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, em contexto de uma UCI e, de forma mais específica perceber o modo como se processa a

comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; identificar fatores que interferem na comunicação do enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; e, identificar as estratégias mobilizadas no processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

2 — Tipo de Estudo

Face à problemática e aos objetivos desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem exploratória descritiva.

Bogdan & Biklen (1994) destacam o fato de a metodologia qualitativa não ter por objetivo responder a questões prévias ou testar hipóteses mas sim, privilegiar “essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação” (p. 16). Consequentemente, ao desenvolvermos um estudo enquadrado nesta metodologia torna-se possível compreender a complexidade da temática que pretendemos estudar - a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, pois como referem Carpenter & Streubert (2002) “as experiências dos participantes são os achados da investigação” (p. 20).

Nos estudos descritivos, o investigador descreve o fenómeno em estudo tal como ele existe no seu meio natural, para que “o contexto do fenómeno seja minimamente alterado” (Carpenter & Streubert, 2002, p. 19). Neste tipo de estudo “é exigida aos investigadores uma flexibilidade e um envolvimento que não se encontram noutra tipo de estudos” (Moreira, 1994, p. 101), pelo que se traduz numa parceria entre investigador e participantes.

3 — Contexto e Participantes

Vamos, então proceder à apresentação do contexto onde se desenvolveu o estudo assim como a caracterização dos seus participantes.

3.1 — O contexto

O estudo foi realizado numa UCI de um hospital da zona Norte. A escolha deste contexto prendeu-se com o facto de este ser um serviço onde são atendidas, predominantemente, pessoas em situação crítica e por integrar a instituição onde exerce a profissão de enfermeira, facilitando deste modo o acesso ao mesmo.

A UCI onde foi realizado o estudo tem capacidade para oito doentes e, como é habitual nestes serviços, trata-se de uma unidade aberta, polivalente e caracterizada por um conjunto de meios materiais e humanos que permitem prestar cuidados altamente especializados a doentes críticos, qualquer que seja a sua patologia. A configuração arquitetónica do serviço promove a vigilância contínua de todos os doentes assim como o trabalho em equipa, essencial nas dinâmicas da unidade, embora vigore a metodologia individual de trabalho, onde cada enfermeiro é responsável, no máximo, por dois doentes.

Esta UCI recebe doentes de toda a área geográfica do distrito de Viana do Castelo e, esporadicamente, recebe doentes transferidos de outras áreas.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que estão em presença física contínua no serviço com um rácio de três médicos no turno da manhã (8h às 14h), dois no turno da tarde (14h às 20h) e um no turno da noite (20h às 8h); um rácio de enfermeiros de cinco no turno da manhã (8h às 15h30), quatro no turno da tarde (15h30 às 23h30), e igual número no turno da noite (23h às 8h30); as assistentes operacionais praticam horário igual aos dos enfermeiros, estando três no turno da manhã e uma no turno da tarde e da noite.

A filosofia preconizada pelos responsáveis da UCI e seus colaboradores centra-se numa gestão harmoniosa de relação interpessoal aberta ao diálogo e à participação de todos os seus elementos, perspetivando a satisfação de todos os intervenientes, promovendo a qualidade dos cuidados prestados, tendo como horizonte final uma abordagem holística da pessoa em situação crítica².

3.2 — Os participantes

No estudo participaram um grupo de dez enfermeiros e a sua seleção obedeceu a dois critérios pré estabelecidos:

- Enfermeiros da prestação direta de cuidados
- Enfermeiros que exercessem funções na UCI há mais de seis semanas (período exigido na UCI para integração profissional).

A caracterização dos participantes relativamente à idade, género, formação académica e tempo de serviço encontra-se expressa no quadro 1.

² Informação retirada do manual de enfermagem da UCI onde foi realizado o estudo, no qual consta a informação que elucidará melhor o enfermeiro em integração na UCI.

Idade (em anos)	Nº de enfermeiros
<30	3
≥30 <35	2
≥35 <40	4
≥40 <45	0
≥45 <50	1
≥50	0
Género	
Feminino	5
Masculino	5
Formação académica	
Bacharelato em Enfermagem	2
Licenciatura em Enfermagem	6
Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica	2
Tempo de serviço (em anos)	
<10	4
≥10 <15	1
≥15 <20	4
≥20	1
Tempo de serviço na UCI (em anos)	
<10	7
≥10 <15	2
≥15 <20	0
≥20	1

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

No que concerne à idade, três enfermeiros têm idade inferior a trinta anos, embora a maioria dos participantes se situe na faixa etária entre os trinta e quarenta anos e, por último, está situado um enfermeiro no intervalo de idades entre os quarenta e cinco e os cinquenta anos.

Relativamente ao género, cinco participantes pertencem ao género masculino e cinco ao feminino, facto interessante tendo em conta que estes foram selecionados aleatoriamente.

No que diz respeito à formação académica, os enfermeiros, maioritariamente (6) possuem a licenciatura em enfermagem, apenas dois elementos são detentores do curso de bacharelato em enfermagem e dois possuem a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

Relativamente ao tempo de serviço (em anos) quatro participantes exercem a profissão há menos de 10 anos, um situa-se entre os dez e quinze anos de profissão, quatro entre os quinze e vinte e um tem mais de vinte anos de serviço. Em relação ao tempo de serviço (em anos) na UCI

verificámos que a maioria dos participantes tem menos de dez anos, dois enfermeiros situam-se entre os dez e os quinze anos e o enfermeiro que lá permanece há mais tempo tem mais de vinte anos de experiência profissional na UCI.

4 — Estratégias de Colheita de Dados

Na metodologia qualitativa, o fenómeno em estudo pode ser compreendido sob diversas perspetivas, assumindo vários modos de compreensão. Deste modo, pode ser fundamental o recurso a “mais do que uma estratégia de colheita de dados para compreender bem um fenómeno” (Carpenter & Streubert, 2002, p. 18).

Considerando os objetivos definidos, as estratégias de recolha de dados utilizadas foram a entrevista semiestruturada e a observação participante.

Na perspetiva de Tuckman (2002) a entrevista é o processo mais direto que o investigador possui para obter informação acerca do fenómeno em estudo e com as diferentes perspetivas dos entrevistados existe a possibilidade de emergir um “quadro razoavelmente representativo da ocorrência ou ausência do fenómeno e, desse modo, propiciar-nos uma base para a sua interpretação (p. 517)”. Uma vantagem da utilização da entrevista semiestruturada ou semidirigida, a mais adequada ao estudo exploratório descritivo, prende-se com a possibilidade de o entrevistador colocar sempre as questões principais “mas é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões em busca de mais informação. O entrevistador tem, assim, possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível da compreensão e recetibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994, p. 133).

Elaborámos, então, o guião da entrevista (Apêndice B), tendo em conta os objetivos delineados para o estudo e que se constitui como um fio condutor durante a entrevista, mantendo algum grau de estruturação, tal como é preconizado para uma entrevista semidirigida.

No intuito de validar o guião da entrevista realizámos um pré teste junto de enfermeiros da UCI em estudo mas, que não participaram no mesmo. Este permitiu-nos verificar que as questões orientadoras da entrevista eram adequadas e atingiam os objetivos preconizados, pelo que não foi necessário alterar ou integrar outras questões no guião.

Para além da entrevista, consideramos pertinente realizar a observação dos enfermeiros alvo do estudo durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, de modo a complementar os dados obtidos com a entrevista e atingir um nível mais elevado de compreensão do processo de comunicação entre o enfermeiro e o doente submetido a ventilação mecânica invasiva. Pois como referem Hébert, Goyette, & Boutin (1990), a “observação participante é muitas vezes associada à técnica da entrevista, normalmente com o fito de triangular os dados, em particular no que diz respeito às opiniões ou crenças que os inquiridos têm sobre acontecimentos que os tocam” (p. 158). A observação participante consiste num processo de “observar e descrever, de forma sistemática,

comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação” (Fortin, 2009, pp. 371-372). Neste tipo de observação, onde o observador também é participante, “a atividade predominante do investigador é observar e, potencialmente, entrevistar. A maior parte do tempo do investigador, contudo é passada a observar” (Carpenter & Streubert, 2002, p. 29). O facto de o investigador, neste tipo de estratégia de colheita de dados, ser concomitantemente participante tem ainda a possibilidade de se envolver em algumas atividades com os participantes, uma vez que ao partilharmos a profissão com os observados, na perspetiva de Hébert, Goyette, & Boutin (1990) temos a possibilidade de obter dados que não seriam facilitados a um investigador externo.

O nosso envolvimento com os participantes tornou-se uma constante ao longo do período de colheita de dados, pela abertura e disponibilidade que estes demonstraram, o que vem corroborar a opinião de Hungler & Polit (1995) quando afirmam que “o enfermeiro encontra-se em posição de vantagem para observar, relativamente de maneira discreta, o comportamento e as atividades dos pacientes, de suas famílias e da equipe hospitalar” (p. 178).

Apesar de a observação ser um método de recolha de dados para a compreensão de comportamentos e atitudes também comporta algumas desvantagens, sendo que a principal prende-se com o facto de as pessoas observadas, sobretudo inicialmente, deixarem de agir com naturalidade, o que pode comprometer a exatidão das observações que, Hungler & Polit (1995) denominam de “efeito de reação à mensuração, ou, simplesmente, reatividade” (p. 178).

A observação foi realizada com base num guião (Apêndice C) que elaborámos, tendo como linha norteadora os objetivos do estudo, com a finalidade de manter uma observação focalizada na problemática – a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

Após ter obtido o consentimento para a realização do estudo por parte do Conselho de Administração da instituição e, antes de iniciar a colheita de dados onde este foi realizado, estabelecemos contacto com a enfermeira chefe do serviço, no sentido de planear quer os momentos de observação e da entrevista, quer a forma de aceder ao serviço e aos participantes procurando, deste modo, minimizar eventuais perturbações da dinâmica da UCI. Assim, o período de colheita de dados realizou-se nos meses de Maio a Junho de 2012.

A observação foi realizada preferencialmente no turno da manhã. Ao longo dos períodos de observação, realizada ao mesmo grupo de enfermeiros entrevistados, fomos tomando notas discretamente não só dos comportamentos e atitudes comunicacionais do enfermeiro com o doente crítico, como também do ambiente e dinâmica envolvente, dando relevância aos aspetos que potencialmente poderiam influenciar o processo comunicativo. Imediatamente a seguir ao período observacional, transcrevemos os aspetos respeitantes ao binómio enfermeiro/doente crítico e os aspetos do ambiente envolvente que denominamos de notas de campo, seguindo os princípios sugeridos por Bogdan & Biklen (1994) que consideram que estas podem conter aspetos mais descritivos e aspetos reflexivos, sendo que nestes últimos podem ser incluídas reflexões sobre a análise, reflexões sobre os métodos, reflexões sobre conflitos e os dilemas éticos e reflexões sobre o ponto de vista do observador. Consoante fomos progredindo na

observação tornámo-nos mais seletivas mantendo presente a perspetiva de Bogdan & Biklen (1994) quando refere que “qualquer descrição até um certo grau representa escolhas e juízos – decisões acerca do que anotar, sobre a utilização exata de palavra” (p. 163).

As entrevistas realizadas perfizeram um total de dez, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas. Saliento que as entrevistas foram realizadas durante o período de observação e transcritas no próprio dia, de modo a mantê-las fidedignas relativamente a pormenores observados no entrevistado.

5 — Análise dos Dados

Concluída a etapa de colheita de dados prosseguimos para a análise dos dados obtidos através da análise das entrevistas e das notas de campo, uma vez que pretendemos descrever as experiências vividas pelos sujeitos de uma forma objetiva, sistemática através de abstrações lógicas.

A análise de conteúdo possibilitou-nos estudar a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva de forma indireta e objetiva, pois como refere Quivy & Campenhoudt (1992) esta “permite ultrapassar, pelo menos em certa medida, a subjetividade das nossas próprias interpretações” (p. 79).

Bardin (2011), que aprofunda conhecimentos sobre a análise de conteúdo, salienta que esta deve incluir a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção do conteúdo com o apoio de indicadores. Assim, o processo de análise envolve, primeiramente, um esforço de descrição, onde as características da comunicação são trabalhadas, seguido por um esforço de inferência, que permite passar da descrição simples para a interpretação, ou seja, atribuição de um significado a essas características.

A metodologia de análise de conteúdo que norteou este processo é definida por Bardin (2011) como um “conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 37). De acordo com este autor inclui as seguintes etapas: organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência. A fase de organização da análise é subdividida em três passos de ordem cronológica e que consistem numa pré-análise, seguida de uma exploração do material e termina com o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos. A codificação “corresponde a uma transformação (...) esta que, por recorte, agregação e enumeração permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto...” (Bardin, 2011, p. 129). Estão nesta etapa a escolha das unidades, a sua classificação e agregação, escolhendo as categorias. Prosseguindo a análise de conteúdo segue-se a categorização que consiste em “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o

género (analogia), com os critérios previamente definidos.” (Bardin, 2011, p. 145). Este agrupamento pressupõe a existência de elos em comum de cada elemento analisado, uma vez que “o processo de gerar categorias se realiza baseado na comparação constante entre unidades de análise” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p. 497). A operação de categorização obedece, de acordo com Bardin (2011), a cinco regras que são a exclusão mútua – onde a presença de um determinado elemento não deve constar em mais que uma categoria; a homogeneidade – deve obedecer a um único princípio de classificação; a pertinência – quando se adequa perfeitamente ao material de análise selecionado; a objetividade e a fidelidade – que é obtida quando o material é sujeito a várias análises e são formuladas as mesmas categorias; e a produtividade - quando o material analisado produz novos resultados, através da inferência.

A característica da análise de conteúdo numa abordagem qualitativa é a inferência não estar relacionada com a frequência com que aparecem no corpus determinadas palavras, expressões, temas, etc. Ou seja, constitui-se em “realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo” (Bardin, 2011, p. 167). De acordo com Amado (2000) “este período inferencial, interpretativo, será tanto mais rico quanto o analista-investigador fizer intervir outros elementos significativos para a contextualização da palavra, para conhecimento das suas condições de produção – elementos que podem decorrer das notas de campo de uma observação participante” (p. 61). Daí ter formado um corpus de análise constituído pelas transcrições das entrevistas e pelas notas de campo resultantes da observação participante e efetuado a análise de conteúdo conjunta (Apêndice D), pois estes dois métodos complementam-se.

Efetuamos uma leitura inicial, flutuante, objetivando a formação de categorias preliminares, assim como a sua análise e interpretação, tendo presente que “a investigação qualitativa se baseia na compreensão das realidades sociais através da interpretação destes textos” (Flick, 2005, p. 30).

Desta análise emergiram um conjunto de categorias e subcategorias que serão apresentadas e analisadas no próximo capítulo (capítulo III).

6 — Considerações Éticas

No que concerne à investigação em enfermagem, uma vez que os sujeitos da investigação são pessoas, torna-se necessário ter em consideração os direitos inerentes à pessoa humana. Neste sentido, os códigos de ética definiram sete princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, assentes no respeito pela dignidade humana que também foram apresentados por Fortin (2009) como:

o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito

pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a otimização de vantagens (p. 186).

Estes princípios têm em conta a efetiva proteção da pessoa, garantindo o respeito pela sua dignidade, respeitando o princípio da autonomia, o qual dá aos participantes o direito de decidir se vão ou não participar na investigação, sendo que o consentimento informado “significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin, 2009, p. 186).

No sentido de atender a estes princípios, previamente ao início dos procedimentos inerentes ao desenvolvimento do presente estudo, enviamos um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição onde foi o estudo, tendo sido obtida autorização (Anexo A).

Foi também obtido o consentimento informado dos participantes de acordo com o documento em anexo (Apêndice A), tendo sido proporcionado conhecimento sobre os objetivos do estudo e das estratégias de recolha de dados a serem aplicadas. Esclarecemos ainda o direito de não aceitar e de desistir a qualquer momento sem que houvesse qualquer repercussão negativa para o participante.

Foi garantida a confidencialidade dos dados, pois durante as transcrições das entrevistas e a redação das notas de campo todos os nomes citados foram codificados.

Capítulo III — A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Apresentação e Análise dos Dados

Neste capítulo vamos proceder à apresentação dos resultados obtidos com a aplicação das estratégias de recolha de dados – observação e entrevista.

Da análise emergiram um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 2 permitindo uma melhor integração de todos os dados obtidos.

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de registo
Modos de comunicar	Enfermeiro/ doente	Expressão facial	2
		Contacto visual	12
		Toque	10
		Postura Corporal	4
		Palavra falada	17
	Doente/ enfermeiro	Paralinguística	9
		Expressão facial	9
		Contacto visual	6
		Mímica labial	7
		Gestos	9
	Palavra escrita	2	
	Respostas fisiológicas	4	
Finalidades da comunicação Enfermeiro/ doente	Identificar necessidades do doente		8
	Avaliar a dor/conforto		7
	Promover a orientação espaço- temporal do doente		5
	Explicar os procedimentos que vai executar		11
	Solicitar a participação do doente nos cuidados		4
	Acalmar o doente		2
	Informar o doente	Acerca do seu estado/condição de saúde	3
	Dos contactos dos familiares	2	
	Motivo de internamento	2	
Fatores que interferem no processo de comunicação	Centrados no doente	Estado de consciência/nível de sedação	8
		Função neuromuscular	11
		Idade do doente	3
		Ansiedade/ agitação	3
	Centrados no enfermeiro	Experiência Profissional em UCI	7
		Dificuldade na compreensão da mensagem do doente	6
		Formação sobre comunicação	2
	Centrados na dinâmica da UCI	Familiar presente	4
		Colaboração entre os colegas	2
		Fatores do ambiente	6
Falta de informação		2	
	Sobrecarga de trabalho	2	
Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação	Recursos materiais	Quadro com imagens ou letras	12
		Papel e caneta	13
	Mobilização de habilidades comunicacionais	Interpretação da mímica labial	3
		Mostrar disponibilidade	7
		Valorizar comportamentos/expressões	10
	Negociar estratégias de feedback	Adequar a linguagem	5
		Piscar os olhos	2
		Gestos	6
	Acenar a cabeça (sim/não)	7	
Sugestões para otimizar a comunicação	Potencializar recursos materiais		3
	Formação em serviço		6
	Ouvir relatos de experiências		5

Quadro 2 – A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva

1 — Modos de Comunicar

Relativamente à área temática – Modos de comunicar - consideramos duas categorias que dizem respeito à comunicação enfermeiro/doente e doente/enfermeiro, pois os modos de comunicar, atendendo às circunstâncias, são diferentes, embora ambos incluam aspetos verbais e não-verbais que se complementam e interagem. Mas, no sentido de melhor compreender e explicitar estes modos de comunicar na interação enfermeiro/doente consideramos as duas categorias acima mencionadas e expressas na Figura 2.

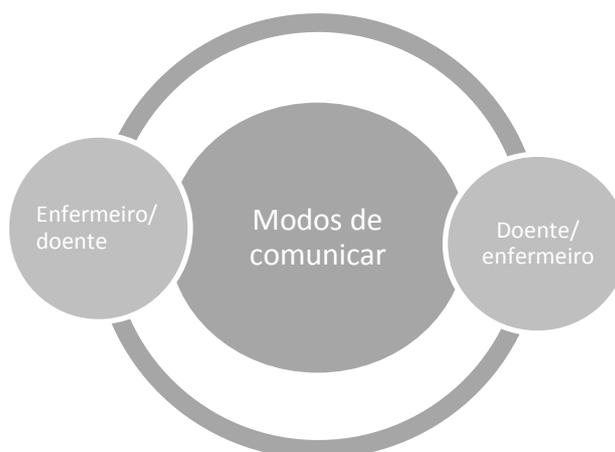


Figura 2 – Modos de comunicar - categorias

Através da observação e entrevista constatamos que a comunicação **enfermeiro/doente** efetiva-se através de expressão facial, contacto visual, toque, postura corporal, palavra falada e aspetos paralinguísticos.

A *expressão facial* observada nos enfermeiros durante a prestação de cuidados, quando não usavam máscara de proteção facial, foi uma das formas de comunicar utilizada, como se pode verificar nas seguintes transcrições:

“*Sempre que aborda o doente, estando sem máscara de proteção, sorri para ele;*” (O9);

“*Quando não está com máscara de proteção facial esboça um sorriso para o doente.*” (O10).

O enfermeiro ao abordar o doente estabelece *contacto visual* com o doente, sendo este modo de comunicar uma constante durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, com doze unidades de registo nas quais ele é evidenciado, como exemplificam as seguintes transcrições:

“*... é o dirigir o olhar... Acho que isso é... Já faz parte de nós...*”(E6);

“*Utiliza o contacto visual sempre que aborda o doente;*” (O2).

O *toque* intencional é utilizado frequentemente pelo enfermeiro como forma de demonstrar a sua presença e de proporcionar conforto ao doente:

“*... agarrarmos na mão, passarmos a nossa mão pela cabeça da pessoa...*” (E5);

“*O tocar (...)* Acho que isso é... Já faz parte de nós, acho eu.” (E6);

“Há gente que o faz intencionalmente porque sabe que o toque vai ter algum efeito no doente, vai relaxá-lo mais...” (E7);

“... quando está a falar com o doente toca-lhe suavemente na mão ou no braço.”(O3).

O enfermeiro ao assumir uma *postura corporal* com uma certa inclinação sobre o doente está a demonstrar um comportamento assertivo, de escuta e atenção para com ele, promovendo a comunicação, como se pode verificar na transcrição:

“Quando fala com o doente inclina-se ligeiramente sobre este.” (O10).

A comunicação verbal, nomeadamente a *palavra falada*, é também utilizada pelos enfermeiros para comunicarem com o doente crítico, sendo referida por estes como a mais frequente e mais espontânea, independentemente de obterem feedback ou não por parte do doente:

“... independentemente de eles estarem sedados ou não costumo, costumo falar sempre.” (E3);

“Falamos com esses doentes, pelo menos no que me diz respeito (...) Sabendo que ele não nos vai dizer nada...”(E6);

“Está em permanente diálogo com o doente;” (O2).

Por último, o uso da *paralinguística* foi outro aspeto relevante observado no comportamento do enfermeiro. Está totalmente implicada na comunicação verbal por uma não existir sem a outra, devido ao facto de tratar os aspetos não-verbais da comunicação verbal “e que se referem ao tom de voz, ao ritmo da fala, ao volume da voz, as pausas utilizadas na pronúncia verbal e demais características que transcendem a própria fala” (Freixo, 2011, p. 211). Tendo por base esta definição incluímos nesta subcategoria unidades de registo que abordassem todos esses aspetos da fala dos participantes:

“Utiliza um tom de voz baixo, com um ritmo constante e vagaroso.” (O1);

“Fala de frente para o doente (...) pausadamente e em tom de voz baixo e com ritmo lento” (O2);

“Fala pausadamente e articulando devagar as palavras”. (O10).

Tendo em conta o carácter dinâmico do processo de comunicação e a alternância de papéis que existe entre os seus intervenientes consideramos a categoria – **doente/ enfermeiro** – onde são abordados atitudes e comportamentos do doente no processo de interação com o enfermeiro. Deste modo, emergem cinco subcategorias que dizem respeito à expressão facial, contacto visual, mímica labial, gestos e escrita.

A *expressão facial* do doente é uma forma de comunicar dos doentes muito valorizada pelos enfermeiros, pois é uma fonte preciosa de informação acerca das queixas do doente, como se pode observar nas transcrições seguintes, tanto da entrevista como da observação:

“... os doentes em coma induzido (...) muitas vezes vão reagindo, fazem um fâcias de dor, um fâcias de desconforto, e aí sim, nós percebemos que o doente pode ter dor ou estar desconfortável...” (E5)

“... com o doente sedado, não temos grande comunicação, a não ser o feedback que ele nos dá, a expressão facial, mais em relação à dor...” (E9).

“Faz fâcias de dor quando é mobilizado;” (O1)

“Apenas reage a estímulos dolorosos, como a aspiração de secreções, com fâcies que aparenta estar desconfortável/ter dor.” (O5).

O *contacto visual* é uma atitude comunicacional frequente no doente ventilado, o qual pode significar interesse e atenção em relação à sua mensagem, como se pode ver no seguinte relato:

“Doente fixou o olhar na face da enfermeira enquanto esta lhe explicava o que lhe estava a acontecer.” (O7).

A *mímica labial* torna-se numa forma comum de o doente submetido a ventilação mecânica invasiva comunicar com o enfermeiro, por ser a primeira forma que ele encontra para interagir com o mundo que o rodeia, desencadeando esforço verbal, movendo os lábios, tal como o faria se pudesse emitir sons.

“Tentava interagir com as pessoas que o rodeavam (...) movendo os lábios, articulando palavras, tentando desencadear sons”(O2).

Este modo de comunicar do doente crítico, após o enfermeiro o instruir para formar frases curtas e simples, proporciona facilidade na compreensão da sua mensagem, como é relatado na seguinte transcrição:

“Mas percebe-se o que eles dizem pelos lábios, pela mímica labial...” (E10).

A utilização de *gestos* constitui-se um dos aspetos relevantes da comunicação não-verbal, sendo que, no caso do doente ventilado, são utilizados preferencialmente os gestos simbólicos. Assim, nesta subcategoria foram integradas unidades de registo referentes à entrevista onde o enfermeiro aponta os gestos como forma de expressão do doente ventilado e unidades de registo referentes ao período de observação, em que foi possível observar gestos utilizados pelo doente para captar a atenção do enfermeiro ou para emitir *feedback* às questões colocadas:

“doente tem um discurso mais não-verbal. Tem um discurso mais intuitivo, de apontar.” (E2);

“A forma que os doentes têm de se expressar muitas vezes é por gestos...” (E5);

“O doente tenta comunicar com o enfermeiro através de gestos...” (O1).

A *palavra escrita* é utilizada pelo doente como forma de comunicar com o mundo que o envolve, sempre que o estado de consciência e a função neuromuscular o permite. E, embora não seja muito frequente, torna-se útil como forma de comunicar com o enfermeiro.

“...em doentes que, por exemplo, que estão no pós-operatório que, estão ventilados mas que a consciência se mantém quase, quase, com um Glasgow de 15 e que nos pedem para escrever e que escrevem.” (E3);

“... um doente jovem estava num pós-operatório de um acidente, que chegou aí e que me fez assim (gesticula pretendendo chamar alguém à sua beira) e que me pediu um bloquinho, eu dei-lhe um bloquinho e a caneta e ele escreveu-me tudo o que queria saber, o porquê de estar aqui, o que é que lhe tinha acontecido, o que é que lhe tinham feito...” (E3).

A subcategoria *respostas fisiológicas* do doente refere-se às alterações dos parâmetros vitais que, na opinião dos enfermeiros, são muitas vezes o único *feedback* obtido no processo de comunicação com o doente ventilado, tal como podemos verificar nas citações seguintes:

“...só esse simples gesto de pegar na mão da pessoa, olhamos para o monitor e vemos as tensões ou vemos a frequência cardíaca e muda logo, fica mais calmo.”(E5)

“...ele comunica-te eventualmente por uma taquicardia (pausa), por uma lágrima no olho, é, mas que tu não sabes o que ele quer dizer...” (E6)

“... e chegou a familiar, tocou-lhe e falou e ele desenvolveu uma taquicardia.” (E6)

“Doente mais calma e baixa a frequência cardíaca, após a explicação que a enfª lhe deu.” (O7)

Todos estes modos de comunicar podem ser levados a cabo através da comunicação verbal ou não verbal, embora o enfermeiro utilize mais frequentemente a verbal e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, devido às suas limitações de comunicação, utilize mais as formas não-verbais.

2 — Finalidades da Comunicação Enfermeiro /Doente

No âmbito do cuidar e, no caso deste estudo com o doente crítico, a comunicação enfermeiro/doente crítico tem diversas finalidades (Figura 3) - identificar necessidades do doente, avaliar a dor/conforto, promover a orientação espaço-temporal do doente, explicar os procedimentos que vão ser executados, solicitar a participação do doente nos cuidados, acalmar o doente e informar o doente.

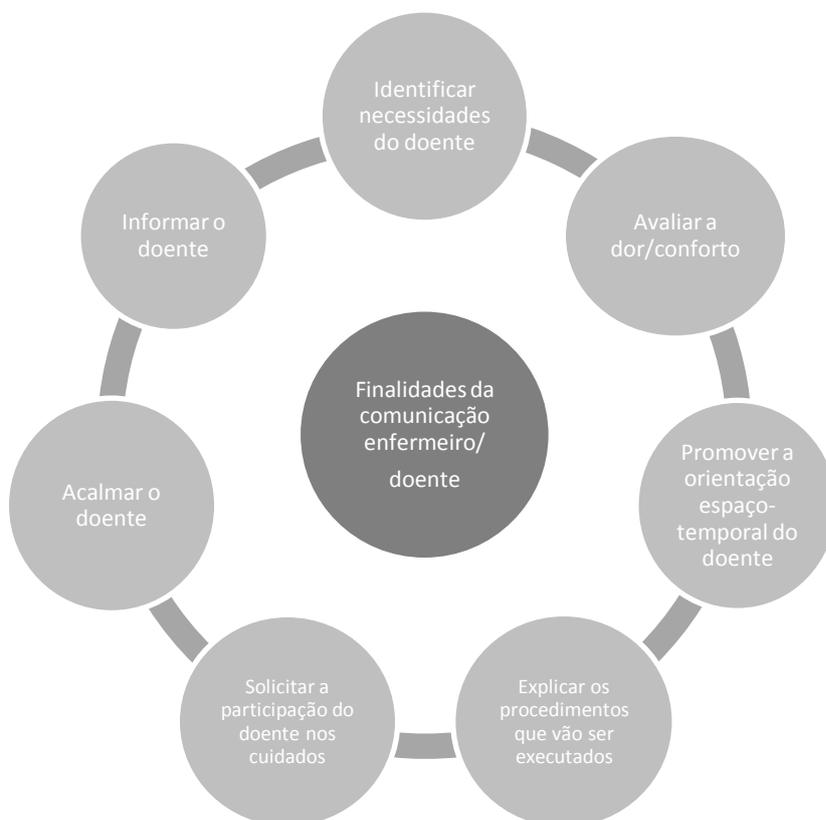


Figura 3 - Finalidades da comunicação enfermeiro/doente – categorias

Identificar as necessidades do doente foi uma das finalidades de comunicação mais observada (oito unidades de registo), como se verifica nas seguintes transcrições:

“... as necessidades mais frequentes como o tenho sede; o quero mudar de posição; o tenho fome ou o tenho vontade de ir à casa de banho (pausa), normalmente nós conseguimos perceber melhor através da mímica labial do doente e, quando ele tenta verbalizar, nós começamos logo por ir questionando essas necessidades...” (E6);

“Realiza várias perguntas ao doente, tentando “adivinhar” a causa do seu mal-estar: (...)Quer mudar de posição?” (O6).

A preocupação com o conforto foi visível através das abordagens que os enfermeiros realizavam no sentido de **avaliar a dor/conforto** do doente:

“Nós perguntamos normalmente se tem dor...”(E1);

“... questiona-o: “Parece que está com dor. Onde dói?” (O1).

Promover a orientação espaço temporal do doente foi uma finalidade da comunicação que emergiu com alguma frequência, nomeadamente com doentes que estão em processo de desmame de sedação:

“...primeiro é isso, tentar orientar o doente porque o doente vai estar, há ali um espaço de tempo que ele perdeu completamente a noção da realidade e vamos tentando comunicar com ele...” (E7);

“... repara que ele está agitado e vai junto dele, fala com ele e mostra-lhe um relógio de parede que está pousado em cima de um postigo, para que ele se aperceba da hora do dia em que se encontra...” (O1);

“Conversa com o doente a informar que dia é e que horas são e como está o tempo.” (O3).

Durante a prestação de cuidados ao doente, o enfermeiro procura **explicar os procedimentos que vai executar**, sendo esta uma das finalidades da comunicação mais frequente, com onze unidades de registo:

“Tentamos sempre (...) explicar os procedimentos...” (E10);

“...vou dar-lhe banho para refrescar, está bem?” (O1);

“...quando vai posicionar o doente refere: “Sr. X vou posicioná-lo para ficar mais confortável!”;

“Vou massajar as costas com creme, vai sentir um pouco frio!” (O3).

Embora **solicitar a participação do doente nos cuidados** seja a finalidade da comunicação menos frequente, ela foi observada durante momentos da prestação de cuidados, como espelham as transcrições:

“Agora tem é que respirar com calma!” (O7);

“... preciso que esteja sossegado para não o magoar! Eu sei que dói um bocadinho mas tem que ser!” (O10).

Verificámos ainda que a comunicação entre enfermeiro e doente é estabelecida com o intuito de **acalmar o doente** em momentos em que este se apresenta mais agitado, como se pode verificar nestas duas unidades de registo:

“A gente apela à calma...” (E9);

“Acalmar o doente quando está agitado.” (O4).

Informar o doente é essencial no decurso da relação terapêutica entre enfermeiro e doente e verificámos como o tipo de informação a prestar pode ser vasta. Emergiram, deste modo, três subcategorias, no intuito de especificar o tipo de informação que é proporcionada ao doente - informar acerca do seu estado de saúde, acerca do motivo do seu internamento na UCI ou então informar acerca dos contactos dos familiares.

Através da observação verificámos que o enfermeiro presta informações ao doente *acerca do seu estado/condição de saúde* como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

“Tem um tubo na garganta que está a ajudá-la a respirar e, por isso não consegue falar connosco. (...) Assim que estiver melhor, retiramos esse tubo e já fala connosco.” (O7);

“Sr. X você hoje está melhor! Em breve vamos retirar o tubo para poder falar e, provavelmente, amanhã já vai para a enfermaria.” (O2).

A informação ao doente *acerca dos contactos dos familiares* prende-se com o facto de frequentemente, estes estabelecerem contacto telefónico com os enfermeiros da UCI para obterem informação sobre o estado de saúde do seu familiar. Observámos que o enfermeiro que recebe o telefonema, tem a preocupação de informar o doente do mesmo, procurando deste modo, manter um elo de ligação deste com o mundo exterior:

“Sr. x a sua esposa telefonou para cá para saber notícias suas e pediu para lhe dizer que logo à tarde ela vem cá vê-lo. Está a ver! Logo já vai ter visitas, tem que se por bem disposto!” (O9).

O enfermeiro também tem a preocupação em *explicar o motivo do internamento* do doente na UCI, facto expresso pelos enfermeiros durante as entrevistas e identificado nos momentos de observação, tal como se verifica nos seguintes excertos:

“...tentamos explicar-lhes o que é que está a acontecer, porque está internado numa UCI...” (E9);

“A Srª teve ontem um acidente, veio para o hospital, teve que ser operada.” (...) Agora está aqui nos cuidados intensivos para recuperar!” (O7).

3 — Fatores que Interferem no Processo de Comunicação

A comunicação pode ser influenciada positiva ou negativamente por diversos fatores, envolvendo vários aspetos que nós agrupamos em três categorias - fatores centrados no doente, fatores centrados no enfermeiro, e centrados na dinâmica da UCI, como ilustra a Figura 4.



Figura 4 - Fatores que interferem no processo de comunicação - categorias

No que diz respeito aos fatores que interferem no processo de comunicação **centrados no doente** emergiram quatro subcategorias - estado de consciência/nível de sedação, função neuromuscular, idade do doente, ansiedade/agitação.

Relativamente à subcategoria - *estado de consciência/nível de sedação* - da pessoa em situação crítica percebemos que esta assume um carácter ambivalente, pois tanto atua como fator facilitador como dificultador da comunicação, ou seja, o nível de sedação é inversamente proporcional à eficácia da comunicação. Como se pode verificar nas seguintes unidades de registo, os enfermeiros consideraram que os doentes em desmame de sedação ou não sedados comunicam mais facilmente:

“Em primeiro lugar, o estado de consciência, o doente em desmame de sedação já tem um nível de consciência que lhe permite perceber o nosso discurso.” (E1);

“Mediante o grau de avaliação da escala de Ramsay, logo se vê o tipo de resposta que pode dar e, eventualmente, o tipo de diálogo que se pode manter com ele.” (E2);

“... os doentes que já estão em desmame e já tem um nível de consciência pelo menos para, as questões, pelo menos têm perceção do que se passa à sua volta...”(E3).

Por outro lado, como se pode ver nas seguintes expressões, os participantes do estudo consideraram que quando o doente está sedado, não tem perceção da realidade que o envolve e não emite um *feedback* perante a mensagem emitida pelo enfermeiro, o que dificulta a interação:

“...o doente às vezes está a acordar do coma induzido e a resposta deles, a capacidade de compreensão deles é muito fraca...” (E2);

“...Com os ventilados sedados, é tudo mais complicado (...) a gente só consegue avaliar a reação a estímulos...”(E3);

“... mesmo que tenhas um placard, que lhe mostres as palavras, ele ou está sedado e não consegue ler, ou até nem sabe ler, ou até não consegue discernir...” (E4).

A *função neuromuscular* assume, igualmente, um papel facilitador ou dificultador da comunicação consoante está mais ou menos alterada, pois interfere na movimentação ou coordenação motora e, como tal, possibilita ou não a escrita por parte do doente:

“... alguns doentes (...) e têm força muscular e às vezes escrevem...” (E4);

“... não tem força muscular e, mesmo que ele tente escrever (...) quando vai a escrever não consegue. Não consegue pura e simplesmente escrever uma palavra.” (E10).

Pela deterioração das capacidades cognitivas, a *idade do doente*, quando avançada, torna-se um fator dificultador da comunicação.

“... um doente que às vezes tem 70 ou 80 anos, pouco percebe as imagens...” (E2);

“... os mais idosos (...) já não conseguem escrever.” (E4).

A *ansiedade/ agitação do doente* foi apontada por dois enfermeiros que a consideram como um fator que interfere negativamente no processo de comunicação, uma vez que dificulta o desmame ventilatório:

“E essa ansiedade deles, muitas vezes, leva a que eles não respirem bem e leva a que eles não consigam fazer o desmame ventilatório...” (E6) – prolongando o tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, o tempo em que mantém limitações da comunicação.

O estado de ansiedade ou agitação do doente, por vezes não deixa espaço para que lhe expliquem o que lhe está a acontecer e para que o enfermeiro consiga perceber o que o doente lhe pretende transmitir como corrobora o seguinte relato:

“... têm muita vontade de verbalizar quando acordam mas não conseguem, não sai nada, há doentes que até ficam ansiosos e preocupados porque pensam que não conseguem falar e que não vão conseguir falar mais.” (E9).

Para além dos fatores que interferem no processo de comunicação centrados no doente identificámos igualmente fatores **centrados no enfermeiro** que, agrupámos em quatro subcategorias – experiência profissional em UCI, dificuldade na compreensão da mensagem do doente, a disponibilidade e formação.

A *pouca experiência profissional em contexto de UCI* atua como fator dificultador da comunicação quer seja pela capacidade pessoal de lidar com estes doentes em termos comunicacionais ou pelo facto de se deixar absorver pela tecnologia que envolve a pessoa em situação crítica como se pode verificar nas transcrições apresentadas:

“... no início, não sabia muito bem como é que havia de reagir porque, normalmente, obtinha sempre um feedback orientado ou desorientado mas, normalmente os doentes reagem sempre, nem que seja com palavras, pelo menos com um gemido, ou com qualquer coisa, o que não acontece com grande parte dos doentes aqui da UCI...” (E3);

“Em relação ao modo como conseguimos perceber o que é que os doentes querem, isso já depende muito, eu acho que da sensibilidade de cada um... E muito por experiência (...) Nós vamos interiorizando....” (E5).

Os enfermeiros referiram que a pessoa em situação crítica quando submetida a ventilação mecânica invasiva, já com um nível de sedação mais ligeiro, tenta comunicar com as

pessoas que a rodeiam e existem *dificuldades na compreensão da mensagem do doente* por parte do enfermeiro, como se constata nas transcrições seguintes:

“...não conseguem desenhar letras e palavras que tu consigas perceber.” (E1);

“Por vezes estamos 2 ou 3 à volta de um doente para conseguir perceber e o doente não consegue mesmo exprimir-se.” (E6);

“Não conseguimos perceber a escrita, mas eles tentam.” (E8).

Na subcategoria - *formação sobre comunicação* incluímos duas unidades de registo que expressam a falta de abordagem da área da comunicação em cuidados intensivos durante o processo de formação inicial:

“nós mesmo em termos de formação de base não estamos muito preparados.” (E10)

“As escolas, não investem muito (...) nesta área de cuidados intensivos, no curso de base não se fala muito.” (E10).

Os fatores **centrados na dinâmica da UCI** estão relacionados com aspetos do funcionamento habitual do próprio serviço, isto é, externos ao enfermeiro e ao doente. Neste âmbito emergiram cinco subcategorias: presença de familiar, colaboração entre os colegas, fatores do ambiente e falta de informação.

A *presença de um familiar* junto do doente internado na UCI acontece durante um curto espaço de tempo. Contudo, apenas quatro enfermeiros, durante a entrevista, valorizaram a presença de um familiar junto do doente, por considerarem que o conhecimento que estes detêm sobre o doente pode contribuir para promover a comunicação enfermeiro/doente, como se verifica nas seguintes citações:

“A presença de algum familiar mais significativo ou com quem eles estejam mais intimamente ligados pode facilitar às vezes a comunicação, pois eles percebem melhor o que o doente está a dizer.” (E10);

“A família, a presença de um familiar junto do doente”(E1).

A *colaboração entre os colegas* é também considerada pelos enfermeiros da UCI como um fator facilitador da comunicação, uma vez que ajuda a colmatar algumas das dificuldades que possam surgir, como retratam as seguintes expressões:

“Se for preciso estamos 2 ou 3 de volta do doente para tentar perceber o que ele diz...” (E6);

“... chamamos um colega para tentar perceber o que ele está a dizer...”(E6).

No domínio dos **fatores do ambiente** que interferem de forma favorável ou desfavorável no processo de comunicação incluímos unidades de registo que expressam fatores dificultadores que foram mencionados na entrevista, como é o caso de não existir luz natural:

“...um fator que influencia no problema da comunicação é o fato de não ter janelas isto é tudo artificial, isto não tem luz natural.” (E2);

Observámos ainda que a presença de música ambiente e a movimentação serena dos profissionais de saúde são aspetos do ambiente favorecedores da comunicação:

“Raramente se ouvem alarmes e, inclusive ouve-se música ambiente (rádio), sem estar demasiado alta nem demasiado baixa;” (OA);

“Os profissionais do serviço movimentam-se com serenidade pela unidade.” (OA).

A subcategoria *falta de informação* refere-se ao facto de não existir informação entre os enfermeiros de outros serviços com os da UCI, nomeadamente no âmbito da comunicação para além das estritamente necessárias inerentes à condição clínica do doente:

“Não sei até que ponto a comunicação e o melhor relacionamento com o enfermeiro, colega ou a família e o enfermeiro do serviço de origem poderia ajudar a perceber algumas coisas, necessidades que o doente já demonstrava antes de estar cá e que pudesse ser adaptado.” (E1).

A *sobrecarga de trabalho* é igualmente um fator que interfere no processo de comunicação dificultando-o como se pode verificar nos seguintes relatos:

Mas às vezes tens mesmo que virar as costas, quando o serviço tem muitos doentes e temos mais trabalho... (E4)

“Temos alturas em que é possível estar mais tempo perto do doente a tentar percebê-lo... Mas, temos alguns momentos em que há outras prioridades e já não dá... (E10).

4 — Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro no Processo de Comunicação

No domínio das estratégias que os enfermeiros mobilizam, no sentido a otimizar o processo de comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva emergem três categorias: os recursos materiais, as habilidades comunicacionais e o negociar a resposta não-verbal (Figura 5).



Figura 5- Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação – categorias

Os **recursos materiais**, tais como o quadro com imagens ou com letras ou o papel e caneta, são utilizados pelos enfermeiros como estratégias de comunicação pelo que surgem duas subcategorias com esta denominação.

O *quadro com imagens* e o *quadro com letras* são recursos materiais existentes na UCI em estudo. O primeiro, mais recente na UCI é constituído por uma série de imagens alusivas às necessidades humanas básicas mais frequentemente verificadas nos doentes críticos internados na UCI e permite que este apenas aponte para a imagem que corresponde ao que ele pretende nesse momento. O quadro de letras é composto, tal como o próprio nome indica, por letras que permitem ao doente apontar para as letras que pretende no sentido de formar palavras. Estes quadros são referenciados em doze unidades de registo das transcrições das entrevistas, embora se denote em algumas situações não ser muito frequente a sua utilização e não foi possível constatar a sua utilização durante os períodos em que se realizou observação, como se pode verificar nas seguintes transcrições:

“... *quadro com imagens, das principais necessidades como a sede, dormir...*”(E5);

“*Temos os quadros de colar letras para o doente identificar; temos um com imagens para ele apontar se é aquilo que ele pretende.*” (E7).

A utilização de *papel e caneta* acontece quando o doente manifesta vontade de escrever, tendo sido identificadas treze unidades de registo que fazem referência a essa estratégia:

“... *é mais frequente darmos coisas, um papel para o doente escrever...*” (E1);

“*Alguns pedem que querem escrever e a gente lá vai buscar o papel e a caneta...*” (E4).

As **habilidades comunicacionais** referem-se a habilidades que o enfermeiro mobiliza para comunicar com o doente ventilado e que agrupámos em quatro subcategorias: interpretação da mímica labial do doente, o mostrar disponibilidade, interpretar comportamentos/ expressões e adequar a linguagem.

A *interpretação da mímica labial* é uma das estratégias de comunicação utilizada pelo enfermeiro com o doente ventilado, uma vez que estes, apesar de não emitirem qualquer som, tentam sempre falar, originando a movimentação labial que, se for efetuada num ritmo lento é passível de ser compreendida pelo enfermeiro. Identificámos três unidades de registo que foram incluídas nesta subcategoria:

“*A mímica labial, falar com ele e tentar realmente perceber.*” (E2);

“... *através (...) da interpretação da mímica labial...*” (E10);

“*Utiliza a leitura da mímica labial do doente para perceber o que ele necessita.*” (O9).

Os enfermeiros referiram que *mostrar disponibilidade* é importante para perceber a mensagem quer por parte do enfermeiro quer por parte do doente, podendo evitar situações de ansiedade e agitação por parte deste, tal como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

“*A gente deve mostrar que está ali com tempo, que está a mostrar atenção ao doente...*” (E4)

“...*a gente consegue entender, mas tem que se disponibilizar muito para olhares, perceberes...*” (E4);

A *valorização de comportamentos e expressões* do doente e sua interpretação constitui uma estratégia muito útil de comunicação, uma vez que as expressões faciais e os comportamentos do doente lhe transmitem pistas acerca do efeito da sua mensagem no doente.

Assume maior importância em doentes sedados, sendo este, por vezes, o único *feedback* que o enfermeiro consegue obter. Esta estratégia é referida em dez unidades de registo:

“Conseguimos perceber algumas coisas através da expressão do doente.” (E8);

“Avalia atentamente o comportamento e expressão facial do doente para perceber se tem ou não desconforto.” (O1);

“... aproxima-se da cabeceira do doente, tentando perceber o motivo da sua agitação.” (O2).

Adequar a linguagem surge como estratégia de comunicação passível de tornar-se eficaz, pois o facto de falar com o doente com um ritmo mais lento e articular as palavras de forma mais acentuada pode promover a compreensão da mensagem verbal por parte do doente, como foi observado em cinco unidades de registo:

“...falamos às vezes de uma maneira mais estranha, a articular as palavras mais acentuadamente...” (E5);

“Fala pausadamente e articulando devagar as palavras.” (O10).

O enfermeiro utiliza como estratégia para facilitar o processo de comunicação, **negociar estratégias de feedback**, nomeadamente através de códigos não-verbais, com o doente, existindo a possibilidade de serem adotados vários tipos de resposta facilitada para o doente. Assim, identificámos no âmbito desta categoria, três subcategorias: o piscar os olhos, acenar com a cabeça, no sentido de responder sim e não e os gestos.

O *piscar os olhos* funciona como estratégia de comunicação no sentido de responder sim e não a questões simples que o enfermeiro coloca, permitindo a interação com os doentes que apresentam a sua comunicação comprometida. Esta foi uma estratégia que identificámos em duas unidades de registo:

“Alguns só piscam os olhos, assim: Se tiver dor feche os olhinhos!” (E4);

“... negociamos o (...) piscar, fechar os olhos...” (E9).

Os *gestos* são parte integrante da comunicação cinésica e mostram-se eficazes em doentes críticos que apresentem a função neuromuscular minimamente preservada, tendo sido identificada esta estratégia em quatro unidades de registo das transcrições das entrevistas e em duas unidades de registo da observação:

“Combinamos com o doente estratégias de apertar a mão para nos responder com sim e não...” (E10)

“... o enfermeiro diz-lhe: Aponte para onde dói!” (O1)

O *acenar com a cabeça (sim/não)* faz parte dos movimentos que são universalmente conhecidos para dizer esses dois vocábulos, o que torna esta negociação de resposta não-verbal facilmente perceptível e aceite por parte do doente, exigindo que o enfermeiro faça questões breves e que permitam esse tipo de resposta. Esta estratégia é visível nas seguintes unidades de registo:

“...pedimos ao doente que acene com a cabeça para nos responder com sim ou não às questões que colocamos.” (E8);

“...conseguimos incentivá-lo a responder-nos só com um sim ou um não...” (E9);

“Utiliza frases simples e pede ao doente responder com um sim/não, acenando a cabeça;” (O9).

5 — Sugestões para Otimizar a Comunicação

No decorrer das entrevistas, os enfermeiros expressaram várias sugestões no sentido de otimizar a comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica ventilada que agrupámos em três categorias que passam por potencializar recursos materiais existentes no serviço, pela formação em serviço alusiva à comunicação e por ouvir relatos de experiências dos doentes (Figura 6).



Figura 6 - Sugestões para otimizar a comunicação – categorias

Uma das sugestões apontada por três enfermeiros foi a necessidade de **potencializar os recursos materiais** já existentes no serviço:

“... a disponibilidade de outro tipo de materiais...” (E1);

“Podíamos era arranjar estes recursos materiais, o quadro, as letras, porque o que anda aí está um bocadinho desfalcado...” (E3);

“... podemos deixar sempre aí um I-pad para o doente escrever ou qualquer coisa para apontar.” (E6).

A **formação em serviço** no âmbito da comunicação foi outra das sugestões apontadas no sentido de melhorar a comunicação enfermeiro/doente, nomeadamente no âmbito da comunicação não-verbal, área onde os enfermeiros identificam mais lacunas em termos de conhecimento, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo:

“... formação para interpretação da expressão facial.” (E2);

“... linguagem gestual(...) Todos nós devíamos aprender a linguagem gestual.”(E2);

“Trabalhar a comunicação verbal e a comunicação não-verbal é sempre necessário.” (E7);

“A comunicação não-verbal, apesar de a gente investir é sempre uma coisa que quer alguma formação ou estratégias de comunicação não-verbal, com estratégias eficazes.” (E10).

Ouvir relatos de experiências dos doentes surge também como uma sugestão que pode permitir melhorar algumas das estratégias utilizadas pelo enfermeiro que não se demonstraram eficazes. Este facto encontra-se visível nas seguintes unidades de registo:

“...só depois de extubado é que conseguimos perceber que essa era a grande preocupação dele, era isso que ele queria.” (E1)

“...os doentes quando acordam também nos contam o que queriam quando estavam ventilados.” (E4)

“...alguns doentes que nos falam das partilhas ou de outra coisa qualquer e que só conseguimos saber isso quando o conseguimos extubar...” (E6)

“... acho importante é saber a opinião dos doentes (...) São os que sentem mais na pele.” (E7).

Terminada a apresentação e análise dos dados, no próximo capítulo vamos proceder à discussão dos resultados.

Capítulo IV — Discussão dos Resultados

Neste capítulo vamos realizar a discussão dos resultados obtidos, assim como uma significação dos mesmos em relação ao quadro concetual, tal como é preconizado para os estudos descritivos. De acordo com Fortin (2009) este processo “constitui frequentemente a etapa mais difícil do relatório de investigação, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação” (p. 477). Desta forma, prosseguimos, então com a discussão dos resultados com o intuito de compreender o processo de comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, na perspetiva do enfermeiro, incidindo sobre o modo como se processa essa comunicação; os fatores que interferem nesse processo; as estratégias de comunicação mobilizadas pelo enfermeiro; e as sugestões apontadas para otimizar a comunicação enfermeiro/doente.

Modos de comunicar

Os modos de comunicar utilizados pelo enfermeiro e pela pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva são comuns, integrando aspetos verbais e não-verbais da comunicação, embora o enfermeiro utilize preferencialmente a fala e o doente utilize mais frequentemente a expressão facial e os gestos.

Constatámos que os enfermeiros, apesar de identificarem a palavra falada como forma mais habitual de comunicarem com o doente, fazem uso constante de modos de comunicar não-verbais, durante a prestação de cuidados, como é o caso da expressão facial, contacto visual, o toque, a postura corporal e os aspetos paralinguísticos, estando estes últimos intimamente ligados à palavra falada. Esta não consciencialização, demonstrada ao longo das entrevistas, da utilização de formas de comunicação não-verbal pode prender-se com o facto de esta possuir um carácter mais espontâneo e, grande parte das vezes, ser estabelecida de uma forma mais inconsciente, o que demonstra alguma dificuldade no controlo da mesma, uma vez que “entre as mensagens que transmitimos, algumas são voluntárias e respondem às necessidades do momento, mas outras são involuntárias, acidentais ou mesmo inconscientes” (Phaneuf, 2005, p. 28). Já o doente, pelo facto de estar impedido de produzir sons vocais e, portanto, de falar com os que o rodeiam, assenta essencialmente a sua comunicação em modos de comunicação não-verbais, que nem sempre são compreendidos, dificultando o seu processo de transição para uma nova realidade, no papel de doente, podendo afetar a satisfação das suas necessidades básicas. Também Bolander (1998) afirma que “falar é o ato de verbalizar símbolos para comunicar pensamentos, sentimentos ou ideias. É a capacidade que consideramos de tal maneira adquirida, que nos sentimos indefesos para comunicar sem ela” (p. 529). Frequentemente, utilizamos a comunicação não-verbal como forma de complementar a comunicação verbal, embora esta possa substituir ou contradizer a comunicação verbal e “quando não é possível a comunicação verbal, as informações são transmitidas por meio de sinais não-verbais” (Freixo, 2011, p. 209). Neste contexto identificámos que um dos modos de comunicar mais utilizado pelo doente para estabelecer o ato comunicativo com o enfermeiro foi a expressão facial que “transmite as nossas reações ao que vemos, ouvimos, percebemos interiormente” (Phaneuf, 2005, p. 37), sendo muito valorizada pelos enfermeiros como espelho do bem-estar ou

desconforto do doente, facto corroborado por Bolander (1998) quando afirma que “observar os olhos e movimentos faciais de um utente pode proporcionar-nos informação valiosa” (p. 533). O sorriso e a fâcias de dor são as expressões mais frequentes, ou talvez as que mais facilmente se interpretam, influenciando deste modo o facto de serem as mais frequentes. Ainda relativamente à informação que a expressão do doente nos pode fornecer Phaneuf (2005) aconselha que o enfermeiro deve “observar o doente ao qual se dirige e reunir as expressões que lê na sua face para lhe dar um sentido; poderá assim compreender melhor o que sente o doente e ajudá-lo melhor” (Phaneuf, 2005, p. 76). Esta interpretação da expressão facial do doente por parte do enfermeiro poderá tornar-se mais facilitada à medida que este vai conhecendo melhor o doente, facto que se torna possível quando existem internamentos mais prolongados, sendo facilitada quando é adotado o método de trabalho de enfermeiro de referência, no qual o mesmo doente é atribuído ao seu enfermeiro de referência sempre que este esteja de serviço, favorecendo igualmente o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Relativamente à expressão facial do enfermeiro, esta nem sempre pode ser visualizada pelo doente, pelo facto de o enfermeiro utilizar máscara de proteção facial aquando da prestação de cuidados mais invasivos e dos cuidados de higiene, não permitindo que o doente possa tirar alguma ilação da mensagem não-verbal que eventualmente está a ser transmitida pelo enfermeiro. Por outro lado, observámos momentos nos quais não estava a ser utilizada a máscara de proteção facial em que os enfermeiros esboçavam um sorriso, de forma a transmitir simpatia e atenção ao doente, facto que é valorizado por Phaneuf (2005) quando afirma que “somente o sorriso pode indicar que somos calorosos e abertos aos outros” (p. 37).

Para além da importância que assume a expressão facial como modo de o doente comunicar com o enfermeiro, observámos frequentemente que o doente estabelecia contacto visual com o enfermeiro no decorrer da prestação de cuidados e, tal como refere Phaneuf (2005) “Para a enfermeira, o olhar pode tornar-se um instrumento de descoberta do outro e do seu mundo interior” (p. 74). Esta torna-se na única forma de comunicação proxémica passível de ser utilizada pela pessoa em situação crítica internada numa UCI, uma vez que esta não tem controlo sobre as distâncias que são estabelecidas no decorrer da comunicação e a sua impossibilidade de se deslocar também comprometem este tipo de comunicação. De acordo com esta teoria o contacto visual transmite proximidade ou distância na relação com o outro. A frequência, a duração e a ocasião de um olhar são fatores que transmitem mensagens sobre o relacionamento entre duas ou mais pessoas e, ao estabelecermos contacto visual com o outro, ele irá de alguma forma sentir-se implicado pessoalmente, ao mesmo tempo que podemos eliminar uma conversa, eliminando o contacto visual. Assume crucial importância no ato comunicativo, uma vez que a visão é dos sentidos mais especializados no homem e faculta ao sistema nervoso uma quantidade de informação muito maior que o tacto e a audição. O olhar também possui a função de regular o fluxo da conversação, pois existem “situações que só o olhar chega para a comunicação” (Phaneuf, 2005, p. 45), possibilitando a troca de informação que em determinados momentos não pode ser feita de outro modo. O facto de o doente seguir o enfermeiro com o olhar ou simplesmente estabelecer contacto visual com este traduz uma

vontade de interação que funciona como uma retroação positiva para o profissional de saúde, estimulando-o a comunicar com o doente, existindo ainda a possibilidade de demonstrar que está atento, numa atitude de escuta ativa perante o discurso do enfermeiro.

Verificámos ainda que o contacto visual por parte do enfermeiro é uma constante durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva assumindo uma importância crucial para colmatar a sua limitação em utilizar a sua expressão facial devido ao uso constante de máscara de proteção facial, comunicando abertura e disponibilidade perante a pessoa cuidada, sendo ainda uma característica da atitude de escuta. Phaneuf (2005) realça ainda que “num doente, é importante observar a expressão dos olhos e da face. São com efeito os olhos e a face que geram os comportamentos não-verbais mais reveladores” (p. 73).

De igual modo, o toque é um tipo de contacto inerente e necessário à prestação de cuidados de enfermagem e o tacto, sentido intrínseco ao toque, é considerado por Saraiva (1999) como “o sentido privilegiado do ato de cuidar, pela quantidade de vezes que é utilizado comparativamente com a estimulação de outros sentidos” (p. 39). De acordo com Gordon (1995) cit. por Dias & Ferreira (2005) o toque pode ser diferenciado em três tipos: o toque instrumental que é um contacto físico deliberado, utilizado pelo enfermeiro na realização de procedimentos; o toque afetivo que é caracterizado como uma expressão espontânea de sentimentos, uma forma de confortar; e o toque terapêutico, onde existe a intenção de curar. Notámos que para além do toque instrumental, necessário para a prestação de cuidados de enfermagem, uma grande parte dos enfermeiros utiliza o toque afetivo, tentando acalmar o doente ou transmitir conforto, demonstrando ter presente que “quando atravessamos momentos difíceis onde a ansiedade domina, a presença de alguém torna-se mais necessária.” (Phaneuf, 2005, p. 29). É um modo de comunicar que integra a comunicação não-verbal utilizado intencionalmente pelos enfermeiros pelo facto de estes terem noções acerca do seu efeito sobre o doente, pois tal como refere Saraiva (1999) “ainda que aparentemente não obtenhamos feedback por parte do doente inconsciente, ao tocarem no seu corpo, as nossas mãos vão estabelecer uma ponte de comunicação” (p. 39), vão permitir que o doente perceçione a presença do enfermeiro, tornando o cuidado mais humanizado. O toque, por todas as funções que pode assumir, torna-se numa importante forma de comunicação a vários níveis, já que “em todo o ato de cuidar, o tocar deve imprimir um sentido humanista” (Saraiva, 1999, p. 40).

Outro modo de comunicação não-verbal que verificámos no decorrer da observação foi a postura corporal. Esta é estudada pela teoria cinésica e encontra-se associada ao movimento corporal, designando o modo de nos movimentarmos, como algo que se vai adquirindo com o tempo e com os hábitos. Esta é, em grande parte involuntária, mas pode participar de forma importante no processo de comunicação, pois tal como refere Riley (2004) “comportamentos delicados diminuem a ameaça que as intervenções de enfermagem, pela sua natureza íntima, podem constituir” (p. 41). É certo que “a postura adotada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela entende consagrar à pessoa de que se ocupa” (Phaneuf, 2005, p. 31). Em relação à postura do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

submetida a ventilação mecânica invasiva observámos que os enfermeiros habitualmente falam de frente para o doente ou inclinam-se ligeiramente sobre este aquando da execução de procedimentos, manifestando uma atitude de escuta e de disponibilidade perante o doente e favorecendo um clima de trocas comunicativas. Tal como referem Bitti e Zani cit. por Freixo (2011) “as duas principais orientações que duas pessoas assumem no decurso de uma interação são as de «cara a cara» e de «lado a lado», indicando eventualmente sinal de relações de cooperação, intimidade ou hierarquia (superioridade- inferioridade)” (p. 221). Também o facto de o enfermeiro assumir uma postura ligeiramente inclinada sobre o doente transmite a atenção que lhe estamos a dispensar, tal como Phaneuf (2005) afirma que “ao mesmo tempo que se conserva uma certa descontração, uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa à qual nos dirigimos mostra-lhe que, por um momento, ela se torna o centro das nossas atenções” (p. 31).

Os gestos que foram identificados como modo de comunicação da pessoa em situação crítica ventilada foram acenar a cabeça para dizer sim ou não, piscar os olhos e chamar alguém. Todos estes gestos, com a exceção do movimento de piscar os olhos, podem ser classificados como gestos simbólicos, pois podemos entender todos os sinais que são emitidos intencionalmente e que possuem um significado específico capaz de ser traduzido diretamente por palavras. Os gestos simbólicos dispensam o negociar prévio entre os interlocutores de como deve reagir, pois são gestos socialmente aceites e perceptíveis para todos os membros da nossa sociedade. Já o piscar os olhos exige que o enfermeiro negocie com o doente se para responder sim deve fechar os olhos ou abrir os olhos e vice-versa para responder não. Em suma os gestos simbólicos são uma linguagem simples e facilmente perceptível para o enfermeiro, passível de ser utilizada pelo doente, embora exija que o doente já esteja em processo de desmame de sedação ou com um nível ligeiro de sedação para que lhe seja possível essa movimentação. Os gestos podem assumir diversos significados, consoante a pessoa que os executa e tendo em conta a sua situação atual. Phaneuf (2005) exemplifica alguns significados dos gestos quando refere que “a influência da dor intensa, podem também tomar a forma do cerrar dos punhos e da maxila, ou de gestos desordenados como a projeção dos braços, das pernas ou mesmo do tronco em todas as direções” (p. 77).

A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, quer seja através de traqueostomia ou de entubação endotraqueal, assim que o nível de sedação lhe permite, movimenta os lábios desencadeando um esforço verbal na tentativa de falar. Esta mímica labial pode levar a que a sua mensagem seja perceptível. Mas, nem sempre se torna um modo eficaz de comunicar, uma vez que, inicialmente, este esforço vocal que resulta apenas numa mímica labial, é desencadeado pelo doente por este ainda não se ter apercebido que está impedido de falar. O doente ventilado vai articular as palavras a um ritmo normal de fala, o que dificulta a perceção da sua mensagem. A mímica labial pode ser uma forma de o doente comunicar eficazmente com o enfermeiro mas necessita de uma intervenção prévia por parte deste para explicar ao doente que não está a emitir sons devido à presença do tudo endotraqueal ou traqueostomia, mas que se utilizar frases simples e tentar articular devagar e mais acentuadamente as palavras, movendo os lábios mais devagar, estas já são passíveis de ser compreendidas. É, ainda condição essencial

do enfermeiro a disponibilidade e paciência para que o doente não se sinta desmotivado e desista de tentar comunicar deste modo.

São ainda uma forma de comunicação não-verbal as respostas fisiológicas que dizem respeito às “respostas do sistema nervoso autónomo que, pela palidez e o corar da pele, a transpiração, e a modificação do ritmo respiratório, testemunham também as emoções da pessoa” (Phaneuf, 2005, p. 68). É uma forma de o doente comunicar, mais valorizada no doente sedado e, grande parte das vezes impossibilitado de comunicar através de outra forma. Claro que toda a tecnologia que integra a UCI facilita a valorização e até interpretação desse tipo de sinais não-verbais, pois todos os parâmetros vitais estão permanentemente monitorizados e essas respostas são detetadas no seu imediato, embora posteriormente, seja necessário associá-las ao estímulo que as provocou para delas tirar algum significado.

O único modo da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva comunicar com o enfermeiro através da comunicação verbal é a palavra escrita. E, mesmo assim, a utilização da escrita exige que o doente tenha a sua função neuromuscular preservada, assim como a sua consciência. No decorrer das entrevistas, os enfermeiros referiram que a escrita é mais solicitada e mais viável para doentes jovens e com internamentos menos prolongados que mantêm as suas capacidades cognitivas inalteradas, sendo este modo de comunicar, na UCI pouco utilizado pelo doente ventilado.

Em síntese, a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva comunica com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, das quais se destacam a expressão facial, os gestos e a mímica labial, estando estas dependentes da descodificação que o enfermeiro realiza da mensagem transmitida. Já o enfermeiro utiliza preferencialmente a palavra falada para comunicar com o doente, estando estas grande parte das vezes associada a formas de comunicação não-verbal tais como o toque, a paralinguística e a postura corporal. Deste modo, para que seja possível desenvolver uma relação terapêutica eficaz com a pessoa com limitações na comunicação verbal, o enfermeiro deve colocar-se no lugar da pessoa cuidada, de forma a compreender a sua situação e “mostrar compreensão e aceitação através dos seguintes comportamentos não-verbais: um tom de voz suave, expressão facial e gestos acolhedores, estabelecer contacto visual e assumir uma postura corporal recetiva” (Freixo, 2011, p. 272).

Podemos então afirmar-se que “o profissional de saúde tem de adaptar a mensagem à situação física e psicológica do cliente, bem como ao contexto onde a conversa decorre” (Dias & Ferreira, 2005, p. 95) e deve ser sensibilizado para fazer uso consciente de formas de comunicação não-verbal, humanizando o cuidado, uma vez que “o profissional de saúde, por meio de sua postura, de seu olhar, de seu toque e de seus gestos, consegue aliviar a condição de fragilidade do paciente, ajudando-o a manter a sua dignidade, tratando-o como ser humano” (Stefanelli & Carvalho, 2005, p. 59).

Finalidades da comunicação enfermeiro/doente

A finalidade da comunicação que mais se destacou foi explicar procedimentos. Notámos que os enfermeiros, quando vão junto do doente para executar algum procedimento que pode ser mais ou menos invasivo, têm por hábito explicar ao doente o que vão realizar independentemente do seu estado de consciência, com uma linguagem simplificada e frases curtas, o que vai de encontro ao que referem os autores Dias & Ferreira (2005) quando referem que “a comunicação eficiente é simples, curta e direta” (p. 95). Todos os procedimentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem podem ser entendidos pelo doente como uma agressão, pelo seu estado de instabilidade de consciência onde “o calor da relação com a enfermeira, a suavidade da sua voz, vêm compensar o isolamento técnico da pessoa doente, que não vê senão rostos mascarados e não percebe senão o contacto frio das mãos enluvadas.” (Phaneuf, 2005, p. 397).

De acordo com os autores Almeida & Ribeiro (2008), numa UCI “são vários os potenciais agentes de stresse que podem pôr em causa o bem-estar e a satisfação das necessidades dos doentes” (p. 80). Deste modo, verificámos, tanto nas entrevistas como na observação, que o enfermeiro durante o seu exercício profissional está constantemente a identificar necessidades do doente para que o impacto de um internamento hospitalar, onde há uma rutura com o seu meio natural, seja minimizado. Esta foi uma das subcategorias com um grande número de unidades de registo, o que traduz a importância que o enfermeiro atribui ao colmatar as necessidades que o doente apresenta no momento. Conforme o estado de consciência e o estado clínico do doente, o enfermeiro vai colocando questões acerca do que lhe parece mais pertinente, tendo por base a sua experiência profissional em situações anteriores semelhantes.

Outra das finalidades da comunicação enfermeiro/doente que se verificou foi a avaliação da dor/conforto do doente, uma vez que nos doentes internados na UCI “A própria mobilização no leito e adotar uma posição mais confortável, está dependente da decisão e ajuda dos profissionais” (Almeida & Ribeiro, 2008, p. 80). Relativamente à avaliação da dor esta tornou-se um procedimento de rotina nos serviços de saúde, principalmente desde que a dor foi classificada como o quinto sinal vital. Para tal são utilizadas escalas de avaliação da dor que vão desde as numéricas às comportamentais, numa tentativa de obter um instrumento válido de avaliação, adequado ao tipo de doentes a que se aplicam. Numa UCI, onde os doentes na sua generalidade estão sujeitos a sedação e com as suas funções cognitivas alteradas pela situação clínica em que se encontram e com limitações na comunicação verbal, a escala passível de ser utilizada é a comportamental. Esta pressupõe que o enfermeiro interprete o comportamento do doente no sentido de descodificar se este apresenta dor ou não e qual o seu nível de dor, o que nem sempre pode tornar-se objetivo devido ao facto de a interpretação dos comportamentos não-verbais não ser universal. Apesar de esta escala ser aplicada na UCI em estudo e de o valor obtido ser devidamente registado juntamente com os outros sinais vitais- como a tensão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura axilar e a frequência respiratória, o enfermeiro sempre que considera pertinente ou que nota alterações no comportamento do doente questiona-o acerca da dor, esperando alguma resposta por parte deste.

Embora não tenha sido tão referenciado, um dos motivos pelo qual o enfermeiro aborda o doente é tentar perceber se este está orientado no tempo, no espaço e em relação às pessoas e promover a sua orientação espaço temporal. A orientação espaço temporal do doente pode facilitar a comunicação e a obtenção de uma maior colaboração deste.

O internamento provoca no doente a conceção que não tem controlo sobre si próprio, o que lhe pode causar sentimentos de angústia ou até mesmo de impotência e verificamos que o enfermeiro, quando o estado clínico do doente o permite, solicita a participação do doente nos cuidados, facto que pode promover a autonomia que o doente perdeu com o seu internamento na UCI. O simples facto de poder colaborar nos cuidados que lhe são prestados, mesmo que seja com uma ajuda mínima pode reduzir o impacto dessa falta de autonomia que ele percebe com o internamento. Com esta atitude, o enfermeiro demonstra compreensão de uma condição que pode influenciar a experiência de transição do doente, proporcionando-lhe algum controlo acerca de si mesmo e, deste modo, criar condições propícias para uma transição o mais saudável possível.

O estado de ansiedade e de agitação é igualmente frequente na pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva internada em UCI, até por esta não perceber o que lhe está a acontecer e por ter a fala comprometida pela presença de um tundo endotraqueal. Neste contexto emerge com frequência a finalidade da comunicação acalmar o doente através da palavra, embora “A palavra nem sempre é suficiente para tranquilizar e exprimir a empatia, também o toque toma grande importância.” (Phaneuf, 2005, p. 397).

Ainda no âmbito das finalidades da comunicação, um dos aspetos contemplados ao longo dos momentos de observação foi o informar o doente. O ato comunicativo possui várias funções nomeadamente a função de cognição e informação que está relacionada com os factos e acontecimentos e é transmitida pelas palavras, podendo ser associada ao aspeto de conteúdo referenciada por Watzlawick, cit. por Freixo (2011), no segundo axioma do seu estudo acerca da pragmática da comunicação, que diz “toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e um aspeto de relação” (p. 252). Deste modo, informar o doente, para além de transparecer a função cognitiva da comunicação, vai de encontro ao direito à informação que o doente possui, de acordo com a Carta dos Direitos e Deveres do Doente³ embora esta seja feita com uma linguagem mais simplificada, sendo a informação mais especificada prestada ao representante legal do doente. Também Freixo (2011) refere que “o aspeto de relato de uma mensagem transmite informação e, portanto, é sinónimo (na comunicação humana) do conteúdo da mensagem, podendo ser sobre qualquer coisa que é comunicável” (p. 253). Assim, verificou-se que os enfermeiros iniciavam um ato comunicativo com o doente para lhe prestar informações, principalmente quando o doente apresentava um estado de consciência que já lhe permitia a compreensão da mensagem, acerca do seu estado de saúde, do seu motivo de internamento ou dos contactos dos familiares. Este tipo de intervenções de enfermagem ligadas à informação

³ - Carta dos Direitos e Deveres do Doente, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, obtido em www.dgs.pt

aproxima o doente da realidade, promovendo a sua orientação no tempo e no espaço. O processo de transição do doente internado na UCI é facilitado pela informação que lhe é prestada acerca do seu estado, uma vez que lhe transmite a noção da realidade e promove a sua ligação com o mundo exterior à UCI.

Fatores que interferem no processo de comunicação

A comunicação, tal como já foi abordado ao longo do trabalho, é influenciada positiva ou negativamente por uma diversidade de fatores, uma vez que diversas “variáveis afetam a forma como a mensagem é emitida ou recebida durante o processo de comunicação interpessoal” (Riley, 2004, p. 6). De igual modo, o modelo cibernético da comunicação mostra-nos que “a comunicação não é um fenómeno isolado e que ela é influenciada pelo ambiente favorável ou desfavorável, tal como pelos filtros que representam a personalidade de cada um dos intervenientes, os seus valores, a sua cultura, os seus conhecimentos” (Phaneuf, 2005, p. 27). Deste modo, constatámos que o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva tem a influência de fatores centrados no doente, no enfermeiro e na dinâmica da UCI, dos quais se destacam a função neuromuscular e o nível de consciência do doente, a experiência profissional em UCI os fatores do ambiente e a presença de familiar.

Todos os indivíduos têm a capacidade de emitir e receber sinais não-verbais, porém esta capacidade sofre influência de múltiplas variáveis que identificámos como fatores centrados no doente e que se prendem com o seu próprio estado de consciência/nível de sedação, a sua função neuromuscular, a idade e o estado de ansiedade/agitação. O fator que surge logo no topo tem a ver com o estado de consciência/nível de sedação que o doente apresenta e o nível de sedação a que está sujeito e é revelado como facilitador quando o doente está em processo de desmame de sedação, já com um nível de consciência que lhe permite perceber as mensagens que lhe são transmitidas, exercendo sobre o enfermeiro algum mecanismo de retroação. Esta retroação assume crucial importância para evitar a quebra do processo comunicativo, prejudicando a continuidade da relação terapêutica. Tal como refere Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo dinâmico de alternância de palavras e de mensagens não-verbais. Se este enunciado não recebe resposta, mesmo mínima, sob a forma verbal ou por um encorajamento não-verbal para prosseguir, há uma quebra na comunicação.” (p. 27). Embora, os enfermeiros tenham por hábito falar com o doente, denota-se, no entanto, nos seus discursos que conforme o nível de sedação do doente vai diminuindo e o doente vai ficando progressivamente com um nível de consciência mais alerta a comunicação vai-se tornando mais efetiva. Existe, portanto, a necessidade de *feedback* do doente para que o enfermeiro invista mais no processo comunicativo, incentivando o doente a interagir com ele, de modo a que a comunicação terapêutica se torne mais eficaz, pelo facto de que “só a reação da pessoa cuidada nos pode informar sobre o significado que ela atribui à nossa mensagem e, só a nossa reação

pode informá-la do que nós compreendemos sobre o que ela diz ou sente” (Phaneuf, 2005, p. 22).

Emergiu também um outro fator que interfere na comunicação e que diz respeito à função neuromuscular do doente. Quando esta está minimamente preservada, facilita a comunicação, uma vez que lhe permite utilizar a escrita ou outras formas de comunicação não-verbal, como é o caso dos gestos, apontar para as imagens ou letras dos quadros. Este fator foi referido em onze unidades de registo, o que evidencia que a perda da função neuromuscular pode constituir uma barreira à comunicação, pois afeta a força, o tônus muscular e a coordenação motora comprometendo a possibilidade de o doente utilizar a escrita ou os gestos como forma alternativa de comunicação.

A UCI onde foi realizado o estudo tem um perfil de doentes com idades avançadas, onde a maior parte dos dentes internados são já idosos e como tal, já não têm as suas capacidades cognitivas a funcionar em pleno, pelo que foi referenciada como barreira à comunicação tanto em relação à escrita como à utilização de estratégias alternativas de comunicação.

O estado de ansiedade e de agitação que, por vezes, o doente crítico sujeito a ventilação mecânica apresenta é também um fator bloqueador da comunicação, uma vez que os níveis de ansiedade elevados por ele experienciados impedem o desenvolvimento do seu potencial intelectual, o que vai dificultar qualquer interação do âmbito comunicativo que o enfermeiro experimente. A agitação psicomotora, que pode ser consequência da ansiedade ou de outros fatores relacionados com a situação clínica do doente também não facilita a comunicação. Daí a crucial importância de o enfermeiro atuar como um agente proactivo na prevenção deste estado, por o doente não entender o que se está a passar com ele.

Relativamente aos fatores centrados no enfermeiro que interferem processo comunicativo emergiram a experiência profissional em UCI, a proximidade com o doente, a dificuldade na compreensão da mensagem do doente e a formação sobre comunicação insuficiente.

A experiência profissional em UCI alargada foi referenciada como fator facilitador da comunicação, uma vez que os enfermeiros com mais tempo de serviço em UCI apresentam maior facilidade em compreender os sinais não-verbais do doente ventilado, além de terem uma melhor percepção da mímica labial deste. Esta importância atribuída à experiência profissional na área de UCI pode ser interligada à teoria de Benner (2001), abordada no capítulo referente às competências comunicacionais do enfermeiro, quando refere que o estágio de perita apenas é conseguido aproximadamente com cinco anos de experiência profissional em determinada área específica e é nesse estágio que ela possui autonomia e poder de decisão para atuar com segurança em qualquer situação que se lhe coloque. Em termos comunicacionais, podemos afirmar que a experiência profissional em UCI permite que o enfermeiro mobilize os conhecimentos adquiridos com a sua prática profissional ao longo dos anos e que os aplique em novas situações, daí a sua maior facilidade em se adaptar aos doentes com limitações de comunicação como é o caso do doente ventilado, nomeadamente na interpretação da mímica labial. De igual modo, Neves & Pacheco (2004) afirmam que “a comunicação enfermeiro-doente

é uma arte profissional que exige treino e perícia por parte do profissional” (p. 72), sendo influenciada positivamente pela sua proximidade com o doente durante a sua prestação de cuidados, ainda mais acentuada quando se trata de uma UCI onde o doente em situação crítica requer cuidados de enfermagem contínuos. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente pois “o desempenho de enfermagem tem um lugar bem definido porque é dele que se espera um acompanhamento permanente do doente, hospitalizado, 24 sobre 24 horas, observando e registando a evolução favorável ou desfavorável, do doente” (Neves & Pacheco, 2004, p. 341).

Outro dos fatores centrados no enfermeiro que se evidenciou a seguir à experiência profissional em UCI foi a dificuldade na compreensão da mensagem do doente, sendo evidenciada quando o doente tenta comunicar através da mímica labial ou da escrita.

Para além dos fatores centrados no enfermeiro que influenciam a comunicação já mencionados salientámos ainda a formação sobre comunicação a nível da formação inicial. Este facto gera nos enfermeiros sentimentos de impotência face às exigências do cuidar deste tipo de doentes embora, na perspetiva de Riley (2004) o enfermeiro “pode continuamente promover a sua capacidade de comunicação até que consiga desenvolver confiança na sua capacidade de comunicar eficazmente em diferentes situações” (p. 18).

Nos fatores que interferem no processo de comunicação centrados na dinâmica da UCI emergiram a presença de um familiar, a colaboração entre os colegas, os fatores do ambiente, a falta de informação e a sobrecarga de trabalho.

A presença de um familiar foi referenciada por quatro enfermeiros que consideram esta importante pelo conhecimento que estes detêm sobre o familiar, o que pode facilitar a abordagem e proximidade do enfermeiro ao doente. Esta opinião dos participantes do estudo demonstra que, tal como defende Phaneuf (2005), “uma atitude de abertura e de explicações simples podem favorecer compromissos úteis que fazem da família uma aliada mais do que um assunto de embaraço e conflito” (p. 53) e tornam o familiar num elemento significativo para que a transição do doente seja vivenciada com o mínimo de situações negativas que, passam muitas vezes pela incapacidade de se fazer compreender. Nesta perspetiva o familiar presente é um aliado do enfermeiro na compreensão das mensagens que o doente pretende transmitir e até para informar a equipa de enfermagem de outras necessidades mais frequentes do doente ainda antes de ser internado, promovendo, desta forma um cuidado de enfermagem holístico.

A colaboração entre os colegas é outro fator valorizado pelos participantes do estudo, o que vai de encontro ao que nos refere Pereira (2008) quando afirma que “atualmente em saúde é impossível trabalhar isoladamente” (p. 102). Neste sentido, é importante fomentar “um verdadeiro trabalho em equipa, não apenas como modo de organização, mas como modo de viver em contexto de trabalho” (Pereira, 2008, p. 105).

Relativamente ao ambiente onde se processa a comunicação, este tanto pode atuar como facilitador ou como uma barreira à comunicação, interferindo na perceção da troca de mensagens. Phaneuf (2005) refere que “o contexto muitas vezes difícil no qual se desenrolam as

trocas entre a enfermeira e o doente e o imperativo de eficácia ligado aos cuidados de enfermagem colocam certas exigências quanto à comunicação” (p. 83).

A falta de informação surge também como um fator que interfere na comunicação, nomeadamente no que se refere à informação ao doente que vai ser submetido a ventilação mecânica invasiva sobre a impossibilidade de falar, explicando as estratégias alternativas à comunicação verbal e à informação que deve ser transmitida sobre o utente no âmbito da continuidade de cuidados em situação de transferência de serviço. Por vezes, a informação que é transmitida entre serviços centra-se essencialmente em aspetos mais físicos, relacionados com a condição clínica do doente e é pouca no âmbito de outros focos de atenção, o que pode afetar um cuidado centrado nas necessidades do utente e a continuidade do processo de cuidados. A informação emerge mais uma vez como um aspeto importante neste processo de transição, pois como refere Meleis (2010) o enfermeiro pode agir no sentido de auxiliar o doente a passar de um estágio para outro facilitando o seu processo de adaptação a um momento da sua vida em que toda a imprevisibilidade dos acontecimentos é geradora de stresse e alguns deles podem ser perfeitamente planeados com o doente.

O facto de numa UCI existirem frequentemente de *life - saving*, interfere na disponibilidade dos enfermeiros para estar ao lado do doente com calma, o que pode interferir na relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente, tornando o cuidado de enfermagem tecnicista e frio. Esta sobrecarga de trabalho vivida pelos enfermeiros em alguns momentos da sua prática profissional assim como o facto de a UCI ter internados doentes críticos mais instáveis em termos clínicos e a exigirem cuidados emergentes vai alterar o todo o ambiente que envolve a UCI. Apresentando um efeito tipo “bola de neve” a sobrecarga de cuidados leva a que os enfermeiros tenham menos disponibilidade para investir na comunicação com o doente ventilado, movimentam-se mais rapidamente em torno do doente e, para completar esta azáfama de uma UCI, ao estarem doentes em situação instável existe um ruído acentuado de alarmes e bips. Associando tudo isto ao facto de não existir luz natural em quase nenhum ponto da UCI, esta torna-se num local assustador para o doente que está sujeito a esta sobrecarga sensorial, prejudicando a sua orientação espaço temporal, gerando níveis elevados de stresse e ansiedade que podem até agravar o seu estado clínico. Digamos então que “o cuidar em enfermagem é exercido em ambientes e sob condições muito variáveis e complexas” (Dias & Ferreira, 2005, p. 67) e que, para além de a pessoa em situação crítica submetida a ventilação invasiva estar impedida de comunicar através da fala, as outras forma de comunicação nomeadamente a escrita ou outras formas de comunicação não-verbal não se tornam automaticamente eficazes. Existem diversas condicionantes que afetam o processo de comunicação, pelo que “a comunicação enfermeiro-doente é uma arte profissional que exige treino e perícia por parte do profissional” (Neves & Pacheco, 2004, p. 72).

Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação

Ao longo do processo de colheita de dados foram referenciadas pelos enfermeiros várias estratégias que são utilizadas por eles para fazer frente às dificuldades com que se deparam a nível comunicacional durante a prestação de cuidados ao doente ventilado e que foram

agrupadas em recursos materiais, habilidades comunicacionais e negociar estratégias de feedback com o doente.

Para que seja possível aos enfermeiros contornar todos os obstáculos que envolvem a comunicação com o doente ventilado e permitir que este se adapte da melhor forma à sua nova situação de doença, existem, de acordo com Lough, Stacy, & Urden (2008), métodos que tornam a comunicação mais facilitada, tais como o “recurso a linguagem verbal e não-verbal e a equipamentos para ajudar os doentes sujeitos a ventilação a curto ou a longo prazo. A comunicação não-verbal pode estabelecer-se mediante sinais, gestos, leitura através dos lábios, apontar, mímica facial ou pestanejo (p. 680). Os recursos materiais existentes na UCI estudada são o quadro com imagens alusivas às necessidades básicas mais frequentemente identificadas nos doentes, um quadro com letras que permite ao doente selecionar as letras para ir formando as palavras que pretende (embora já não tenha o alfabeto completo) e o mais simples e básico que é o papel e caneta. Embora Lough, Stacy, & Urden (2008) faça também referência ao “(...) quadro mágico, (...)equipamentos mais sofisticados(...), computadores, sondas de traqueostomia e endotraqueais sonoras e vibradores manuais externos. Independentemente do método selecionado, o doente deve ser ensinado a utilizar o material.” (pp. 681-682).

Apesar de ser relatado o uso destes recursos materiais, durante o período em que foi efetuada observação não se verificou a utilização de nenhum deles, os enfermeiros mencionam que existem mas não que as utilizam, chegando até a afirmar não serem muito úteis. Já a utilização de papel e caneta, apesar de anteriormente terem sugerido que a escrita do doente frequentemente não ser perceptível, é mais utilizada. Tal circunstância levanta aqui algumas questões! Será a mais utilizada por ser a que o doente solicita? Ou será que o doente apenas a solicita por ser a mais evidente? Pois já que não pode falar, o modo mais imediato de comunicar é a escrita.

As habilidades comunicacionais mobilizadas pelos enfermeiros como estratégia de comunicação foram a interpretação da mímica labial, o mostrar disponibilidade, valorizar comportamentos/expressões e adequar a linguagem. Tal como afirmam os autores Stefanelli & Carvalho (2005), estas estratégias vão sendo utilizadas mais frequentemente, consoante se vai acumulando experiência profissional e o próprio enfermeiro se consciencializa que “o paciente não consegue verbalizar todas as suas necessidades, assim, ele deve ser detentor da arte de cuidar das pessoas, de perceber até mesmo o que não é verbalizado, mas que está expresso no modo de ser do outro” (p. 58).

Constatámos ainda que a comunicação do doente ventilado com o enfermeiro passa muito pela interpretação da mímica labial do doente, o que pode tornar-se eficaz se o doente conseguir fazê-lo pausadamente e acentuando a articulação das palavras. Mas, nem sempre o enfermeiro consegue descodificar a mensagem que o doente lhe transmite. Esta habilidade de interpretar a mímica labial do doente requer alguma experiência por parte do enfermeiro e, mais uma vez, a experiência profissional em UCI implica que o enfermeiro demonstre e tenha disponibilidade para tentar perceber o doente, pois este modo do doente comunicar torna-se um processo moroso, o que exige também paciência.

Deste modo, o enfermeiro, particularmente quando exerce funções numa UCI, por toda especificidade do cuidar que os doentes críticos exigem e, na perspectiva de Dias & Ferreira (2005) precisa de saber “utilizar os seus sentidos, ter disponibilidade de tempo e energia, ter disponibilidade intelectual e afetiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda” (p. 68). Nesta perspetiva, a disponibilidade do enfermeiro é essencial para que possa perceber a mensagem que o doente transmite, facilitando deste modo o processo de comunicação, uma vez que “Comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo” (Phaneuf, 2005, p. 22). Para isso é fundamental que o enfermeiro demonstre ao doente que está disponível para ele, que ele é o foco da sua atenção e que pode estar ali o tempo que for necessário até conseguir perceber as suas necessidades. O enfermeiro ao demonstrar essa disponibilidade perante o doente, está numa atitude de escuta ativa, essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica, protagonizando uma situação de presença plena e de atenção que “permita mostrar-lhe que a escuta e manifestar-lhe o seu interesse reagindo ao que ela diz. Esta retroação pode tomar a forma de uma expressão facial, de um gesto ou de uma frase simples” (Phaneuf, 2005, p. 27).

Para além da interpretação da mímica labial, a valorização de comportamentos e expressões do doente é igualmente mencionada como estratégia de comunicação que assume crucial importância na comunicação com o doente sedado. O enfermeiro experiente ou, de acordo com a classificação de Benner (2001), o enfermeiro perito, ao observar permanentemente o doente “consegue captar sinais que indiciam a intervenção de outros fatores, não científico-técnicos, mas de ordem emocional dependentes da rotura com o ambiente familiar, profissional e social do qual o doente foi “extraído” com o internamento hospitalar ” (Neves & Pacheco, 2004, p. 342). Também Phaneuf (2005) evidencia a importância de a enfermeira observar atentamente o doente quando diz que “ela deve observar o doente ao qual se dirige e reunir as expressões que lê na sua face para lhe dar um sentido; poderá assim compreender melhor o que sente o doente e ajudá-lo melhor” (p. 76).

No desenrolar deste estudo constatámos, tal como já foi mencionado, que o enfermeiro utiliza frequentemente a palavra falada para interagir com o doente durante a prestação de cuidados mas, por vezes surge a necessidade de adequar a linguagem, isto é, para além de utilizar uma linguagem simples, necessita ainda de fazer uso de alguns aspetos ligados à paralinguística como o ritmo da fala mais lento e a articulação das palavras mais acentuada, de modo a que o doente possa entender melhor o seu discurso.

Uma outra estratégia de comunicação habitualmente mobilizada pelo enfermeiro é a negociação de estratégias de *feedback* com o doente, tais como alguns aspetos não-verbais da comunicação abordados pela teoria cinésica como o – piscar os olhos, os gestos e acenar a cabeça, que são movimentos simples passíveis de ser utilizados pelo doente após terem sido pré-definidas as suas significações conjuntamente. Esta estratégia demanda que o enfermeiro tenha presente que “a comunicação eficiente é simples, curta e direta (Dias & Ferreira, 2005, p. 95)”, permitindo ao doente responder apenas com um sim ou um não mas, ao mesmo tempo, sem o cansar com várias perguntas consecutivas. Deste modo, o enfermeiro negocia o piscar

os olhos e o apertar a mão com o doente, em que um corresponde ao sim e outro ao não, ou então pede para apontar onde sente dor ou então o doente simplesmente acena com a cabeça para responder com sim e não, como já é conhecido no seio da nossa sociedade e, como tal, dispensa a negociação sobre qual o sinal que corresponde ao sim e qual corresponde ao não.

Para finalizar, realçamos que a mobilização de estratégias de comunicação adequadas a cada doente depende das competências comunicacionais do enfermeiro e, por sua vez, estas competências vão determinar a qualidade da relação terapêutica estabelecida. Citando Dias & Ferreira (2005) “Para que o enfermeiro integre na sua prática a relação de ajuda de um modo efetivo é essencial que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência nesse domínio.” (p. 65).

Sugestões para otimizar a comunicação

Nos discursos dos participantes no estudo emergiram diversas sugestões que podem otimizar a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva: potencializar recursos materiais, efetuar formação em serviço e ouvir relatos de experiências dos doentes após a extubação.

O potencializar recursos materiais refere-se a melhorar os recursos existentes na UCI ou então adquirir outros materiais que sejam úteis para utilizar na comunicação com os doentes ventilados, como por exemplo o I-Pad, embora não tenham especificado outros recursos materiais. Esta categoria apenas obteve três unidades de registo, o que faz, mais uma vez, salientar que na UCI estudada não é atribuída muita importância aos recursos materiais adjuvantes da comunicação.

Ao ser sugerida formação em serviço alusiva ao tema comunicação, nomeadamente a estratégias de comunicação não-verbal, reflete a importância que os enfermeiros atribuem ao processo comunicativo do doente com limitações de comunicação como é o caso do doente ventilado, até porque foi a sugestão onde foram incluídas mais unidades de registo. Relacionando isto com o facto de a equipa de enfermagem não nos parecer muito recetiva aos materiais que podem auxiliar na comunicação, pode concluir-se que os enfermeiros atribuem maior importância à formação na área da comunicação que, associada à experiência profissional que já possuem em UCI, o que vai promover e efetivar o desenvolvimento de competências comunicacionais.

Uma sugestão muito interessante foi mencionada por quatro enfermeiros e refere-se a ouvir relatos das experiências que os doentes vivenciaram durante o período em que estiveram submetidos a ventilação mecânica invasiva e daí retirar ideias que possam melhorar o processo de comunicação com estes doentes. Claro está que o facto de se estudar a perspectiva do doente, facilita a adequação e reflexão acerca das intervenções de enfermagem a realizar nesse âmbito.

De acordo com um estudo realizado por Castro, Vilelas, & Botelho (2011) de revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever e analisar estudos que permitissem compreender o significado da experiência vivida face ao internamento da pessoa doente numa

UCI, o conhecimento das vivências da pessoa doente permite obter uma base sólida de conhecimento para que novas intervenções de enfermagem possam ser implementadas nesse âmbito. Na linha de pensamento dos mesmos autores “as experiências vividas permitem a compreensão de diferentes formas de ver o mundo” (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011, p. 53), pelo que também se torna essencial a abordagem desta temática na perspectiva de quem cuida.

Capítulo V — Conclusões e Perspetivas Futuras

Neste capítulo vamos revisitar o quadro teórico, a metodologia de investigação que sustenta este estudo e que nos permitiu obter os resultados que apresentamos, os quais permitiram chegar a um conjunto de conclusões que nos orientam para novos desafios e outros caminhos no âmbito da investigação e do cuidar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

A comunicação caminhou sempre lado a lado com a evolução da enfermagem, sendo abordada como base da relação enfermeiro/doente, o que a tornou parte integrante das diversas teorias de enfermagem. É ainda um fenómeno muito estudado por várias áreas das ciências que nos proporcionam uma diversidade de teorias e modelos que o explicam, sendo que as duas teorias centrais são a teoria geral dos sistemas e o interacionismo. Integrada na primeira está o modelo cibernético da comunicação que tem como conceito central o feedback ou retroação, sendo este elemento que nos possibilita avaliar a eficácia da comunicação. Mostra-nos igualmente que a comunicação é influenciada por vários fatores, tais como o ambiente onde se processa, a personalidade, os valores, a cultura e os conhecimentos de cada um dos intervenientes. Assim, assumimos este modelo de comunicação como base para este estudo, uma vez que se centra na comunicação interpessoal, aspeto essencial no cuidado de enfermagem.

Ao falarmos em comunicação associámos imediatamente esta à escrita e à fala que são as duas formas de comunicar mais comuns e constituem a comunicação verbal. Mas, existe um vasto leque de outras formas de comunicar que integram o mundo da comunicação não-verbal. Estes modos de comunicar tanto podem complementar a comunicação verbal como ser utilizados como forma exclusiva de transmitir mensagens. Esta é estudada com base em três teorias: a cinésica – relacionada com os movimentos corporais; a proxémica – relacionada com as distâncias entre os intervenientes do ato comunicativo; e a paralinguística – relacionada com os aspetos não-verbais da palavra falada.

A enfermagem apresenta-se como um encontro entre o Ser que cuida e o Ser cuidado. Exerce um papel fundamental na prática de um cuidar humanizado a partir de uma interação efetiva com o paciente hospitalizado, proporcionando a oportunidade de estabelecer uma comunicação genuína, viabilizando a satisfação de todas as necessidades do doente e proporcionando a partilha das suas vivências, angústias, medos, ansiedade e inseguranças. Assenta numa relação de ajuda do enfermeiro com a pessoa cuidada e essa relação profissional que tem por base a confiança e a empatia perspetiva a resolução de problemas que o doente apresenta. Esta relação é ainda, a base da teoria das transições de Meleis, pois permite que o enfermeiro tome consciência das necessidades que o doente apresenta, planeando estratégias que conduzam a uma melhor adaptação deste ao seu estado de doença. Deste modo, o cuidado transicional de Meleis pode ser adotado como impulsionador para favorecer a transição do doente para um novo estágio à sua condição de limitação da comunicação no sentido de minimizar sequelas, principalmente psicológicas adquiridas com um internamento numa UCI. A literatura sugere que uma transição saúde/doença incorpora dimensões subjetivas, comportamentais e interpessoais e, neste contexto, a intervenção de enfermagem visa promover

e restaurar essas dimensões, implicando uma visão holística das condições que influenciam a experiência de transição.

É essencial que o enfermeiro aprenda a fazer uso consciente da competência em comunicação humana para o bem-estar de quem necessita de cuidados de saúde, nomeadamente da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, que se encontra com limitações da comunicação verbal, pela presença de um tubo endotraqueal ou por alteração da função neuromuscular.

Todo este processo está dependente das competências comunicacionais que o enfermeiro possui no sentido de interpretar a mensagem não-verbal que o doente transmite e de adaptar e mobilizar estratégias de comunicação alternativas à comunicação verbal. Estas competências são, de acordo com Benner (2001), associadas à experiência profissional para além dos conhecimentos teóricos que lhes estão inerentes.

Uma UCI é um local onde é exercida a profissão de enfermagem com um grau elevado de exigência pois, além do conhecimento e domínio de toda a tecnologia que a envolve, de competências técnico - científicas específicas do atendimento à pessoa em situação crítica, o enfermeiro precisa de desenvolver uma relação terapêutica com um doente que possui limitações de comunicação, onde “a qualidade da relação é determinante na qualidade do trabalho do enfermeiro implicando um bom conhecimento de si próprio, sensibilidade aos diferentes níveis de comunicação e perspicácia para que se aperceba de tudo o que passa durante a mesma relação.” (Dias & Ferreira, 2005, p. 67).

Face a estas considerações, o estudo de carácter exploratório descritivo realizado teve como finalidade compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, em contexto de uma unidade de cuidados intensivos, permitindo-nos analisar este processo. Da análise e discussão dos resultados emergiram um conjunto de conclusões que passamos a apresentar:

1ª Conclusão – Na interação enfermeiro/doente em situação crítica submetido a ventilação mecânica invasiva são mobilizados os modos de comunicar-verbal e não-verbal. Enquanto os enfermeiros utilizam preferencialmente a palavra falada para comunicar com o doente, associada a maior parte das vezes a formas de comunicação não-verbal tais como o toque, a paralinguística e a postura corporal, o doente comunica com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, das quais se destacam a expressão facial, os gestos e a mímica labial, estando estas dependentes da descodificação que o enfermeiro realiza da mensagem transmitida.

Torna-se interessante referenciar que ao longo das entrevistas realizadas os enfermeiros mencionaram que o modo habitual de comunicarem com o doente sujeito a ventilação mecânica invasiva é a fala embora, através da observação participada, constatássemos que utilizam mais a comunicação não-verbal, o que sugere que a sua utilização é espontânea e não intencional.

Utilizam várias formas de comunicação não-verbal, ligadas à comunicação cinésica, à comunicação proxémica e à paralinguística e destacam-se aqui alguns aspetos menos positivos

como é o caso da expressão facial do enfermeiro que, na maior parte das situações, não pode ser utilizada pelo uso de máscara de proteção facial aquando da prestação de cuidados. Neste contexto, é de realçar que os enfermeiros demonstram conhecimentos acerca dos efeitos do toque, nomeadamente do toque terapêutico, e apesar de não ser utilizado com esse fim, em vários momentos recorrem ao seu uso como forma de acalmar o doente ou então de demonstrar a sua presença efetiva, o que transmite segurança ao doente.

A postura corporal assumida pelos enfermeiros na prestação dos cuidados, apesar de espontânea, demonstrou sempre a vontade de iniciar ou manter um ato comunicativo com o doente. O contacto visual, apesar de o enfermeiro estabelecer sempre que se aproxima do doente, fá-lo não com intenção de lhe transmitir alguma mensagem mas, sim com o objetivo de avaliar e interpretar o comportamento e as expressões faciais do doente que, eventualmente, lhe podem estar a transmitir algo.

A paralinguística, embora diga respeito aos aspetos não-verbais da fala, é utilizada como estratégia à qual o enfermeiro recorre para que o seu discurso verbal (falado) se torne mais perceptível para o doente. O facto de lhe falar pausadamente, face a face e com uma articulação mais acentuada das palavras facilita a perceção do doente, uma vez que este frequentemente se encontra com as suas capacidades cognitivas diminuídas devido ao seu estado clínico.

Por sua vez, o doente não sedado ou em desmame de sedação submetido a ventilação mecânica invasiva comunica preferencialmente através da comunicação não-verbal, podendo esta ser previamente negociada entre enfermeiro e doente, uma vez que a única forma de comunicação verbal passível de ser utilizada por ele é a escrita. E, apesar de o doente a solicitar, os enfermeiros mencionam que raramente esta é perceptível, até porque a sua função neuromuscular está afetada, o que não permite uma coordenação motora e força muscular necessárias à escrita. Relativamente ao uso que o doente faz da comunicação não-verbal constatámos que o faz mais através de formas de comunicação cinésica, como é o caso dos gestos (apontar) da expressão facial e da mímica labial. Reforçámos ainda que a última, é a primeira tentativa de comunicar do doente quando está a acordar de um coma induzido. O contacto visual quando é recíproco assinala a intenção de interagir, é utilizado pelo doente mais como forma de mostrar atenção ao discurso do enfermeiro, o que favorece o processo comunicativo.

O doente completamente sedado comunica apenas através de respostas fisiológicas como a alteração da frequência cardíaca ou da frequência respiratória ou uma lágrima ou outras que, apesar de o enfermeiro as identificar, nem sempre lhes consegue atribuir um significado.

2ª Conclusão - Das finalidades da comunicação enfermeiro/doente evidencia-se o explicar dos procedimentos que vão executar e avaliar as necessidades do doente.

Verificámos que os enfermeiros têm por hábito falar sempre com o doente durante a prestação de cuidados. Esse discurso tem várias finalidades, onde ressalta a de explicar os procedimentos que vão executar, independentemente do estado de consciência do doente, minimizando a agressão que é causada pelos vários procedimentos invasivos a que o doente

crítico é sujeito. A comunicação também é estabelecida com o doente de forma a identificar e colmatar as necessidades que este transmite naquele momento, normalmente necessidades mais básicas, podendo aqui ser acrescentada a avaliação da dor do doente. Embora sejam utilizadas escalas comportamentais para efetivar essa avaliação, o enfermeiro tem por hábito questionar o doente acerca da presença ou não de dor. Outro aspeto relevante das finalidades do estabelecimento da comunicação por parte do enfermeiro é o facto de este se preocupar em informar o doente seja acerca do seu estado de saúde, do motivo que o levou ao internamento na UCI ou simplesmente para informar que um familiar seu telefonou para saber dele, traduzindo deste modo, o reconhecimento do doente como pessoa no seu todo, evidenciando um atendimento holístico do doente crítico e otimizando o seu atual processo de transição, permitindo a sua adaptação favorável à sua condição de saúde atual.

3ª Conclusão – Dos diversos fatores que interferem na comunicação enfermeiro/doente destacamos o estado de consciência/nível de sedação do doente, a experiência profissional do enfermeiro em UCI e o ambiente da própria unidade.

Todo o processo de comunicação está envolto em fatores que influenciam positiva ou negativamente, existindo alguns deles que são ambivalentes, podendo atuar como facilitadores ou dificultadores, como é o caso do nível de sedação do doente – em que o doente mais consciente promove a comunicação e o mais sedado a dificulta; da função neuromuscular – quando preservada favorece a comunicação, nomeadamente a escrita; da experiência profissional do enfermeiro em UCI – os enfermeiros mais experientes têm maior facilidade em compreender o doente e possuem competências comunicacionais mais desenvolvidas; e dos fatores do ambiente da UCI – quando calmo, sem o ruído excessivo de alarmes, propicia um clima promotor da comunicação.

São, também, mencionados pelos enfermeiros como facilitadores da comunicação a proximidade que têm com o doente, uma vez que acabam por conhecê-lo melhor, descodificando mais facilmente os seus comportamentos; a presença de um familiar que atue como elo de ligação entre o enfermeiro e o doente e a colaboração dos colegas da equipa, no sentido de auxiliar na perceção da mensagem do doente. Como dificultadores da comunicação destacam-se, ainda, a dificuldade que o enfermeiro sente em compreender a mensagem do doente; a formação insuficiente; a sobrecarga de trabalho, impedindo a disponibilidade necessária ao ato comunicativo e, a informação insuficiente que existe na continuidade de cuidados, principalmente no que diz respeito à transmissão de informação acerca de aspetos emocionais do doente quando este vem transferido de outro serviço.

4ª Conclusão – Emergiram várias sugestões que atribuem particular importância ao desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro e à partilha de relatos das experiências dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

O desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro requer uma prática baseada numa atitude reflexiva que pode ter como alicerce a partilha de relatos das experiências

vivenciadas pelos doentes que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva, no sentido de estes contribuírem para potencializar ou mobilizar estratégias que favoreçam o processo de comunicação. Desta forma, o enfermeiro tem ainda a possibilidade de avaliar constantemente a sua prática de cuidados de modo desenvolver e aprimorar competências comunicacionais.

Consequentemente, implica que se seja capaz de comunicar eficazmente com a pessoa que está a ser alvo dos cuidados de enfermagem qualquer que seja a sua limitação de comunicação, o que implica a mobilização de conhecimentos e habilidades acerca de estratégias de comunicação em tempo eficaz.

Assim, cada enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o seu desenvolvimento nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades da pessoa em situação crítica, rumo à sua satisfação e excelência do cuidar.

Perspetivas futuras

O desenvolvimento deste estudo e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear perspetivas futuras para a prática de cuidados, no domínio da formação.

Para a prática de cuidados em saúde...

Após a conclusão deste estudo consideramos essencial partilhar os resultados com a equipa de saúde da UCI em estudo, de forma a promover momentos de reflexão acerca da sua prestação de cuidados ao doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva, nomeadamente no que diz respeito à comunicação.

Sugerimos ainda que sejam criados espaços para a partilha de experiências com os doentes que estiveram submetidos a ventilação mecânica invasiva, em termos comunicacionais, na consulta de follow-up, realizada após a alta da UCI assim como o envolvimento mais ativo dos familiares durante o internamento na UCI no que diz respeito a estratégias de comunicação com os doentes.

Para a formação

Como forma de melhorar a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva os enfermeiros mencionaram a necessidade de realização de formação em serviço alusiva à comunicação, nomeadamente relativa à interpretação de comportamentos e expressões faciais. De igual modo, constatámos que a formação inicial de enfermeiros não os prepara para lidar com este tipo de doentes, limitados em termos de comunicação verbal, onde se torna essencial o desenvolvimento de competências comunicacionais, nomeadamente em termos de atribuição de significado a atitudes e comportamentos não-verbais do doente de forma a estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa cuidada. Considerámos então importante que as instituições de ensino tenham um maior investimento neste domínio.

Para a investigação ...

A realização de estudos de investigação deste âmbito permite dar visibilidade aos diferentes contextos dos cuidados de enfermagem e impulsiona a partilha de experiências, para além de promover uma prática baseada na evidência.

A temática sugere um estudo que nos permite analisar a perspetiva do enfermeiro e do doente de modo a realizar uma análise mais aprofundada acerca da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

Esperámos que as sugestões deste estudo impulsionem novas dinâmicas, em termos comunicacionais, perspetivando contributos para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

Considerámos que por mais cuidado que tenhamos na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações relacionadas sobretudo, com a nossa inexperiência, com o tempo limitado para a realização da colheita de dados e com alguns contratempos na conciliação da execução do estudo com a atividade profissional

Apesar de tudo, consideramos que a realização deste estudo foi um percurso de aprendizagem por excelência, com partilha de experiências e conhecimentos que proporcionaram o crescimento pessoal e profissional, contribuindo ainda para a reflexão sobre a prática do cuidado de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Almeida, M. C., & Ribeiro, J. L. (Outubro de 2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Referência*, IIª Série, pp. 79-88.
- Amado, J. S. (Novembro de 2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, pp. 53-63.
- Archer, L., Biscaia, J., & Osswald, W. (1996). *Bioética*. Lisboa: Verbo.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto editora.
- Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e Luckman: Enfermagem fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Carneiro, A. D., Fontes, W. D., Costa, S. F., & Morais, G. S. (Março de 2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.*, pp. 324-327.
- Carpenter, D. R., & Streubert, H. J. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista* (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2º Semestre de 2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 15, pp. 41-59.
- Dias, M. O., & Ferreira, M. (2005). *Ética e Profissão Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação (2ª Edição ed.)*. Lisboa: Instituto Piaget.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Hébert, L. M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hungler, B. P., & Polit, D. F. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (3ª Edição ed.)*. (R. M. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Lough, M. E., Stacy, K. M., & Urden, L. D. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A. P., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., et al. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto- Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência.
- Meleis, I. A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publisher Company.
- Mendes, C. L., Vasconcelos, L. C., Tavares, J. S., Fontan, S. B., Ferreira, D. C., Diniz, L. A., et al. (12 de Dezembro de 2008). *Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos*. (R. B. Intensiva, Ed.) Obtido em 20 de Maio de 2012, de Web site de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000400005&script=sci_arttext
- Ministério da saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Neves, M. C., & Pacheco, S. (2004). *Para Uma Ética Da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Browser CIPE*. Obtido em 7 de Novembro de 2011, de Web site de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). *Código Dentológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro)*. Obtido em 2 de Abril de 2011, de Web site da Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislação OE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. *Divulgar*, pp. 11-12.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 20 de Maio de 2012, de Web site de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaçãoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Osswald, W. (2004). *Um fio de ética* (2ª Edição ed.). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra.

Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1ª Edição ed.). Lisboa: Gradiva.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Edição ed.). São Paulo: McGraw Hill.

Sanduaval, M. (2000). Comunicação em Saúde. *Nursing*, pp. 12-13.

Saraiva, A. M. (Junho de 1999). O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque. *Nursing* , pp. 36-40.

Seeley, S. T. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.

Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. Bauri, SP: Manole.

Stefanelli, M. (1983). Relacionamento Terapêutico Enfermeira-Paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , pp. 36-45.

Thelan, L. A., & Davie, J. K. (1994). *Enfermagem em cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Lusodidacta.

Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação* (2ª Edição ed.). (A. R. Lopes, Trad.) Lisboa: Edição de Fundação Calouste Gulbenkian.

Anexos

***Anexo A – Consentimento do Conselho de Administração para a
realização do estudo***

COMISSÃO de ÉTICA

Emendo
16 de Abril de 2012
Hospital

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um estudo de investigação, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo a investigadora, **Ana Paula Lima Alves**, Enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: “**Comunicação do Enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva**”. Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 16 de Abril de 2012

O Presidente da C. E.

.....
(Dr. Pedro Meireles)

Recebido e aprovado
16 de Abril de 2012
Diretora

ULSAM, EPE



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior
de Saúde

12/04/11 0290 ESS

Exmº Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.
Estrada de Santa Luzia
4901 – 858 Viana do Castelo

Assunto: Autorização para realização de estudo de investigação

No âmbito dos objetivos da unidade curricular Dissertação de natureza científica/Estágio de natureza profissional com relatório final/Trabalho de projeto, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, junto enviamos o pedido da mestrande Ana Paula Lima Alves para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Comunicação do Enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva”, conforme documentos em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

A Diretora,

Mara do Carmo de Jesus Rocha



Augusta/pedidoderealizaçãodetrabalhos/Mest.Enf.Comunitária

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do investigador;• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;• Garantir a confidencialidade e anonimato;• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Nome• Idade<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos<input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos<input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos<input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos<input type="checkbox"/> Superior a 50 anos• Género<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feminino<input type="checkbox"/> Masculino• Formação académica<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licenciatura<input type="checkbox"/> Especialidade _____<input type="checkbox"/> Mestrado _____<input type="checkbox"/> Doutoramento em _____<input type="checkbox"/> Outra _____• Tempo de serviço _____• Tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos _____

III Parte - Entrevista propriamente dita	
Objetivos Específicos:	Questões
✓ Perceber o modo como se processa a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva (comunicação verbal e não verbal).	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião como se processa a comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva? • Utiliza formas de comunicação não-verbal? Quais?
✓ Identificar os fatores facilitadores da comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião quais são os fatores que facilitam a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
✓ Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as dificuldades na comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
✓ Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as estratégias que utiliza para comunicar com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
✓ Identificar sugestões que otimizem o processo de comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Quer referir alguma sugestão que possa melhorar o processo de comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?

IV Parte – Fecho da Entrevista

Guião da Observação Participada

Objetivo:	Aspetos a observar
<p>✓ Compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva</p>	<ul style="list-style-type: none">• A comunicação no processo de interação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;• Finalidades da comunicação;• A comunicação não-verbal durante o processo de comunicação;• Comunicação verbal e conteúdo;• Reações do utente;• Estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro;• Tempos, momentos e ambiente da interação.
<p>Momentos de observação:</p> <p>Turnos da manhã (8h – 16h)</p> <p>Ou</p> <p>Turnos da tarde (15h30 – 23h30)</p>	

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Apêndices

Apêndice A – Consentimento informado entregue aos participantes

Declaração de consentimento

Considerando a Declaração de Helsínquia

Designação do estudo: A comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

Eu, abaixo assinado, (nome completo do participante)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, onde serei incluído. Foi-me proporcionada a oportunidade de questionar o investigador sempre que considere necessário e obtive sempre resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa causar prejuízo.

Por isso, consinto que me seja aplicada a entrevista proposta pelo investigador, assim como o facto de eu ser alvo de observação dos meus comportamentos aquando da minha prestação de cuidados direta.

Data: ___/___/2012

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

- a) Este documento será efetuado em duplicado, sendo o original para o investigador e a cópia para o participante.

Apêndice B – Guião da entrevista

I Parte - Acolhimento

Objetivo: Informar e motivar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do investigador;• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;• Garantir a confidencialidade e anonimato;• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
---	--

II Parte – Caracterização do entrevistado

Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Nome• Idade<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos<input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos<input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos<input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos<input type="checkbox"/> Superior a 50 anos• Género<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feminino<input type="checkbox"/> Masculino• Formação académica<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licenciatura<input type="checkbox"/> Especialidade _____<input type="checkbox"/> Mestrado _____<input type="checkbox"/> Doutoramento em _____<input type="checkbox"/> Outra _____• Tempo de serviço _____• Tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos _____
---	---

III Parte - Entrevista propriamente dita

Objetivos Específicos:	Questões
<p>✓ Perceber o modo como se processa a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva (comunicação verbal e não verbal).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião como se processa a comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva? • Utiliza formas de comunicação não-verbal? Quais?
<p>✓ Identificar os fatores facilitadores da comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião quais são os fatores que facilitam a comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
<p>✓ Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as dificuldades na comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
<p>✓ Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as estratégias que utiliza para comunicar com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?
<p>✓ Identificar sugestões que otimizem o processo de comunicação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quer referir alguma sugestão que possa melhorar o processo de comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva?

IV Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Apêndice C – Guião da observação

Guião da Observação Participada

Objetivo:	Aspetos a observar
<p>✓ Compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva</p>	<ul style="list-style-type: none">• A comunicação no processo de interação do enfermeiro com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva;• Finalidades da comunicação;• A comunicação não-verbal durante o processo de comunicação;• Comunicação verbal e conteúdo;• Reações do utente;• Estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro;• Tempos, momentos e ambiente da interação.
<p>Momentos de observação:</p> <p>Turnos da manhã (8h – 16h)</p> <p>Ou</p> <p>Turnos da tarde (15h30 – 23h30)</p>	

Apêndice D – Análise de conteúdo

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Modos de comunicação	Enfermeiro/ doente	Expressão facial	<p><i>“ Sempre que aborda o doente, estando sem máscara de proteção, sorri para ele;” (O9)</i></p> <p><i>“Quando não está com máscara de proteção facial esboça um sorriso para o doente.” (O10)</i></p>
		Contacto visual	<p><i>“... é o dirigir o olhar... Acho que isso é... Já faz parte de nós...”(E6)</i></p> <p><i>“... estabelece contacto visual...” (O1)</i></p> <p><i>“Utiliza o contacto visual sempre que aborda o doente;” (O2)</i></p> <p><i>“... sempre que se dirige ao doente estabelece contacto visual...” (O3)</i></p> <p><i>“ ... olhando a doente...” (O4)</i></p> <p><i>“Estabelece contacto visual com o doente aquando dos momentos em que fala com este;” (O5)</i></p> <p><i>“Olha sempre para a face da doente...” (O5)</i></p> <p><i>“ Conversa com o doente (...) estabelecendo contacto visual.” (O6)</i></p> <p><i>“Estabelece contacto visual quando aborda o doente.” (O7)</i></p> <p><i>“Faz uma pausa (sem nunca desviar o olhar da face da doente) ... ” (O7)</i></p> <p><i>“Estabelece contacto visual sempre que se dirige ao doente;” (O9)</i></p> <p><i>“Estabelece contacto visual quando aborda o doente.” (O10)</i></p>
		Toque	<p><i>“... agarrarmos na mão, passarmos a nossa mão pela cabeça da pessoa...” (E5)</i></p> <p><i>“O tocar (...) Acho que isso é... Já faz parte de nós, acho eu.” (E6)</i></p> <p><i>“Há gente que o faz intencionalmente porque sabe que o toque vai ter algum efeito no doente, vai relaxá-lo mais...” (E7)</i></p> <p><i>“Agarra a mão do doente quando o aborda...” (O2)</i></p> <p><i>“... quando está a falar com o doente toca-lhe suavemente na mão ou no braço.”(O3)</i></p> <p><i>“Pousa a sua mão sobre a do doente tentando que este se acalme...” (O4)</i></p> <p><i>“ Utiliza frequentemente o toque com o doente, pousando a sua mão sobre o doente sempre que o aborda ou conversa com ele.” (O5)</i></p>

		<p><i>"Toca com a mão no braço do doente quando lhe está a explicar alguma coisa" (O5)</i></p> <p><i>"Pousa a mão na mão da doente para falar com ela." (O7)</i></p> <p><i>"Estabelece contacto táctil com o doente mesmo sem ser em procedimentos em que o toque é estritamente necessário;" (O9)</i></p>
	Postura Corporal	<p><i>"Inclina-se sobre o doente..." (O1)</i></p> <p><i>"Fala de frente para o doente..." (O2)</i></p> <p><i>"Movimenta-se calmamente durante a prestação de cuidados..." (O4)</i></p> <p><i>"Quando fala com o doente inclina-se ligeiramente sobre este." (O10)</i></p>
	Palavra Falada	<p><i>"... mediante a sedação vai reduzindo a gente vai aumentando a conversa e vai falando com o doente." (E2)</i></p> <p><i>"... conversando com ele para estimularmos, de alguma forma..." (E2)</i></p> <p><i>"... independentemente de eles estarem sedados ou não costumo, costumo falar sempre." (E3)</i></p> <p><i>"não ouvir apenas apitos e bips e coisas assim, se não será importante também ouvir uma voz" (E3)</i></p> <p><i>" Isto de estar continuamente a falar (...) independentemente se o doente consegue perceber o discurso"(E3)</i></p> <p><i>"... o facto de lhe falar (...) e dizer: está tudo bem." (E5)</i></p> <p><i>" Falamos com esses doentes, pelo menos no que me diz respeito (...) Sabendo que ele não nos vai dizer nada..."(E6)</i></p> <p><i>"...vim para aqui para a UCI e falava, falava, falava com o doente e esquecia-me que, na maior parte das vezes, ele não ia responder." (E7)</i></p> <p><i>"... doente ventilado, sedado... A única forma que a gente tem de comunicar, pelo menos eu, é falar." (E10)</i></p> <p><i>"Os doentes não sedados, ventilados comunicamos verbalmente com eles..."(E10)</i></p> <p><i>"Está em permanente diálogo com o doente;" (O2)</i></p> <p><i>"Mantém diálogo com o doente durante os cuidados de higiene..." (O2)</i></p> <p><i>"Conversa frequentemente com o doente." (O3)</i></p> <p><i>"Durante prestação dos cuidados de higiene conversa frequentemente com a doente" (O5)</i></p> <p><i>"Estabelece diálogo permanente com o doente durante os cuidados de higiene;" (O6)</i></p> <p><i>"O enfermeiro dialoga constantemente com o doente" (O9)</i></p>

			<i>"Estabelece diálogo constante com o doente..." (O10)</i>
		Aspetos Paralinguísticos	<p><i>"Utiliza um tom de voz baixo, com um ritmo constante e vagaroso." (O1)</i></p> <p><i>"Fala de frente para o doente(...)pausadamente e em tom de voz baixo e com ritmo lento" (O2)</i></p> <p><i>"Fala pausadamente..."(O4)</i></p> <p><i>"tom de voz muito suave, baixo e fala com um ritmo lento." (O5)</i></p> <p><i>"com frases simples e curtas"(O5)</i></p> <p><i>"Conversa com o doente com um discurso pausado, sempre de frente para o doente." (O6)</i></p> <p><i>"Quando lhe explicava o que lhe estava a acontecer (...) fazendo pausas frequentes entre as frases..." (O7)</i></p> <p><i>"Fala pausadamente e articulando devagar as palavras". (O10)</i></p> <p><i>" Utiliza frases simples e curtas;" (O10)</i></p>
	doente/ enfermeiro	Expressão facial	<p><i>"...toda a gente ia lá, falava com a doente e ela sorria..." (E1)</i></p> <p><i>"... os doentes em coma induzido (...) muitas vezes vão reagindo, fazem um fâcies de dor, um fâcies de desconforto, e aí sim, nós percebemos que o doente pode ter dor ou estar desconfortável..." (E5)</i></p> <p><i>"... mesmo sedados, geralmente, à dor eles reagem, a expressão facial diz tudo." (E8)</i></p> <p><i>"... com o doente sedado, não temos grande comunicação, a não ser o feedback que ele nos dá, a expressão facial, mais em relação à dor..." (E9)</i></p> <p><i>"Faz fâcies de dor quando é mobilizado;" (O1)</i></p> <p><i>"Sorri quando brincam com ele..." (O1)</i></p> <p><i>"Apenas reage a estímulos dolorosos, como a aspiração de secreções, com fâcies que aparenta estar desconfortável/ter dor." (O5)</i></p> <p><i>"...momentos em que lhe foi feita aspiração de secreções e o doente apresentou uma fâcies de dor/desconforto." (O8)</i></p> <p><i>"Esboça um sorriso nos lábios quando o enfermeiro brinca com ele." (O9)</i></p>
		Contacto visual	<p><i>"Se visualmente nos conseguem seguir..."(E3)</i></p> <p><i>"O doente voltou a face para o enfermeiro..." (O1)</i></p>

		<p><i>“A doente olha atentamente para a enfermeira”...(O7)</i></p> <p><i>“Doente fixou o olhar na face da enfermeira enquanto esta lhe explicava o que lhe estava a acontecer.” (O7)</i></p> <p><i>“Doente segue o enfº com o olhar e mostra-se atento a tudo o que ele está a fazer consigo e à sua volta;” (O9)</i></p> <p><i>“ Segue o enfermeiro com o olhar...” (O10)</i></p>
	Mímica labial	<p><i>“...o doente tenta verbalizar através da mímica labial e que grande parte das vezes não o entendemos.” (E1)</i></p> <p><i>“Aos anos que vamos trabalhando nos cuidados intensivos já vamos também começando a compreender o que ele diz só pela mímica labial.” (E6)</i></p> <p><i>“...pelos lábios dele para ver se conseguimos perceber o que ele quer transmitir.” (E8)</i></p> <p><i>“Mas percebe-se o que eles dizem pelos lábios, pela mímica labial...” (E10)</i></p> <p><i>“O doente tenta comunicar com o enfermeiro através (...) da mímica labial” (O1)</i></p> <p><i>“Tentava interagir com as pessoas que o rodeavam (...) movendo os lábios, articulando palavras, tentando desencadear sons”(O2)</i></p> <p><i>“Tenta articular palavras para interagir com o enfermeiro;” (O9)</i></p>
	Gestos	<p><i>“doente tem um discurso mais não-verbal. Tem um discurso mais intuitivo, de apontar.” (E2)</i></p> <p><i>“... os doentes começam a responder com um sim com um não, piscam os olhos...” (E3)</i></p> <p><i>“A forma que os doentes têm de se expressar muitas vezes é por gestos...” (E5)</i></p> <p><i>“O doente tenta comunicar com o enfermeiro através de gestos...” (O1)</i></p> <p><i>“...doente tinha gesticulado para chamar alguém.” (O2)</i></p> <p><i>“A doente acena com a cabeça para dizer que não à pergunta que a enfermeira lhe fez.” (O7)</i></p> <p><i>“Acena com a cabeça para responder às questões que lhe são colocadas (sim/não);” (O9)</i></p> <p><i>“Acena com a cabeça transmitindo sim/não.” (O10)</i></p> <p><i>“...estabelecem um contacto visual...” (E3)</i></p>
	Escrita	<p><i>“...em doentes que, por exemplo, que estão no pós-operatório que, estão ventilados mas que a consciência se mantém quase, quase, com um Glasgow de 15 e que nos pedem para escrever e que escrevem.” (E3)</i></p> <p><i>“... um doente jovem estava num pós-operatório de um acidente, que chegou aí e que me fez assim (gesticula pretendendo chamar</i></p>

		<p><i>alguém à sua beira) e que me pediu um bloquinho, eu dei-lhe um bloquinho e a caneta e ele escreveu-me tudo o que queria saber, o porquê de estar aqui, o que é que lhe tinha acontecido, o que é que lhe tinham feito...” (E3)</i></p>
	<p>Reações fisiológicas</p>	<p><i>“...só esse simples gesto de pegar na mão da pessoa, olhamos para o monitor e vemos as tensões ou vemos a frequência cardíaca e muda logo, fica mais calmo.”(E5)</i></p> <p><i>“...ele comunica-te eventualmente por uma taquicardia (pausa), por uma lágrima no olho, é, mas que tu não sabes o que ele quer dizer...” (E6)</i></p> <p><i>“... e chegou a familiar, tocou-lhe e falou e ele desenvolveu uma taquicardia.” (E6)</i></p> <p><i>“Doente mais calma e baixa a frequência cardíaca, após a explicação que a enfª lhe deu.” (O7)</i></p>

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Finalidades da comunicação Enfermeiro/ doente	Identificar necessidades do doente		<p>“...nós perguntamos normalmente(...) se quer água, se quer mudar de posição, que é o que nós já sabemos normalmente o que os doentes querem, são as necessidades mais frequentes deles.” (E1)</p> <p>“Pode ser que queira evacuar ou não queira evacuar e vamos tirando as partes.” (E2)</p> <p>“... as necessidades mais frequentes como o tenho sede; o quero mudar de posição; o tenho fome ou o tenho vontade de ir à casa de banho (pausa), normalmente nós conseguimos perceber melhor através da mímica labial do doente e, quando ele tenta verbalizar, nós começamos logo por ir questionando essas necessidades...” (E6)</p> <p>“Às vezes tentamos perceber e ir questionando: “É isto que quer?”. Tentando ir de encontro às necessidades básicas deles.” (E7)</p> <p>“... estarmos sempre a insistir: “Mas o que é que quer?”; “Dói-lhe a barriga?”; “ Tem dor?”; “ Está mal disposto? ... ” (E10)</p> <p>“Então srª Y está melhor assim? Já devia estar cansada de estar virada para o outro lado! Fica bem?”(O4)</p> <p>“Realiza várias perguntas ao doente, tentando “adivinhar” a causa do seu mal-estar: (...)Quer mudar de posição?” (O6)</p> <p>“... questiona o doente acerca das suas eventuais necessidades para aquele momento: Está bem assim ou quer virar-se para o outro lado mudar de posição/?; Tem sede?” (O9)</p>
	Avaliar a dor/ conforto		<p>“Nós perguntamos normalmente se tem dor...”(E1)</p> <p>“...pode ter dor, às vezes eles estão agitados e a gente pode pedir-lhes que estejam quietos e eles não colaboram e chegamos à conclusão de quê? O doente tem dor. E posicionando para o outro lado ele fica sossegado.” (E2)</p> <p>“Mas, às vezes, “o tem dor?”, “não tem dores?”, “quer-se virar?”, essas coisas a gente consegue entender”, (E4)</p> <p>“Perguntamos logo: “Tem dor?” (E10)</p> <p>“... questiona-o: “Parece que está com dor. Onde dói?” (O1)</p> <p>“Faz várias questões (...): “Tem dor?”(O2)</p> <p>“Parece que está a fazer uma cara feia. Está com dor?”; (O9)</p>
	Estimular a orientação espaço temporal do doente		<p>“Pode ser que ele nos vá ouvindo e que também se vá orientando...” (E7)</p> <p>“A gente tenta fazer isso também, falar-lhe de coisas conhecidas...” (E7)</p> <p>“...primeiro é isso, tentar orientar o doente porque o doente vai estar, há ali um espaço de tempo que ele perdeu completamente a noção da realidade e vamos tentando comunicar com ele...” (E7)</p>

		<p>“... repara que ele está agitado e vai junto dele, fala com ele e mostra-lhe um relógio de parede que está pousado em cima de um postigo, para que ele se aperceba da hora do dia em que se encontra...” (O1)</p> <p>“Conversa com o doente a informar que dia é e que horas são e como está o tempo.” (O3)</p>
Explicar procedimentos que vai executar		<p>“Isto de estar continuamente a falar: “Olhe agora vamos mudar de posição” e depois “Vamos massajar” e depois vamos fazer não sei o que mais, independentemente se o doente consegue perceber o discurso...” (E3)</p> <p>“Tentamos sempre (...) explicar os procedimentos...” (E10)</p> <p>“...vou dar-lhe banho para refrescar, está bem?” (O1)</p> <p>“...Sr. X vamos posicioná-lo!” (O1)</p> <p>“Durante os cuidados de higiene o enfermeiro (...) ia dizendo ao doente que ia posicionar, que ia lavar a boca, massajar com creme...” (O1)</p> <p>“...quando vai posicionar o doente refere: “Sr. X vou posicioná-lo para ficar mais confortável!”, “Vou massajar as costas com creme, vai sentir um pouco frio!” (O3)</p> <p>“Aquando do posicionamento da doente trata-a pelo seu nome e explica o que vai realizar.” (O4)</p> <p>“Vamos virá-la de lado para fazer a cama está bem!” (O5)</p> <p>“Sr. X vou aspirá-lo custa um bocadinho, mas eu prometo ser rápida!” (O8)</p> <p>“Bem, Sr. X vamos dar-lhe um banho para refrescar, que acha?”; (O9)</p> <p>“... explicando os procedimentos que vão ser executados: “Agora vou fazer-lhe o penso, preciso que esteja sossegado para não o magoar!” (O10)</p>
Solicitar a participação do doente nos cuidados		<p>“Vamos virar para aquele lado para fazer a cama! É só por um bocadinho, não se tente virar ao contrário.” (O2)</p> <p>“Vou aspirá-lo, tente tossir um pouco que é mais fácil!” (O2)</p> <p>“Agora tem é que respirar com calma!”. (O7)</p> <p>“... preciso que esteja sossegado para não o magoar! Eu sei que dói um bocadinho mas tem que ser!” (O10)</p>
Acalmar o doente		<p>“A gente apela à calma...” (E9)</p> <p>“Acalmar o doente quando está agitado.” (O4)</p>

	Informar o doente	Acerca do seu estado /condição de saúde	<p><i>“...explicou: “Sr. X, você não consegue falar porque tem um tubo na garganta que está ligado a uma máquina e o está a ajudar a respirar mas, não o deixa falar.” (O1)</i></p> <p><i>“Sr. X você hoje está melhor! Em breve vamos retirar o tubo para poder falar e, provavelmente, amanhã já vai para a enfermaria.” (O2)</i></p> <p><i>“Tem um tubo na garganta que está a ajudá-la a respirar e, por isso não consegue falar connosco. (...) Assim que estiver melhor, retiramos esse tubo e já fala connosco.” (O7).</i></p>
		Dos contactos de familiares	<p><i>“Após ter recebido um telefonema da esposa do doente, foi ao pé dela informando-a que o marido tinha ligado para saber como ela estava.” (O7)</i></p> <p><i>“Sr. x a sua esposa telefonou para cá para saber notícias suas e pediu para lhe dizer que logo à tarde ela vem cá vê-lo. Está a ver! Logo já vai ter visitas, tem que se por bem disposto!” (O9)</i></p>
		Motivo do internamento	<p><i>“...tentamos explicar-lhes o que é que está a acontecer, porque está internado numa UCI...” (E9)</i></p> <p><i>“ A Srª teve ontem um acidente, veio para o hospital, teve que ser operada.” (...) Agora está aqui nos cuidados intensivos para recuperar!” (O7)</i></p>

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Fatores que interferem no processo de comunicação	Centrados no doente	Estado de consciência/ Nível de sedação do doente	<p><i>“Em primeiro lugar, o estado de consciência, o doente em desmame de sedação já tem um nível de consciência que lhe permite perceber o nosso discurso.” (E1)</i></p> <p><i>“A sedação vai reduzindo e a gente vai aumentando a conversa e vai falando com o doente.” (E2)</i></p> <p><i>“Mediante o grau de avaliação da escala de Ramsay, logo se vê o tipo de resposta que pode dar e, eventualmente, o tipo de diálogo que se pode manter com ele.” (E2)</i></p> <p><i>“... os doentes que já estão em desmame e já tem um nível de consciência pelo menos para, para as questões, pelo menos tem perceção do que se passa à sua volta...”(E3)</i></p> <p><i>“... á medida que o doente vai acordando a gente vai-se apercebendo e comunica bem com o doente.” (E7)</i></p> <p><i>“também dependendo do grau de sedação que ele tenha e se está em desmame ventilatório ou não...” (E7)</i></p> <p><i>“Se o doente perceber, ele colabora e nós conseguimos comunicar.” (E9)</i></p> <p><i>“...o doente às vezes está a acordar do coma induzido e a resposta deles, a capacidade de compreensão deles é muito fraca...” (E2);</i></p> <p><i>“...Com os ventilados sedados, é tudo mais complicado (...) a gente só consegue avaliar a reação a estímulos...”(E3);</i></p> <p><i>“... mesmo que tenhas um placard, que lhe mostres as palavras, ele ou está sedado e não consegue ler, ou até nem sabe ler, ou até não consegue discernir...” (E4).</i></p>
		Função neuromuscular	<p><i>“... alguns doentes (...)e têm força muscular e às vezes escrevem...” (E4)</i></p> <p><i>“Pedem para escrever e não conseguem desenhar a letra.” (E3)</i></p> <p><i>“... alguns nem têm força muscular...” (E4)</i></p> <p><i>“...depois a própria debilidade da doença, normalmente são essas as maiores condicionantes que nós temos aqui.” (E5)</i></p> <p><i>“...Só que eles, às vezes, como não têm muita força muscular não conseguem escrever...” (E7)</i></p> <p><i>“...porque eles perdem a força muscular, perdem tudo e não conseguem escrever...”(E7)</i></p> <p><i>“...também tentam escrever. (...) Mas, às vezes, a força muscular não permite” (E8)</i></p> <p><i>“Há muitos dentes que querem escrever... Mas, não conseguem porque não têm força muscular.” (E9)</i></p> <p><i>“... não têm tacto fino para apontar para o que realmente querem ...” (E9)</i></p>

			<p>“... a própria mobilidade dele está comprometida...” (E10)</p> <p>“...não tem força muscular e, mesmo que ele tente escrever(...)quando vai a escrever não consegue. Não consegue pura e simplesmente escrever uma palavra..”(E10)</p>
		Idade do doente	<p>“... um doente que às vezes tem 70 ou 80 anos, pouco percebe as imagens...” (E2)</p> <p>“... os mais idosos (...)já não conseguem escrever.” (E4)</p> <p>“Temos que ter noção que grande parte dos doentes aqui internados está com 80 e 90 anos...” (E6)</p>
		Ansiedade/ agitação	<p>“Porque muitas vezes eles também entram em ansiedade...”(E6)</p> <p>“E essa ansiedade deles, muitas vezes, leva a que eles não respirem bem e leva a que eles não consigam fazer o desmame ventilatório...” (E6)</p> <p>“... têm muita vontade de verbalizar quando acordam mas não conseguem, não sai nada, há doentes que até ficam ansiosos e preocupados porque pensam que não conseguem falar e que não vão conseguir falar mais.” (E9)</p>
	Centrados no enfermeiro	Experiência profissional em UCI	<p>“... nós vamos ganhando, quase involuntariamente é a experiência...” (E2)</p> <p>“Em relação ao modo como conseguimos perceber o que é que os doentes querem, isso já depende muito, eu acho que da sensibilidade de cada um...E muito por experiência (...) Nós vamos interiorizando....” (E5)</p> <p>“... depois chamam por um colega com mais experiência para tentar perceber o que é que ele está a dizer...”(E6)</p> <p>“...no início, não sabia muito bem como é que havia de reagir porque, normalmente, obtinha sempre um feedback orientado ou desorientado mas, normalmente os doentes reagem sempre, nem que seja com palavras, pelo menos com um gemido, ou com qualquer coisa, o que não acontece com grande parte dos doentes aqui da UCI...”(E3)</p> <p>“... em virtude da comunicação ser muito dificultada, eu tive alguma, não foi dificuldade era, às vezes não sabia muito bem como é que havia de lidar.”(E3)</p> <p>“No início, para mim, isto também era muito difícil (...) uma das minhas principais dificuldades era saber como é que eu iria conseguir comunicar com o doente ventilado.” (E5)</p> <p>“... tinha 11 anos ou 12 de profissão quando, quando vim para aqui (...)Estava habituada ao doente habituada ao doente de internamento que normalmente não tem limitações na comunicação e foi um pouco difícil a mudança.” (E7)</p>
		Dificuldade na compreensão da mensagem do doente	<p>“...não conseguem desenhar letras e palavras que tu consigas perceber.” (E1)</p> <p>“...fazem sarrabiscos que não se percebe nada.(E6)</p> <p>“Por vezes estamos 2 ou 3 à volta de um doente para conseguir perceber e o doente não consegue mesmo exprimir-se.” (E6)</p>

			<p><i>“Há doentes que nos pedem uma caneta (...) e depois acaba por não se perceber nada, só fazem uns riscos...” (E7)</i></p> <p><i>“Não conseguimos perceber a escrita, mas eles tentam.” (E8)</i></p> <p><i>“...eles querem, querem falar e não percebemos nada, porque eles não entendem que não emitem som.” (E9)</i></p>
		Formação sobre comunicação	<p><i>“nós mesmo em termos de formação de base não estamos muito preparados.” (E10)</i></p> <p><i>“As escolas, não investem muito (...) nesta área de cuidados intensivos, no curso de base não se fala muito.” (E10)</i></p>
	Centrados na dinâmica da UCI	Presença de familiar	<p><i>“A família, a presença de um familiar junto do doente”. (E1)</i></p> <p><i>“...a presença da família...”(E3)</i></p> <p><i>“...a presença de um familiar junto do doente...” (E9)</i></p> <p><i>“A presença de algum familiar mais significativo ou com quem eles estejam mais intimamente ligados pode facilitar às vezes a comunicação, pois eles percebem melhor o que o doente está a dizer.” (E10)</i></p>
		Colaboração entre os colegas	<p><i>“Se for preciso estamos 2 ou 3 de volta do doente para tentar perceber o que ele diz...” (E6)</i></p> <p><i>“... chamamos um colega para tentar perceber o que ele está a dizer...”(E6)</i></p>
		Fatores do Ambiente da UCI	<p><i>“Raramente se ouvem alarmes e, inclusive ouve-se música ambiente (rádio), sem estar demasiado alta nem demasiado baixa;”(OA)</i></p> <p><i>“Os profissionais do serviço movimentam-se com serenidade pela unidade.” (OA)</i></p> <p><i>“Médicos, enfermeiros e assistentes operacionais colaboram utilizando entre eles um tom de voz, para falarem entre si, nem muito alto, nem muito baixo.” (OA)</i></p> <p><i>“Os enfermeiros apesar de utilizarem o método individual de trabalho, todos eles interagem com todos os doentes pois os cuidados de higiene são prestados aos pares, assim como os posicionamentos.” (OA)</i></p> <p><i>“...um fator que influencia no problema da comunicação é o fato de não ter janelas isto é tudo artificial, isto não tem luz natural.” (E2)</i></p> <p><i>“Movimentam-se rapidamente de um lado para o outro na unidade;”(OA)</i></p>
		Falta de informação	<p><i>“Não sei até que ponto a comunicação e o melhor relacionamento com o enfermeiro, colega ou a família e o enfermeiro do serviço de origem poderia ajudar a perceber algumas coisas, necessidades que o doente já demonstrava antes de estar cá e que pudesse ser adaptado.” (E1)</i></p> <p><i>“... ninguém lhes diz antes assim, agora quando você precisar de alguma coisa aponta para este quadro.” (E2)</i></p>

Sobrecarga de
trabalho

“Mas às vezes tens mesmo que virar as costas, quando o serviço tem muitos doentes e temos mais trabalho... (E4)

“Temos alturas em que é possível estar mais tempo perto do doente a tentar percebê-lo... Mas, temos alguns momentos em que há outras prioridades e já não dá... (E10)

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação	Recursos materiais	Quadro com imagens ou letras	<p><i>“Nós temos um quadro também, mas acaba por não ser muito útil.”(E1)</i></p> <p><i>“... o quadro de imagens...” (E2)</i></p> <p><i>“Temos o quadro de letras...” (E3)</i></p> <p><i>“Temos o livro com imagens, temos o placard para eles escreverem e temos um placard de letras...”(E4)</i></p> <p><i>“... tínhamos um quadro com letras...”(E5)</i></p> <p><i>“... quadro com imagens, das principais necessidades como a sede, dormir...”(E5)</i></p> <p><i>“... o uso de determinados objetos com desenhos alusivos a determinadas necessidades mais frequentes como o tenho sede; o tenho fome...” (E6)</i></p> <p><i>“O uso dos quadros com imagens de referência...” (E6)</i></p> <p><i>“Temos os quadros de colar letras para o doente identificar; temos um com imagens para ele apontar se é aquilo que ele pretende.” (E7)</i></p> <p><i>“Temos um placard com letras para eles escreverem.” (E8)</i></p> <p><i>“... um quadro com figuras...”(E10)</i></p> <p><i>“...criamos um quadro com letras...” (E9)</i></p>
		Papel e caneta	<p><i>“... é mais frequente darmos coisas, um papel para o doente escrever...” (E1)</i></p> <p><i>“Doentes que consigam escrever também damos essa oportunidade.” (E1)</i></p> <p><i>“A gente tem aí algumas soluções (...) de escrita...” (E2)</i></p> <p><i>“...bloquinho e a caneta...”(E3)</i></p> <p><i>“Alguns pedem que querem escrever e a gente lá vai buscar o papel e a caneta...” (E4)</i></p> <p><i>“... utilizamos esses ajudantes de comunicação (...), caneta, uma folha...”(E5)</i></p> <p><i>“... damos-lhe uma... Um bloco de notas e ele vai escrevendo.”(E5)</i></p> <p><i>“...se ele tiver uma escrita facilitada ou que consiga escrever, expressar-se por aí...” (E6)</i></p> <p><i>“O escrever, vamos utilizando no nosso dia-a-dia.” (E6)</i></p> <p><i>“... temos também sempre a opção do papel e da caneta.” (E7)</i></p>

			<p>“... também tentam escrever.” (E8)</p> <p>“...querem escrever...” (E9)</p> <p>“A tentar pela escrita.” (E10)</p>
Mobilização de Habilidades comunicacionais	Interpretação da mímica labial	<p>“A mímica labial, falar com ele e tentar realmente perceber.” (E2)</p> <p>“... através (...) da interpretação da mímica labial...” (E10)</p> <p>“Utiliza a leitura da mímica labial do doente para perceber o que ele necessita.” (O9)</p>	
	Mostrar disponibilidade	<p>“... a gente, habitualmente tem que ir com calma e tentar juntar palavras.” (E4)</p> <p>“Permanece junto do doente a observá-lo, mesmo após a execução do procedimento que o levou até ao doente.” (O9)</p> <p>a gente consegue entender, mas tem que se disponibilizar muito para olhares, perceberes...” (E4)</p> <p>“A gente deve mostrar que está ali com tempo, que está a mostrar atenção ao doente...” (E4)</p> <p>“... temos uma interação muito grande, estamos sempre á beira do doente, sempre...” (E5)</p> <p>“... nós aqui temos disponibilidade para tentar perceber o doente...” (E6)</p> <p>“...aguarda um pouco para que este lhe dê alguma resposta...”(O5)</p>	
	Valorizar comportamentos/ expressões	<p>“...conseguimos avaliar a reação ao estímulo verbal (...) a reação ao estímulo táctil ou às vezes ao doloroso...” (E3)</p> <p>“...porque arranjam sempre forma, arranjam sempre estratégias para interagir com o doente ...” (E5)</p> <p>“... utilizamos mais a visão para tentar perceber como é que reage.”(E5)</p> <p>“Conseguimos perceber algumas coisas através da expressão do doente.” (E8)</p> <p>“...tentamos perceber a expressão facial.” (E8)</p> <p>“Nota-se nas atitudes que eles têm, quando eles estão acordados.” (E10)</p> <p>“Avalia atentamente o comportamento e expressão facial do doente para perceber se tem ou não desconforto.” (O1)</p>	

			<p>“... aproxima-se da cabeceira do doente, tentando perceber o motivo da sua agitação.” (O2)</p> <p>“...avaliando sempre a sua expressão facial...” (O4)</p> <p>“Tenta avaliar o conforto/dor do doente através da sua expressão facial;” (O9)</p>
		Adequar a linguagem	<p>“...falamos às vezes de uma maneira mais estranha, a articular as palavras mais acentuadamente...” (E5)</p> <p>“... com uma articulação mais acentuada das palavras.” (E9)</p> <p>“Articula mais acentuadamente as palavras...” (O2)</p> <p>“Fala pausadamente e articulando devagar as palavras.” (O10)</p> <p>“Utiliza frases simples e curtas.” (O10)</p>
	Negociar estratégias de feedback	Piscar os olhos	<p>“Alguns só piscam os olhos, assim: Se tiver dor feche os olhinhos!” (E4)</p> <p>“... negociamos o (...) piscar, fechar os olhos...” (E9)</p>
		Gestos	<p>“Nós dizemos sempre: “Se se quiser referir a si aponte com o dedo”, quando eles podem.” (E4)</p> <p>“Comunicamos (...) por gestos...” (E8)</p> <p>“... usamos algumas estratégias em que negociamos o apertar a mão...” (E9)</p> <p>“Combinamos com o doente estratégias de apertar a mão para nos responder com sim e não...” (E10)</p> <p>“... o enfermeiro diz-lhe: Aponte para onde dói!” (O1)</p> <p>“Pede ao doente para apontar onde lhe dói;” (O9)</p>
		Acenar a cabeça (sim/não)	<p>“... pedimos para responder com um sim com um não (E3)</p> <p>“Ou então comesças por pedir para acenar a cabeça...” (E4)</p> <p>“...pedimos ao doente que acene com a cabeça para nos responder com sim ou não às questões que colocamos.” (E8)</p> <p>“...conseguimos incentivá-lo a responder-nos só com um sim ou um não...” (E9)</p>

			<p><i>“Faz várias questões pedindo ao doente que responda com sim/não acenando com a cabeça” (O2)</i></p> <p><i>“... solicitando ao doente que responda com um sim/não acenando com a cabeça...” (O6)</i></p> <p><i>“Utiliza frases simples e pede ao doente responder com um sim/não, acenando a cabeça;” (O9)</i></p>
--	--	--	---

Área Temática	Categoria	Unidades de Registo
Sugestões para otimizar a comunicação	Potencializar recursos materiais	<p>“... a disponibilidade de outro tipo de materiais...” (E1)</p> <p>“Podíamos era arranjar estes recursos materiais, o quadro, as letras, porque o que anda aí está um bocadinho desfalcado...” (E3)</p> <p>“... podemos deixar sempre aí um I-pad para o doente escrever ou qualquer coisa para apontar.” (E6)</p>
	Formação em serviço	<p>“... formação para interpretação da expressão facial.” (E2)</p> <p>“... formação a nível hospitalar(...)comunicação não verbal.” (E2)</p> <p>“... linguagem gestual(...)Todos nós devíamos aprender a linguagem gestual.”(E2)</p> <p>“... tentar despertar-nos, ou pelo menos tentar relembrar-nos a importância da comunicação.” (E3)</p> <p>“Trabalhar a comunicação verbal e a comunicação não-verbal é sempre necessário.” (E7)</p> <p>“A comunicação não verbal, apesar de a gente investir é sempre uma coisa que quer alguma formação ou estratégias de comunicação não verbal, com estratégias eficazes.” (E10)</p>
	Ouvir relatos de experiências	<p>“...só depois de extubado é que conseguimos perceber que essa era a grande preocupação dele, era isso que ele queria.” (E1)</p> <p>“...os doentes quando acordam também nos contam o que queriam quando estavam ventilados.” (E4)</p> <p>“Depois de ser extubado é que nos explicou...” (E4)</p> <p>“...alguns doentes que nos falam das partilhas ou de outra coisa qualquer e que só conseguimos saber isso quando o conseguimos extubar...” (E6)</p> <p>“... acho importante é saber a opinião dos doentes (...) São os que sentem mais na pele.” (E7)</p>