



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Diana Raquel de Oliveira Borges

A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira
e coorientação da
Mestre Arminda Vieira

Abril de 2015

AGRADECIMENTOS

Embora esta dissertação seja o resultado de um esforço pessoal, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Mestre Arminda Vieira, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela partilha de saberes, pelas sugestões e pelo profissionalismo, os quais promoveram o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os enfermeiros e familiares que participaram neste estudo, pela colaboração, pelo acolhimento e pela disponibilidade demonstrada, tornando possível a sua realização.

À minha mãe e ao Miguel, por toda a paciência, a compreensão, o encorajamento, o amor e o apoio incondicional que me proporcionaram nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos meus amigos, pela compreensão da minha ausência durante a elaboração deste estudo, pelo carinho, pela força constante e pela amizade demonstrada.

A todos vós, o meu sincero Obrigado!

“...A simples possibilidade de se exprimir só por si alivia a pessoa; com efeito um sofrimento comunicado, é um pouco como um sentimento dividido...”

(Cheveau)

RESUMO

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos constitui um evento inesperado que envolve repercussões não só a nível individual, como familiar. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro percecione a família da pessoa em situação crítica como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz.

O processo de comunicação constitui, assim, um elemento essencial do cuidado de enfermagem à família, no ambiente intensivo, não só pela sua importância na relação terapêutica estabelecida, como pelo facto de constituir um favorável indicador da qualidade e humanização dos cuidados prestados.

Face a esta problemática pretendemos compreender o processo de comunicação enfermeiro-família, em contexto de cuidados intensivos, de modo a contribuir para uma melhor intervenção nesse âmbito.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo qualitativo, de carácter exploratório, descritivo e com características fenomenológicas. A recolha de dados foi realizada através da observação participante e da entrevista semi-estruturada, dirigidas a um grupo de enfermeiros e familiares de uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital central da região norte. Os dados obtidos foram analisados com recurso à análise de conteúdo.

Dos resultados obtidos emergiram as seguintes conclusões: o enfermeiro comunica com a família do doente utilizando a comunicação verbal e não-verbal e através de atitudes comunicacionais; o âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros vai de encontro às necessidades de informação sentidas pela família, a qual tem uma opinião positiva acerca da informação transmitida, considerando a linguagem utilizada pelo enfermeiro bastante perceptível; a comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro, bem como o conteúdo da informação proporcionada constituem os aspetos considerados significativos no processo de comunicação enfermeiro-família; e existem diversos fatores que interferem, de forma positiva e negativa, no processo de comunicação enfermeiro-família, os quais se relacionam com o familiar, com o enfermeiro e com a dinâmica do serviço.

Palavras-chave: Enfermagem; cuidar; comunicação; família; cuidados intensivos.

ABSTRACT

The admission in an Intensive Care Unit is an unexpected event which affects not only the patient but also his family. Therefore is essential have the patients' family as subject of nursing care. Nurses might perceive the family as a whole, identifying their needs through the establishment of a therapeutic relationship, based on an efficient communication.

Thereby, the process of communication represents a main element of the nursing care towards the family in a intensive care environment, not only for its relevance during the therapeutic relationship but also being a favourable indicative of the quality and humanization of the care.

In light of this subject we aim at understanding the nurse-family communication process inserted in critical care, in order to contribute for a improved nursing intervention in that field.

Thus, we have conducted a qualitative study, with exploratory, descriptive and phenomenological design. The data collection was held by participant observation and a semi structured interview, applied to a group of nurses and relatives of a Critical Care Unit in the Northern Region Central Hospital. The data obtained were analyzed by analysis of content.

From the results the following conclusions emerged: the nurse communicates with the patients' family by verbal and non-verbal communication and through communicational attitudes; the information given by the nurses meets the families' information needs, who has a positive opinion about the transmitted information and consider the language used by the nurses perceptible; the non-verbal communication and the nurses communicational attitudes as also the information given are considered significant during the communication nurse-family process, which are affected positively and negatively by many factors associated with the family, the nurse and the intensive care dynamics.

Keywords: Nursing care; communication; family; intensive care unit

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. A Comunicação – do Conceito ao Processo	16
2. A Comunicação em Saúde	19
2.1. A Partilha de Informação	20
2.2. O Cuidar em Enfermagem e as Competências Comunicacionais	22
3. A Comunicação com a Família em Cuidados Intensivos	29
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	40
1. Da Problemática aos Objetivos	41
2. Tipo de Estudo	42
3. Contexto e Participantes do estudo	43
3.1. O Contexto	44
3.2. Os Participantes	45
4. Procedimentos de Recolha de Dados	47
5. Tratamento de Dados	50
6. Considerações Éticas	52
CAPÍTULO III – A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	54
1. Modos de Comunicação Enfermeiro-Família	57
2. Âmbito da Informação Proporcionada pelos Enfermeiros à Família	60
3. Opinião da Família sobre a Informação Transmitida pelos Enfermeiros	63

4. Necessidades de Informação Sentidas pela Família	65
5. Aspectos Significativos do Processo de Comunicação Enfermeiro-Família	66
6. Fatores que Facilitam a Comunicação Enfermeiro-Família	70
7. Fatores que Dificultam a Comunicação Enfermeiro-Família	73
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	114
Anexo I – Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo	115
APÊNDICES	120
Apêndice A – Guião da Observação Participante	121
Apêndice B – Guião da Entrevista aos Enfermeiros	123
Apêndice C – Guião da Entrevista aos Familiares	126
Apêndice D – Declaração de Consentimento Informado entregue aos participantes	129
Apêndice E – Análise de Conteúdo	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo cibernético da comunicação humana	17
Figura 2 – Teoria das transições	31
Figura 3 – Modos de comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias	57
Figura 4 – Âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros à família – categorias e subcategorias	61
Figura 5 – Opinião da família sobre a informação transmitida pelos enfermeiros – categorias	63
Figura 6 – Necessidades de informação sentidas pela família – categorias	65
Figura 7 – Aspectos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias	66
Figura 8 – Fatores que facilitam a comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias	70
Figura 9 – Fatores que dificultam a comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias	73

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros entrevistados	46
Quadro 2 – Caracterização dos familiares entrevistados	47
Quadro 3 – A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos – áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo	55

SIGLAS E ABREVIATURAS

E – Enfermeiro

F – Familiar

O – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a utilização de técnicas de diagnóstico e tratamentos decisivos na recuperação dos doentes. Assumem-se como serviços especializados, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais treinados, através de equipamento sofisticado e com base em protocolos específicos para cada intervenção.

O internamento neste tipo de unidades pode provocar alterações, não só na pessoa em situação crítica, como na sua família, acarretando mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis, e implicando um processo de adaptação.

Perante esta realidade torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de uma unidade cuidados intensivos, em compreender a singularidade de cada família, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de coping, de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase de vida.

Assim, a família deve ser considerada, pela equipa multidisciplinar, como uma continuidade da pessoa doente, a qual também necessita de cuidados que minimizem a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentidas, de forma a ser capaz de fornecer o suporte adequado ao seu familiar.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

Neste sentido, embora a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) possua um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização dos cuidados prestados, demonstrada pela atitude relacional dos enfermeiros com o doente e os seus familiares. De acordo com Pereira (2008, p.17), “as relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa lógica de atendimento das necessidades de pessoas únicas, que precisam de alguém que as cuide e trate”. De modo a responder a tais necessidades, os enfermeiros dispõem de um instrumento extremamente válido, a comunicação, considerada a essência do cuidado humano.

De facto, pensar nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito da relação terapêutica estabelecida com a família do doente.

É através do processo de comunicação com a família, o qual supõe a existência de um equilíbrio entre a comunicação verbal e não-verbal, que os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica eficaz, promovendo a qualidade e a humanização dos cuidados prestados. Saiote e Mendes (2011, p.224) corroboram esta perspetiva, afirmando que “a comunicação e a partilha de informação assumem uma centralidade incontornável na prática de enfermagem, quer no trabalho com os pares, quer com os doentes e familiares, pois só desta forma conseguem assegurar a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados”.

A comunicação representa, assim, a base e o fundamento da relação enfermeiro-família na UCI, constituindo o principal mecanismo de partilha de experiências, de sentimentos e de perceções, bem como de esclarecimento, de interação e de conhecimento.

No entanto, numa UCI, a presença de doentes habitualmente em estado grave, conduz a que os profissionais de enfermagem priorizem as intervenções do domínio técnico, relegando para segundo plano as de cariz relacional, nomeadamente a comunicação com a família. Assiste-se, assim, a um cuidar mais tecnológico e centrado, maioritariamente, na doença.

Esta atitude é justificada, na opinião de Saiote e Mendes (2011) e Santos e Silva (2006), pela existência de diversos factores associados ao contexto de uma UCI, que dificultam o processo de comunicação enfermeiro-família, nomeadamente o espaço físico inadequado, a carga de trabalho, a falta de tempo para comunicar, entre outros.

De acordo com Saiote (2010), um dos aspetos que motiva maior insatisfação por parte dos familiares, relativamente aos serviços de saúde, é a falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada no momento oportuno. Neste contexto, a comunicação torna-se o elemento chave para o fornecimento atempado de informação útil, por parte do enfermeiro, à família da pessoa em situação crítica.

A importância da comunicação é evidenciada em vários estudos realizados acerca das necessidades sentidas pela família dos doentes internados em UCIs, nos quais se concluiu que a necessidade dominante é a de informação, sendo a mais referida pelos

participantes (Maruiti e Galdeano, 2007; Millar in Rosário, 2009; Morgon e Guirardello, 2004; Siddiqui, Sheikh e Kamal, 2011).

No entanto, através da revisão da literatura, encontramos poucos estudos realizados a nível nacional, que abordem a perspetiva do familiar acerca da comunicação com os enfermeiros, no contexto da UCI. Por outro lado, a comunicação é uma área que necessita de maior investimento a nível da formação dos profissionais de enfermagem, não sendo habitualmente objeto de reflexão e de discussão.

Neste sentido, alguns contributos teóricos e empíricos no domínio da comunicação com a família, bem como a realidade da nossa prática profissional e uma certa inquietação relativa à temática, conduziram à reflexão e ao interesse de realizar um estudo que incidisse sobre a comunicação enfermeiro-família, em contexto de cuidado intensivos, na perspetiva do enfermeiro e do familiar.

O presente estudo tem, assim, como principal objetivo compreender o processo de comunicação enfermeiro-família, no contexto de uma UCI. A partir deste objetivo geral delineamos os seguintes objetivos específicos:

- ❖ Perceber o modo como os enfermeiros comunicam com a família dos doentes internados numa UCI;
- ❖ Descrever a informação proporcionada pelos enfermeiros da UCI aos familiares;
- ❖ Identificar as necessidades de informação sentidas pela família do doente, em cuidados intensivos;
- ❖ Identificar os aspetos significativos no processo de comunicação enfermeiro-família, numa UCI;
- ❖ Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família, em cuidados intensivos.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, os quais traduzem o percurso da investigação. No primeiro capítulo apresentamos o referencial teórico que sustenta a problemática em estudo, sendo feita uma abordagem em torno do processo de comunicação em saúde, das competências comunicacionais no cuidar em enfermagem e da comunicação com a família em cuidados intensivos. No segundo capítulo expomos todo o percurso metodológico, apresentando a problemática e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, o contexto e os participantes do estudo, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as considerações éticas. A apresentação e análise dos dados

obtidos constituem o terceiro capítulo, seguido pelo quarto capítulo, no qual procedemos à discussão dos resultados. No quinto e último capítulo apresentamos as principais conclusões do estudo e as perspectivas futuras.

Acreditamos que este estudo se reveste de particular importância para a compreensão do valor da comunicação com a família da pessoa em situação crítica, no âmbito de uma UCI, potenciando um contributo para a obtenção de ganhos em saúde, resultantes do desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro, e para a, conseqüente, melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo iremos proceder à contextualização da temática em estudo, abordando os domínios que envolvem o processo de comunicação em enfermagem, bem como a sua importância no âmbito da prestação de cuidados em UCI.

1. A COMUNICAÇÃO – DO CONCEITO AO PROCESSO

A comunicação é uma atividade humana básica e essencial à vida, desempenhando um papel de extrema importância em todo o processo de desenvolvimento humano. Como refere Lourenço (2012, p.22), “a comunicação é um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro”. Assim, verificamos que a comunicação e a existência são conceitos inseparáveis.

De acordo com Esteves (2012, p.113), a comunicação é fundamental para o relacionamento humano e constitui “um processo interactivo onde cada elemento modifica e manipula o significado dos factos, podendo atribuir-lhes uma nova interpretação, mudar a sua conduta ou direcção”.

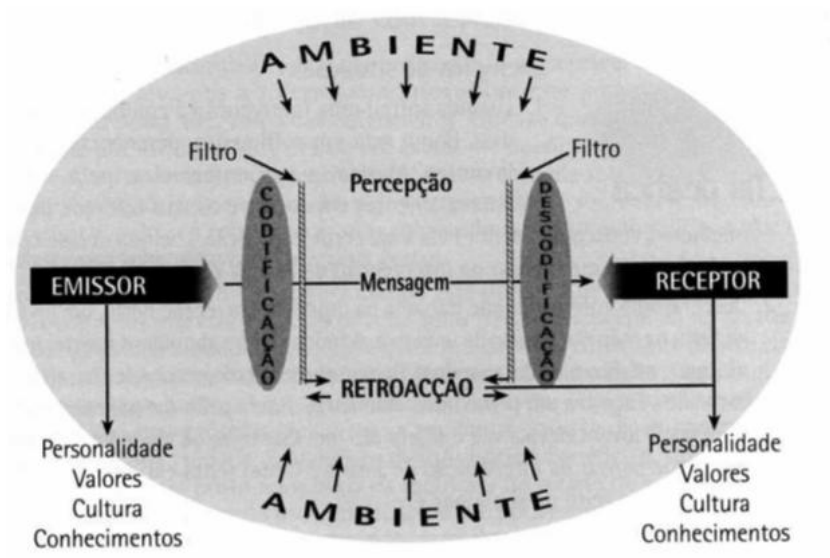
O Homem é um ser eminentemente social, pelo que a comunicação é de particular importância na relação entre as pessoas e é parte integrante de todo o percurso de uma vida. É o meio pelo qual as pessoas participam no mundo em que vivem, propiciando a partilha de experiências. Desta forma, o processo de comunicação consiste em compreender e partilhar mensagens emitidas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e a sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas (Stefanelli e Carvalho, 2005).

As referidas autoras afirmam que o processo de comunicação se inicia sempre por alguém (emissor) com necessidade de transmitir um conteúdo (mensagem). O emissor sente-se, então, estimulado a iniciar um contacto interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo da sua informação para outra pessoa (recetor). Este por sua vez reagirá à mensagem recebida apresentando a sua reacção (resposta), a qual constituirá um novo estímulo para a continuação da comunicação. Deste modo, os papéis do emissor e do recetor alternam-se de forma contínua e circular, tornando o processo comunicacional dinâmico.

Ao longo do processo comunicacional, cabe ao recetor descodificar toda a mensagem transmitida, verbal e não-verbal, atribuindo um sentido aos pensamentos e sentimentos comunicados pelo emissor. No entanto, o ambiente em que as pessoas interagem influencia decisivamente a qualidade da comunicação, na medida em que pode afetar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das ideias (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Um dos processos mais conhecidos para estudar a comunicação é o modelo cibernético de Phaneuf (2005), o qual podemos observar na Figura 1.

Figura 1 – Modelo cibernético da comunicação humana (adaptado de Phaneuf, 2005, p.26)



Através deste modelo verificamos que o processo comunicativo não ocorre de forma isolada, sendo influenciado pelo ambiente e pelas características de cada interlocutor, nomeadamente a personalidade, os valores, a cultura e o conhecimento, que funcionam como um filtro, condicionando a forma como é codificada a mensagem. O carácter cibernético é atribuído à comunicação, na medida em que o emissor numa primeira fase transmite uma mensagem ao recetor, que por sua vez irá decifrar o seu conteúdo e responder ao emissor (retroação), invertendo-se assim o papel dos interlocutores (o emissor, torna-se recetor e o recetor, emissor). Caso o recetor não responda ao emissor vai verificar-se uma rutura no diálogo estabelecido. Para que esta situação não ocorra, o recetor poderá utilizar não só a linguagem verbal como a não-verbal, demonstrando interesse em continuar o diálogo pré-estabelecido. Logo podemos afirmar que para

estabelecer uma comunicação eficiente entre duas pessoas é necessário estabelecer um diálogo em que a mensagem deve ser relançada entre o emissor e o recetor, independentemente do tipo de linguagem utilizado (Phaneuf, 2005).

De acordo com a autora, existem vários fatores que podem influenciar o processo de comunicação positiva ou negativamente, nomeadamente, a postura e as atitudes corporais, os gestos, a expressão facial, o contacto visual, a voz, a distância ou proximidade, o silêncio, o toque, as características físicas, os limites dos sentidos, o nível de educação, as diferenças culturais, os valores, a religião, os preconceitos e estereótipos sociais, a língua falada, a diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social.

Neste sentido, a comunicação humana é um processo de interação, no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão de acordo com as suas experiências, crenças e valores.

Desta forma, podemos afirmar que a comunicação constitui um processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. Como refere Phaneuf (2005, p.22), “comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo”, sendo que na opinião da autora, “pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p.82).

No entanto, a comunicação não passa só pelas palavras, mas também pelas mensagens não-verbais que as acompanham. De facto, as mensagens podem ser transmitidas através da linguagem verbal e não-verbal. A comunicação verbal é conseguida pela escrita ou pela palavra falada, num código compreendido mutuamente pelo emissor e recetor. Por outro lado, na comunicação não-verbal as mensagens são emitidas através da linguagem corporal, nomeadamente expressões faciais, postura corporal, gestos ou simplesmente a forma de olhar o outro (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Verificamos, assim, que o fenómeno da comunicação se traduz em duas componentes distintas mas indissociáveis, a comunicação verbal e a não-verbal, pelo que “a linguagem corporal acompanha o nosso quotidiano de palavras” (Pereira, 2008, p.59).

A linguagem não-verbal permite a expressão de sensações, emoções e sentimentos, a confirmação e reforço das palavras, bem como o estabelecimento e manutenção dos laços significativos com os outros. O sentido desta mensagem é reforçado por Phaneuf (2002, p.68), afirmando que “a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras.”

Neste sentido, “a informação não-verbal é superior à informação verbal, o seu impacto é imediato. Quer seja consciente ou inconsciente, intencional ou não intencional, ela não pode ser anulada por palavras” (Phaneuf, 2005, p.69).

2. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A evolução tecnológica e terapêutica permitiu novos desenvolvimentos na saúde, tendo-se verificado, também, uma grande evolução noutra domínio fundamental na prestação de cuidados de saúde, a comunicação. Recentemente, a comunicação em saúde passou a integrar o campo de conhecimentos da enfermagem e constitui um longo processo de aprendizagem para os enfermeiros (Saiote, 2010).

Stefanelli e Carvalho (2005) defendem que os conceitos de comunicação, saúde e enfermagem se interpõem, não se podendo falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação. Como tema transversal em saúde, a comunicação assume uma extrema relevância em contextos diferentes, especialmente na relação enfermeiro/doente/família.

A comunicação em saúde refere-se ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades, no sentido de promoverem a sua saúde. Assume-se, assim, “como um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-percetuais, os quais permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra” (Lourenço, 2012, p.23).

A comunicação constitui, de facto, uma das componentes centrais da área da saúde, sendo essencial para um desempenho com qualidade. Como afirma Pereira (2008, p.17) “é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde”.

Desta forma, é fundamental que a comunicação em saúde seja clara, compreensível, credível e principalmente personalizada, isto é, adequada às necessidades de informação do doente naquele momento e adaptada ao seu nível cultural e capacidades cognitivas.

O processo comunicacional em saúde assume, assim, uma extrema importância, na medida em que pode influenciar significativamente a satisfação dos doentes/familiares, a sua adaptação psicológica à doença, os seus comportamentos de adesão e a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.1. A Partilha de Informação

No âmbito dos cuidados de saúde, o fornecimento de informação torna-se uma questão essencial. Por um lado temos os doentes que necessitam de informação, tentando adquiri-la de variadas formas, e por outro a obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes sobre o seu estado clínico.

No que se refere ao exercício do princípio da autonomia, o enfermeiro deve, de forma clara, informar o doente acerca do seu estado de saúde, verificando a compreensão da informação e avaliando a vontade do doente, para que este seja capaz de tomar uma decisão, ou seja, o cumprimento do processo de consentimento informado.

De facto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2011) defende que a compreensão da informação de saúde, enquanto instrumento para a tomada de decisão, insere-se no respeito pela autonomia da pessoa e no respeito pelos seus familiares, bem como na responsabilidade dos profissionais de saúde pela proteção dessa mesma informação, através do dever de confidencialidade e privacidade. Esta entidade, através do Parecer sobre Informação de Saúde e Registos Informáticos de Saúde, afirma que a informação em saúde inclui todo o tipo de informação disponível relativa à saúde de uma pessoa, doente ou saudável, nomeadamente dados clínicos registados, resultados de análises ou exames, dados de risco familiar, diagnósticos clínicos, intervenções terapêuticas entre outras. Mesmo após o falecimento da pessoa, o conceito de informação de saúde deverá manter-se.

Inserida na proteção dos direitos humanos, encontra-se a promoção do respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação, assegurando a sua confidencialidade e

segurança, bem como, do respeito à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados de saúde prestados.

Neste contexto, o ponto 6 da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Direção Geral da Saúde, 2011) menciona que o doente tem direito a ser informado, de forma clara, sobre a situação de saúde, tendo sempre em conta a sua personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas. Esta informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico, ao prognóstico, aos tratamentos adequados e aos possíveis riscos. O mesmo documento refere, também, que o doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

Da mesma forma, o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº111/2009), no seu artigo 84º, contempla o Dever de Informação, o qual reforça que o profissional de enfermagem, no respeito pelo direito à autodeterminação, tem o dever de informar o doente e familiares no que respeita aos cuidados de enfermagem prestados, responder e explicitar com responsabilidade todas as dúvidas relacionadas e fazer referência aos recursos de saúde disponíveis e o acesso aos mesmos, enquadrando-se deste modo a comunicação como parte integrante das suas funções. O direito à informação, na perspectiva de Zussman (1992), não pertence apenas ao doente, mas também à família, que durante o internamento passa a ser portadora dos direitos do doente.

De facto, a hospitalização gera, além de um medo irracional, um elevado grau de incerteza no que concerne à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e sobretudo prognóstico. Assim, os familiares vêm-se obrigados a obter informação de modo a que esta os ajude a terem acesso ao que se passa com o doente, permitindo a redefinição dos seus objetivos de vida.

Segundo Phaneuf (2005, p.462), a família tem necessidade de informação para “compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É portanto normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber conforto e informações”. A informação fornecida pelos enfermeiros aos doentes/familiares é considerada como uma componente indispensável na relação entre ambos, no qual a comunicação aberta e clara é primordial para uma interação de sucesso.

No entanto, os profissionais de saúde e os doentes/familiares atribuem diferentes significados à informação. Daí a existência de uma divergência entre estes indivíduos quando se questiona se a informação prestada na saúde é adequada ou não. Enquanto os enfermeiros defendem, frequentemente, que a informação é adequada, familiares e doentes manifestam desagrado na informação fornecida, considerando-a muitas vezes inadequada, incompleta, ambígua e pouco clara. Importa também referir que, por vezes, a informação exigida pelos familiares coloca os enfermeiros num dilema ético. Os doentes e os familiares têm o direito de saberem toda a verdade sobre a sua situação clínica, no entanto, o enfermeiro nem sempre está apto para dar estas informações, remetendo-se muitas vezes ao silêncio e noutras para o domínio médico (Saiote, 2010).

Phipps, Sands e Marek (2003) referem que uma das necessidades mais importantes reconhecida pelos familiares em todos os períodos de doença é a de informação. Neste sentido, a enfermagem, enquanto profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve preocupar-se em atender as necessidades dos doentes e familiares, desenvolvendo uma comunicação competente e proporcionando um cuidado humanizado.

2.2. O Cuidar em Enfermagem e as Competências Comunicacionais

A prática de cuidados é, indubitavelmente, a mais antiga prática da humanidade, como nos afirma Collière (1999). Segundo esta autora, cuidar é, não só, um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas também um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Na verdade, o cuidar faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana. O cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado, envolve uma filosofia de compromisso moral direcionada para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade. Os referenciais teóricos do paradigma do cuidado defendem o cuidar como uma característica humana, componente primordial no ser humano, comum e inerente a todos os povos; como um imperativo moral, relativo à dignidade e respeito pelo outro; como um afeto, sentimento de compaixão, ou como uma interação interpessoal, na qual a comunicação, confiança, respeito e empenho estão subjacentes (Souza [et al], 2005).

A orientação para o cuidar é, de facto, uma orientação holística, uma vez que, além de atender à cura, considera a pessoa na sua globalidade, tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos, espirituais e socioculturais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar. Este cuidar holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida através de uma abordagem individual, direcionada para a pessoa que é vista como um todo unificado e significativo (Watson, 2002).

Neste âmbito, torna-se fundamental relacionar o cuidar com a prática de enfermagem, na medida em que este é visto como o ideal moral da disciplina, consistindo em valores dirigidos para a proteção, promoção e preservação da dignidade humana, ajudando a pessoa a encontrar um sentido na sua própria existência.

Desta forma, o cuidar constitui um domínio que orienta a prestação de cuidados de enfermagem, traduzindo um elevado nível de empenho quando baseado em conhecimentos. Este empenho é necessário para o enfermeiro dar resposta às diferentes situações com as quais se depara na sua prática profissional. Para tal, deve equacionar em simultâneo um conjunto de variáveis complexas, nomeadamente equacionar-se a si próprio enquanto pessoa e profissional, bem como equacionar o contexto e o objeto da sua ação. Esta capacidade complexa e dinâmica de resposta é denominada, por vários autores, de competência (Briga, 2010).

De acordo com Phaneuf (2005), a competência inclui capacidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afetivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. No que respeita aos cuidados de enfermagem, a competência refere-se a um conjunto integrado que supõe a mobilização de capacidades cognitivas e socio-afetivas, de saberes teóricos e organizacionais, bem como de habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, permitindo, assim, ao enfermeiro exercer a sua função ao nível da excelência.

No entanto, a competência em enfermagem revela-se um conceito bastante complexo, na medida em que supõe uma junção de múltiplas dimensões, nas quais os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interligam e se sustentam entre eles. Como a autora acima referida afirma (p.4), “a competência é tecida com numerosos fios cuja trama é consolidada pela certeza que ela desenvolve de poder recorrer, na sua bagagem pessoal de capacidades, de conhecimentos e de experiências, aos elementos necessários à resolução dos problemas de cuidados que encontra”.

A reflexão sobre as nossas experiências e os caminhos traçados é fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que permite um estudo mais aprofundado da nossa individualidade e acentua a ideia de que a nossa formação parte de nós próprios. Assim, o aumento das nossas competências na prestação de cuidados de enfermagem é conseguido através da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, bem como da capacidade de olhar, analisar, discutir e avaliar a nossa prática, ou seja, a capacidade de nos questionarmos a nós próprios.

O conceito de competência em enfermagem afirma-se, assim, na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. Enquanto a combinação dos saberes científicos, organizacionais e técnicos é necessária para o tratamento da doença, as qualidades pessoais do enfermeiro, nomeadamente de empatia, são imprescindíveis para cuidar a pessoa.

Gameiro (2003) defende que o cuidar constitui a essência no campo da competência específica da enfermagem e que ninguém exerce enfermagem, nem como arte, nem como ciência, sem comunicar eficientemente. A comunicação no cuidar deve ser holística, considerando a pessoa como um todo e evidenciando respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo alvo de intervenções de enfermagem.

Desta forma, torna-se fundamental que cada enfermeiro invista no desenvolvimento de competências comunicacionais, na medida em que a comunicação se assume como a essência do cuidar, tornando possível a prestação de cuidados de enfermagem humanizados, interdisciplinares, competentes e personalizados (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Segundo Pereira (2008, p.18), “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem”. É através da comunicação que se obtém esta partilha de informação, tornando-se essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A comunicação possibilita, assim, a interação entre o enfermeiro e o doente/família, proporcionando o estabelecimento de um relacionamento humano que permita atingir os objetivos dos cuidados de enfermagem.

A comunicação no âmbito da saúde deve ser terapêutica, uma vez que objetiva o cuidado, favorecendo, através deste, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada. A comunicação assume-se, assim, como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tal, o enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir capacidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na prestação de cuidados ao doente (Bertone, Ribeiro e Guimarães 2007).

Neste contexto, emerge o conceito de comunicação terapêutica, isto é, a competência do enfermeiro em aplicar os conhecimentos sobre a comunicação humana, no sentido de ajudar o outro a descobrir e utilizar as suas capacidades. A comunicação terapêutica com o doente/família permite identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados aos factos ocorridos, na tentativa de os ajudar a encontrar maneiras de manter ou restabelecer a saúde (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Outros autores reforçam que a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Briga, 2010).

Na opinião de Riley (2000), a comunicação terapêutica é o suporte da relação de ajuda, com a qual o enfermeiro se desenvolve, conhecendo-se melhor e ajudando a pessoa a desenvolver-se também. Segundo a mesma autora, a relação de ajuda distingue-se das relações de carácter social, no sentido em que é estabelecida em benefício do doente e com o intuito de o ajudar a alcançar e manter um nível ótimo de saúde.

A comunicação, ao constituir um veículo para o estabelecimento de uma relação de ajuda, é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo fundamental para o sucesso das intervenções de enfermagem. Como refere Phaneuf (2005), a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta base para o estabelecimento da relação de ajuda.

A mesma autora defende que a relação de ajuda exige ao enfermeiro uma tomada de consciência das suas estratégias de comunicação, uma vontade de aperfeiçoar a sua forma de se relacionar, de desenvolver certos comportamentos privilegiados e de se

atualizar enquanto ser humano. Quando aplicada adequadamente, este tipo de relação confere aos cuidados de enfermagem uma eficácia e uma qualidade humana, bem como um carácter de profissionalismo e uma melhor visibilidade do papel do enfermeiro.

Desta forma, a enfermagem constitui, essencialmente, uma profissão de ajuda, na qual se exerce a ação junto da pessoa através da relação de ajuda. Esta relação tem por objetivo dar ao doente/família a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir o que quer e/ou deve mudar.

No processo de convivência entre o enfermeiro e o doente/família, ambos experimentam um conjunto de fenómenos, sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir beneficemente no processo de comunicação, nomeadamente a empatia, o respeito mútuo e a confiança. De acordo com Stefanelli e Carvalho (2005) estes constituem três elementos chave do processo comunicativo, permitindo que a comunicação interpessoal seja efetiva, terapêutica ou adequada.

No entanto, a mesma autora defende que o processo de comunicação pode ser afetado por vários fatores, denominados de variáveis, os quais podem beneficiar ou prejudicar a compreensão das mensagens e a, conseqüente, evolução adequada do processo. As variáveis referidas são: o enfermeiro e o doente, o ambiente/contexto, a linguagem utilizada, a disponibilidade de ambos e o sentido de oportunidade do profissional.

Relativamente à primeira variável, Stefanelli e Carvalho (2005, p.36) afirmam que “enfermeiro e paciente são seres humanos e, como tais, são únicos, singulares em suas peculiaridades”. Assim, é fundamental que o enfermeiro considere as características do doente, percebendo-as e interpretando-as fielmente, bem como avaliando a forma como estas influenciam a maneira de ser do doente. Por outro lado, o profissional de enfermagem deve conhecer a sua singularidade como ser humano e estar consciente de como esta afeta a sua competência comunicacional ou interpessoal e, conseqüentemente, a sua comunicação com o outro.

A comunicação também é influenciada pelo contexto/ambiente em que as pessoas comunicam, podendo estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. O ambiente engloba o espaço físico (mobiliário, iluminação, temperatura, ruídos), bem como as pessoas envolvidas e a respetiva cultura, crenças e valores. A existência de um ambiente familiar ao doente facilita o processo comunicacional, uma vez que afasta o medo de

situações desconhecidas e promove o sentimento de segurança e confiança em relação ao profissional de enfermagem.

No que respeita à linguagem utilizada na comunicação, as autoras acima referidas defendem que esta deve ter um significado comum, de forma a ser apreendida e compreendida pelos envolvidos. Neste sentido, o enfermeiro deve utilizar um vocabulário compreensível, tentando ser o mais claro possível no uso das palavras e na inflexão da voz.

O sucesso do processo comunicacional também depende da disponibilidade das pessoas envolvidas. É importante que o enfermeiro perceba quais os momentos mais propícios para atender o doente e a família, a fim de lhes dedicar atenção centrada nas suas necessidades e problemas, reduzindo ao máximo possíveis interrupções que possam prejudicar a expressão e compreensão das mensagens. O profissional de enfermagem deve colocar-se à disposição do doente/família, tendo em conta o tempo disponível de ambos.

Stefanelli e Carvalho (2005) realçam, por fim, a importância do sentido de oportunidade do enfermeiro quando presta informações ao doente/família sobre procedimentos, tratamentos, exames ou rotinas, na medida em que é necessário perceber se estes se encontram aptos para receber tais informações/orientações.

Neste contexto, torna-se relevante referir, também, as funções da comunicação em enfermagem. De acordo com a autora, estas funções consistem na investigação, informação, conhecimento do outro e de si próprio e estabelecimento de um relacionamento significativo.

A função de investigação encontra-se presente quando obtemos dados acerca do doente e da sua família, relativos à doença e fatores envolvidos. Por sua vez, a informação envolve o envio de mensagens novas ao recetor, de acordo com suas as necessidades.

Na prestação de cuidados de enfermagem, que exige uma interação constante com o doente/família, o conhecimento de si mesmo é essencial. Quanto maior é o conhecimento do enfermeiro de si próprio, mais eficiente será na comunicação com o outro, minimizando ou evitando a influência das suas crenças e valores.

Estabelecer um relacionamento significativo com o doente/família é uma das principais funções da comunicação nos cuidados de enfermagem. É através desse relacionamento que o enfermeiro acolhe o doente/família, tendo em conta as suas necessidades,

sentimentos e pensamentos, promovendo, assim, o desenvolvimento das suas capacidades para a recuperação e reintegração na comunidade.

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, a comunicação e as relações interpessoais assumem um papel importante no domínio da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem. Segundo este documento, o enfermeiro inicia, desenvolve e suspende a relação terapêutica estabelecida com o doente e/ou família, através das capacidades interpessoais e de uma comunicação adequada; comunica, de forma consistente, a informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do doente; assegura que a informação fornecida é apresentada de forma apropriada e clara, bem como responde adequadamente às questões, solicitações e problemas do doente/família, no respeito pela sua área de competência. (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Por sua vez, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, publicado pela OE (Regulamento nº 124/2011), atribui unidades de competência específicas e acrescidas, relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais. Tais competências fundamentam, não só, a intervenção no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, mas também, a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou de falência orgânica, demonstrando os domínios de competência do enfermeiro especialista.

Neste sentido, podemos afirmar que na prática de enfermagem a comunicação representa a base e o fundamento das relações enfermeiro/doente/família, constituindo um instrumento básico para a profissão. Encontra-se presente em todas as intervenções realizadas com o doente/família, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Neste sentido, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Como refere Briga (2010, p.23), a comunicação “está presente em todos os momentos da actuação do enfermeiro, pelo que este tem de familiarizar-se com estes pressupostos que fundamentam a importância da competência em comunicação e constituem o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem”.

3. A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Vários autores consideram que a família é a base social dos indivíduos. É através dela que o ser humano aprende a pensar, agir e reagir através de conceitos éticos, morais, religiosos e sociais, construindo, assim, a sua personalidade perante a sociedade em que se encontra inserido. Habitualmente é na família que o indivíduo recebe os valores humanos e éticos, bem como todo o apoio afetivo e psicológico, fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental (Saiote, 2010).

De acordo com Dias (2011, p.141), a família refere-se a um “conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior”. Esta unidade social constitui um sistema dinâmico, composto por vários subsistemas, bem como um processo de integração e interação entre os seus membros.

Na opinião da referida autora, a família, enquanto sistema aberto, assume-se como uma unidade funcional para os seus elementos, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, de forma a manter o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de variados estados de evolução.

Por sua vez, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2003, p.65), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define a família como um “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas”.

Para Phipps, Sands e Marek, (2003, p.154), “a família é tida como aquelas pessoas que o indivíduo doente, ou o seu representante, identifica como família”.

Wright e Leahey (2002, p.68) partilham este ponto de vista, afirmando que “família é quem os seus membros dizem que são”. As autoras consideram, assim, que na definição de família, o importante é o respeito pelas ideias relativas aos relacionamentos significativos e às experiências de saúde/doença.

Neste sentido, comprovamos que existe sempre um elemento de referência para o doente, podendo este ser um familiar ou um acompanhante significativo, independentemente da existência de laços de consanguinidade ou parentesco.

A família constitui, assim, um sistema social composto por um conjunto de pessoas que interagem entre si, desempenhando um papel insubstituível no desenvolvimento e apoio aos seus elementos. Algumas definições remetem-nos para um conceito de família mais abrangente que inclui, não só os que partilham traços biológicos ou que vivem no mesmo espaço físico, mas também pessoas significativas que são sentidas como família.

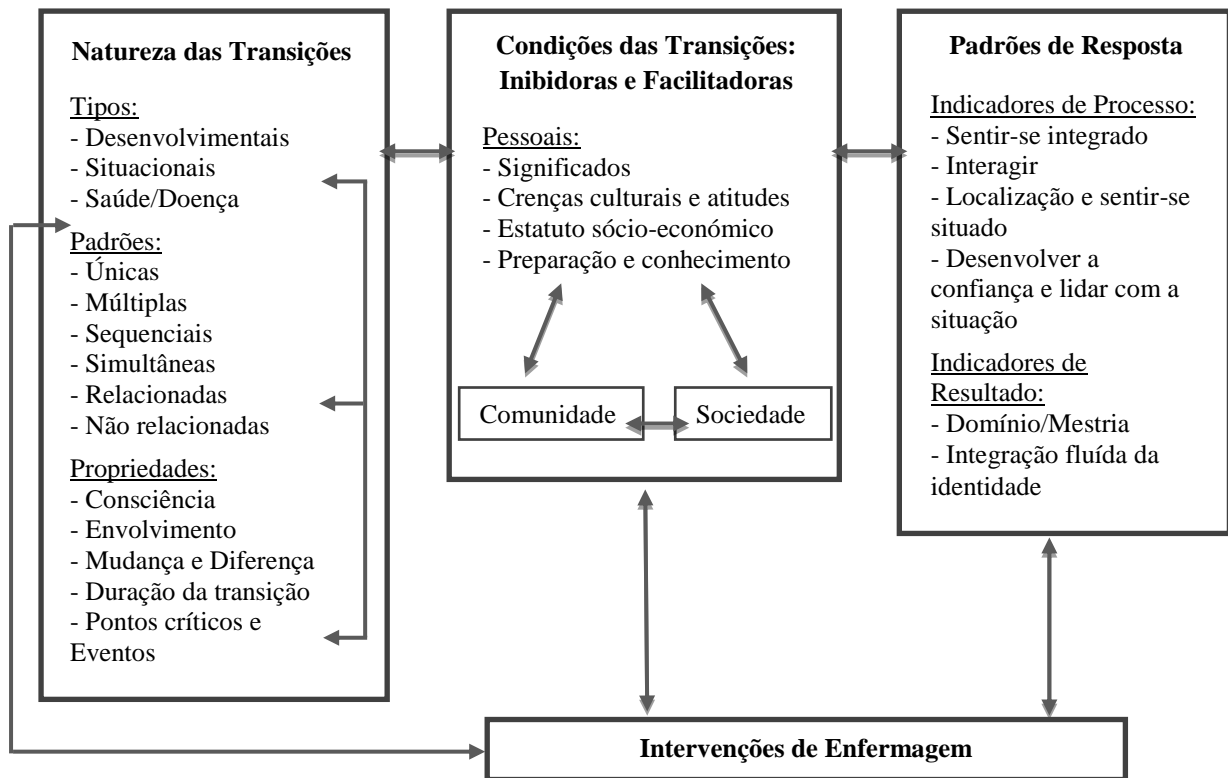
Desta forma, e com base nas diversas conceções de família e da própria vivência familiar de cada um de nós, entendemos a família como um sistema inserido numa multiplicidade de contextos e constituído por pessoas que partilham sentimentos e valores, produzindo laços de interesse e de solidariedade com características e funcionalidades particulares. Para Gameiro in Dias (2011, p. 146), “a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura”.

A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico. Desta forma, a família, como recetora de cuidados, requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde para lidar adequadamente com a situação de doença.

O internamento numa UCI constitui uma mudança que ocorre quer a nível individual quer familiar, denominada de transição, a qual é considerada por Meleis (2010, p.25) como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Este conceito remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, bem como na capacidade de gerir as respostas humanas.

A teoria das transições, apresentada por Meleis [et al.] (2000), abrange três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições das transições (facilitadoras ou inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado), como se pode observar na figura 2.

Figura 2 – Teoria das Transições (traduzido e adaptado de Meleis [et al.], 2000, p.17)



Com base na figura 2 verificamos que as mudanças que ocorrem durante as transições possuem naturezas, condições e padrões de resposta específicos. Os padrões de transição incluem transições únicas ou múltiplas, as quais podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente, de acordo com o grau de sobreposição entre as transições e a natureza das relações entre os diferentes eventos que a despoletaram (Meleis [et al.], 2000).

Segundo Zagonel (1999), as condições condutivas aos processos de transição estão, geralmente, associadas a três tipos de transição, nomeadamente a desenvolvimental, a situacional e a de saúde-doença, as quais podem gerar instabilidade, produzindo efeitos negativos e profundas alterações no indivíduo. As transições desenvolvimentais referem-se às mudanças previstas ao longo do ciclo vital e as transições situacionais incluem eventos quotidianos esperados ou inesperados que exigem mudança de comportamento. Por sua vez, as transições de saúde-doença caracterizam-se por serem referentes a mudanças súbitas de papel, que resultam da passagem de um estado de saúde/bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica.

No que concerne às propriedades das transições, Meleis [et al.] (2000) realça a importância da percepção e conhecimento do processo de transição pela pessoa (consciência), o nível de envolvimento, as dimensões da mudança, a percepção de ser diferente, a duração da transição e os eventos críticos associados.

O progresso e o resultado da transição são influenciados, de forma positiva ou negativa, pelas condições pessoais, tais como o significado que a pessoa atribui ao evento, a sua cultura e crenças, o estatuto socioeconómico, o conhecimento prévio e a preparação, bem como pelos recursos comunitários e sociais existentes (Meleis [et al.], 2000).

A referida autora defende que as transições saudáveis são evidenciadas pelos padrões de resposta, os quais englobam os indicadores de processo (o grau de envolvimento da pessoa, a interação com a equipa de saúde, a focalização nos objetivos e o desenvolvimento de confiança e de estratégias para lidar com a situação) e os indicadores de resultado (o desenvolvimento de competências e conhecimentos para lidar com novas situações e a reformulação da identidade).

No contexto da UCI, a família do doente experiencia uma transição de saúde-doença, causada pelo internamento do seu familiar, a qual pode ser múltipla e simultânea, dependendo de outras transições que a pessoa está a vivenciar e da existência de relação entre elas. As propriedades da transição, bem como as condições pessoais e sociais vão facilitar ou dificultar o progresso da transição, o qual é caracterizado pelos indicadores de processo e de resultado. Neste sentido, os enfermeiros devem avaliar os indicadores de processo, com o intuito de intervir precocemente e ajudar a família a alcançar resultados satisfatórios, ou seja, obter ganhos em saúde.

Para a família da pessoa em situação crítica, a hospitalização acarreta um conjunto de necessidades complexas, uma vez que existe uma mudança súbita de um estado de saúde para um estado de doença, alterando a qualidade de vida, as rotinas, os papéis e as realizações pessoais.

A integridade da família fica, assim, ameaçada pela separação, pelo medo de perda e pelo próprio ambiente da UCI. A complexidade deste evento vai provocar uma alteração na dinâmica familiar, afetando os padrões de interação, alterando as perspetivas futuras, provocando novas necessidades e sentimentos, bem como conduzindo a mudanças e reestruturações familiares.

Neste contexto, o papel do enfermeiro torna-se fundamental, na medida em que deve avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição da família, a fim de restabelecer a dependência e instabilidade geradas.

De acordo com Saiote (2010), fatores como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar com o familiar, contribuem para o aumento da ansiedade e insegurança da família. Esta situação vai alterar o equilíbrio familiar, dificultando a identificação dos recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise, surgindo, assim, a necessidade de ajuda.

Neste sentido, é essencial que os cuidados de enfermagem não se fundamentem apenas na interação entre o enfermeiro e o doente, mas também na interação entre o enfermeiro e a família, uma vez que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar.

A família tem responsabilidade na evolução do prognóstico da doença, na medida em que desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social e económico aos elementos doentes. Como refere Saiote (2010, p.11), para o doente, “o envolvimento das pessoas significativas ou de um elemento de referência na rotina hospitalar, é um dos factores mais importantes para a sua adaptação à hospitalização com consequentes repercussões na evolução e prognóstico da doença.”.

Assim, o cuidado de enfermagem, baseado num processo de comunicação eficaz, deve ser direcionado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando os fatores que influenciam a transição da pessoa e criando condições para que este seja um processo saudável.

Os pressupostos que devem acompanhar as estratégias do cuidado de enfermagem a uma pessoa em transição baseiam-se na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia e a identificação das necessidades para o cuidado com essa abordagem. É, também, necessário considerar os fatores que intervêm nos processos de transição, nomeadamente, os individuais, os ambientais e as intervenções de enfermagem, as quais incluem as ações preventivas à transição e as estratégias de intervenção ao longo do evento (Meleis [et al.], 2000).

A capacidade de cada família em superar a situação de crise gerada pelo internamento depende, não só da perceção que a família tem da situação da doença e da crise que está

a atravessar, mas também dos mecanismos intrínsecos e extrínsecos que dispõe para lidar, positivamente, com a situação. Os mecanismos extrínsecos englobam todo o apoio que a família dispõem e a que tem acesso, emergindo aqui a importância da intervenção do enfermeiro no decurso destas situações de doença.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro deve funcionar como um processo facilitador da transição, promovendo o bem-estar da pessoa. Assistir a pessoa em processos de transição, facilitando-os no sentido de alcançar um estado de bem-estar, é considerada por Meleis (2010) a função mais importante do profissional de enfermagem.

O cuidado de enfermagem facilitador do processo transicional conduz, assim, à busca de um modelo mais humanista, de totalidade do ser, de integralidade e de interdisciplinaridade, no qual a pessoa deve ser sempre vista de forma holística.

Com base na teoria das transições de Meleis, os cuidados de enfermagem prestados numa UCI têm como objetivo perceber a condição da família da pessoa em situação crítica, detetar as suas necessidades, nomeadamente ao nível da comunicação, e combinar estratégias de comunicação que promovam a sua adaptação ao estado de doença do familiar, otimizando a relação terapêutica e, desta forma, minimizar os efeitos negativos que possam advir do estado de transição saúde/doença.

Torna-se, então, fundamental humanizar o cuidado de enfermagem através da comunicação com a família, numa perspetiva de minimizar os efeitos negativos que advêm do internamento do doente crítico.

Neste sentido, os focos da prestação dos cuidados de enfermagem à família em transição numa UCI, assentam no cuidar, fornecer suporte, incentivar a pessoa a utilizar os seus mecanismos de coping e criar condições para que ocorra uma transição saudável, considerando, sempre, o ser em mudança como um ser holístico e integral.

De acordo com Saiote (2010), as intervenções de enfermagem junto dos familiares devem ter em conta os seus valores, significações, crenças e expectativas, permitindo uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando, assim, a auto-estima e inculcando esperança. Para tal, é essencial que o enfermeiro demonstre segurança, conhecimento teórico/científico, capacidade em ouvir e explicar quando questionado e, principalmente, que envolva a família na prestação de cuidados.

O cuidar da família numa UCI implica, assim, perceber o outro como ele se apresenta, nos seus gestos, falas, conceitos e limitações. Côrte-Real (2007) salienta este aspeto, afirmando que não é suficiente deixar entrar a família na unidade, é necessário apoiá-la e cuidá-la, questionando-a sobre as suas dúvidas, observando os seus comportamentos e compreendendo as suas emoções.

Os equipamentos e procedimentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram o ambiente das UCI's tecnologicamente avançado, integrando as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, técnico e de enfermagem. A finalidade deste tipo de unidades é dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente (Castro, Vilelas e Botelho, 2011).

No referencial do Ministério da Saúde (2003, p.6), as UCI's constituem-se como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.

De facto, a UCI é um serviço onde estão concentrados todos os recursos técnicos e humanos capazes de responder às necessidades dos doentes, cuja situação clínica grave exige cuidados médicos e de enfermagem especializados e ininterruptos. O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, pela pessoa doente e pelas suas famílias.

Urizzi [et al.] (2008) afirmam que a vivência da família de doentes internados numa UCI constitui uma experiência geradora de medo, ansiedade, insegurança e preocupação. As características físicas e estruturais da unidade, nomeadamente, a existência de aparelhos diferenciados e avançados, os constantes alarmes e a instabilidade e gravidade do estado clínico dos doentes, contribuem para a dinâmica intensiva e geradora de tensão para todos os que atuam neste serviço, seja a equipa de enfermagem, o doente ou a família.

Segundo Silveira [et al.] (2005), a necessidade de um cuidar tecnológico imediato na UCI dificulta o contacto inicial com os familiares, contribuindo para o entendimento destas unidades como um local em que predomina uma atuação fria e distante. Daí que seja necessária a interação com os familiares desde o momento de internamento do doente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas.

Quando a relação e a comunicação estabelecidas são consideradas como necessidade da equipa cuidadora possibilitam a aproximação entre os envolvidos na relação, a qual é manifestada através das palavras e do afeto. Os mesmos autores defendem, assim, que a comunicação é um dos principais meios para favorecer as interações entre o enfermeiro, o doente e a família. Porém, essa interação não deve ocorrer fortuitamente, mas sim planeada, de forma consciente, pela equipa de enfermagem, a partir das observações realizadas, das necessidades evidenciadas e das interpretações dos significados atribuídos pelo doente e pelos seus familiares à nova situação de vida.

Face às exigências destas unidades torna-se necessária não só a evolução tecnológica, mas também a humanização dos cuidados, como é desígnio da profissão. Neste ambiente, demasiado técnico, é fundamental perceber a integralidade do doente e da sua família, comunicando com eles de uma forma aberta e clara. Como refere Silveira [et al.] (2005, p.129), “em relação aos familiares, precisamos falar o provável, tornando-os conscientes da gravidade da situação, através de informações precisas, certificando-nos da clareza de seu entendimento e buscando encorajá-los na sua tomada de decisões”. Neste sentido torna-se fundamental manter uma atitude humanizada, através da atenção dedicada ao doente e aos familiares, bem como da criação de um ambiente que possibilite as relações interpessoais.

Saiote (2010) afirma que os familiares consideram importante o diálogo com os profissionais de saúde, na medida em que lhes proporciona serenidade, tranquilidade e segurança. Desta forma, integrá-los no processo terapêutico reduz sentimentos de medo e ansiedade causados pelo ambiente hospitalar e pelo episódio de doença.

De acordo com a mesma autora, os enfermeiros de cuidados intensivos devem possuir excelentes capacidades de comunicação ao lidar com os doentes e com as necessidades psicológicas da família, intervenções que o enfermeiro poderá considerar de menor prioridade numa situação crítica. Sendo as UCI's serviços onde predomina um ambiente desconhecido e de “mistério”, descrito por vários autores como um local pouco acolhedor, de sofrimento e ansiedade, sinónimo de morte/doença grave ou de recuperação, e onde os cuidados de enfermagem são uma constante, a transmissão de informação por vezes é colocada em segundo plano.

De facto, a comunicação é considerada um domínio fundamental no cuidar do doente crítico e da sua família. No entanto, segundo a literatura disponível, verifica-se uma dificuldade por parte dos enfermeiros em conseguir estabelecê-la de forma eficaz.

Saiote e Mendes (2011), num estudo efetuado, concluíram que, apesar de os enfermeiros reconhecerem a importância de dialogar, esclarecer, orientar e apoiar os membros de família do doente, estas atividades ainda não são reconhecidas como prioritárias, dando lugar às intervenções de cariz técnico, tão características das UCI's e fortemente associadas à valorização profissional e social dos enfermeiros. O excesso de trabalho e a falta de tempo emergem como as justificações apontadas, pelos enfermeiros, para a fuga/secundarização da comunicação com os familiares. De acordo com as referidas autoras, foram identificados como fatores limitadores do processo comunicacional, as características inerentes à UCI, o tempo que o enfermeiro dispõe para comunicar, a carga de trabalho, a inexperiência no processo comunicativo e profissional e os mecanismos de defesa criados pelos enfermeiros.

Esta conclusão é partilhada pelo estudo de Schneider [et al.] (2009), no qual os enfermeiros da UCI consideraram fundamental a comunicação na relação com a família do doente, embora admitam que o agir comunicativo apresenta lacunas e necessita de ser melhorado.

Santos e Silva (2006) procuraram perceber a perceção dos profissionais de saúde acerca da comunicação com os familiares dos doentes internados numa UCI e concluíram que existiam algumas dificuldades no processo comunicacional: informações nem sempre compreendidas pelos familiares; a gravidade da situação clínica do doente; a dinâmica da unidade; o grau de desconhecimento do profissional de saúde face à evolução clínica do doente, justificada pela inacessibilidade a determinados dados do processo; características pessoais dos profissionais e o espaço físico inadequado. Quanto aos aspetos que facilitam a comunicação destaca-se o interesse do profissional em se aproximar do familiar, a empatia do profissional pela família, a idade avançada do familiar que promove a aproximação, a experiência do profissional e a reflexão sobre o autoconhecimento.

Num estudo realizado por Maruiti e Galdeano (2007), acerca das necessidades dos familiares de doentes internados em UCI's, a necessidade de conhecimento/informação foi a mais referida pelos participantes, nomeadamente, aceder a factos concretos sobre a evolução do doente e os cuidados prestados pela equipa de saúde. No entanto, a ação educativa do enfermeiro não deve restringir-se apenas a informar o doente e a sua família quanto às causas da doença e aos riscos associados à terapêutica. O enfermeiro deve, assim, estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança

com a família e comunicar de forma adequada, a fim de incentivar e motivar os familiares a retirarem todas as suas dúvidas, satisfazendo a necessidade de informação e, conseqüentemente, diminuir a ansiedade, a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos.

O estudo de Millar in Rosário (2009) sobre as necessidades da família do doente internado numa UCI também revelou que uma das necessidades dominantes é a da informação, a qual deve ser honesta e acerca do estado do doente e da sua evolução. Este conhecimento torna-se essencial, assim, para a tomada de consciência da situação por parte dos familiares, bem como para acionar os mecanismos adequados para a resolução da crise.

No contexto de uma UCI, a informação partilhada diariamente com os familiares necessita de ser adequada a cada situação e deve ser dirigida para aspetos práticos que envolvam o estado do doente, a finalidade de determinada medicação, a função dos equipamentos existentes, exames realizados e cuidados de enfermagem prestados. De acordo com Saiote (2010, p.52), “não é necessário transmitir informações exaustivas aos familiares para tranquilizá-los, basta informações simples como por exemplo: explicar o estado global e o quadro clínico do doente, a finalidade da medicação realizada e a função das máquinas”.

Através do seu estudo, Inaba, Silva e Telles (2005) concluíram que a comunicação da equipa de enfermagem com a família do doente crítico é bastante importante, sendo adequada quando as informações sobre o estado clínico de doente são verdadeiras e transmitidas de uma forma simples, clara, objetiva e sem termos complicados. É demonstrada a necessidade dos familiares em comunicar com os enfermeiros durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, bem como receber palavras carinhosas e atenção e ter satisfeita a sua necessidade de conforto.

Neste mesmo estudo, alguns familiares referem que os enfermeiros deveriam explicar melhor o estado do doente, a sua evolução e o que significa estar “estável”. Concluiu-se, também, que os familiares apresentavam dificuldades em ter acesso a quem detém as informações, sendo ideal a existência de um enfermeiro de referência, que conhecesse cada caso, ao qual eles poderiam recorrer para conversar, esclarecer dúvidas, tranquilizarem-se e obterem orientação.

Esteves (2012) desenvolveu um estudo com o intuito de perceber como são cuidados os familiares dos doentes idosos internados numa UCI. No que respeita à comunicação, concluiu que os profissionais de saúde procuram informar os familiares. Os médicos fornecem informações relativamente ao diagnóstico e prognóstico, utilizando por vezes uma linguagem mais técnica, enquanto os enfermeiros valorizam sobretudo as reações dos doentes e fazem uma avaliação do seu estado geral, comunicando a presença ou ausência de evolução. O processo comunicacional permite o acolhimento da família no ambiente dos cuidados intensivos e a sua inclusão nos planos de cuidados.

Este autor afirma, também, que os profissionais de saúde comunicam com os familiares tendo por base três domínios, nomeadamente, a transmissão de informação, as atitudes na comunicação e a relação. Das reações dos profissionais de saúde e dos familiares dos doentes relativamente ao processo de comunicação, salientou-se que a informação que os familiares receberam satisfaz as suas necessidades, embora se obtivesse depoimentos que referiram falta de informação ou que esta foi incompleta.

Em suma, a comunicação é considerada o instrumento básico do cuidado de enfermagem e tem como objetivo a transmissão de factos, pensamentos e valores, exercendo influência no comportamento dos enfermeiros, do doente crítico e da respetiva família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na compreensão e preocupação pelo processo de doença, pelo internamento e pelas alterações bio-psico-afeto-sociais associadas.

Tendo presente a importância da humanização dos cuidados de saúde, é essencial perceber o impacto, na família, do internamento em UCI e compreender as dificuldades e as emoções sentidas, a fim de minimizar os efeitos que daí advêm e, conseqüentemente, capacitar a família, promovendo a vivência de um processo de transição o mais positivo possível.

Neste sentido, o presente estudo acerca da comunicação com a família assume uma significativa importância na prestação de cuidados de enfermagem em cuidados intensivos, constituindo-se uma responsabilidade acrescida para o enfermeiro especialista, pelo que se torna fundamental o desenvolvimento das competências comunicacionais no planeamento e prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos críticos de saúde.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através desta que se estuda, descreve e explica todas as etapas do estudo a realizar. Esta ideia é conferida por Fortin (2006, p.207) quando afirma que a fase metodológica possui um carácter concreto, “pois comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados”.

De modo a garantir o rigor científico que pretendemos manter ao longo desta investigação serão, de seguida, apresentados os procedimentos metodológicos e técnicos seleccionados que sustentam o desenvolvimento do estudo, assim como a fundamentação dessas opções.

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS

Numa investigação qualitativa, a conceptualização do tema de estudo inicia-se, maioritariamente, pela exploração de um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação (Fortin, 2006).

Quotidianamente verificamos que o processo de comunicação assume uma centralidade na prática de enfermagem, permitindo a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados.

Neste sentido, alguns contributos teóricos e empíricos no domínio da comunicação e a realidade da nossa prática profissional em cuidados intensivos, conduziram a que nos questionássemos sobre o modo como se desenvolve o processo de comunicação enfermeiro-família, neste contexto de cuidados.

Deste modo, a presente investigação tem como principal objetivo compreender o processo de comunicação enfermeiro-família numa UCI, de modo a obter dados que permitam melhorar o processo comunicacional, contribuindo, assim, para uma intervenção mais eficaz e humanizada.

De forma a dar resposta a esta questão, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- ❖ Perceber o modo como os enfermeiros comunicam com a família dos doentes internados numa UCI;

- ❖ Descrever a informação proporcionada pelos enfermeiros da UCI aos familiares;
- ❖ Identificar as necessidades de informação sentidas pela família do doente em cuidados intensivos;
- ❖ Identificar os aspetos significativos no processo de comunicação enfermeiro-família, numa UCI;
- ❖ Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos.

Face à problemática e aos objetivos do estudo delineamos o percurso metodológico adequado à sua concretização, o qual apresentamos de seguida.

2. TIPO DE ESTUDO

De forma a dar resposta às questões de investigação delineadas e alcançar os objetivos propostos, optamos por uma abordagem qualitativa, de carácter exploratório, descritivo e com características fenomenológicas.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a metodologia qualitativa utiliza o raciocínio indutivo e visa a compreensão dos fenómenos, tal como são vividos e relatados pelos participantes. Ou seja, pretende salientar o sentido ou significado que o fenómeno estudado representa para os indivíduos.

Desta forma, o investigador seleciona o fenómeno e estuda-o em profundidade, recorrendo à observação, descrição e interpretação do mesmo. Posteriormente reúne as várias ideias, ligando-as entre si, a fim de construir uma nova realidade, a qual é baseada nas perceções obtidas e tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo. Segundo este paradigma, a base do saber é a significação, a descoberta e o carácter único do processo.

Como afirma Fortin (2006, p.31), “todas as investigações qualitativas tendem a fazer ressaltar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado reveste para os indivíduos”.

As questões de investigação que necessitam de uma exploração ou de uma descrição da experiência vivida pela pessoa, remetem à investigação qualitativa. O objetivo deste tipo de investigação consiste em descobrir, explorar, descrever fenómenos e

compreender a sua essência, isto é, considerar os diferentes aspetos do fenómeno, do ponto de vista dos participantes, possibilitando, posteriormente, a sua interpretação no seu meio (Fortin, 2006).

Assim, as crenças ligadas à investigação qualitativa têm em conta a globalidade dos seres humanos, particularmente a sua experiência de vida e o contexto em que se situam as relações com o meio. Deste ponto de vista, a experiência de uma pessoa difere da experiência da outra, podendo ser conhecida pela descrição subjetiva que o indivíduo faz dela.

Neste contexto, o estudo reúne características fenomenológicas, na medida em que pretende descrever as experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas, bem como a respetiva significação atribuída. No atual estudo será, então, descrita a perceção dos enfermeiros da UCI e dos familiares de doentes internados, relativamente ao processo de comunicação estabelecido.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos exploratórios têm como objetivo principal investigar um tema desconhecido ou pouco estudado, neste caso o processo de comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos, permitindo, assim, o desenvolvimento de outros estudos, com recurso a outros métodos que permitam aprofundar o problema. Por sua vez, assume-se como estudo descritivo na medida em que fornece uma descrição dos dados, bem como uma discriminação dos fatores determinantes/conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. Neste tipo de estudo são procuradas as relações entre os conceitos, a fim de obter um perfil geral do fenómeno.

3. CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste ponto procedemos à apresentação dos aspetos inerentes à seleção e caracterização do contexto, bem como dos participantes do estudo.

3.1. O Contexto

O presente estudo foi realizado numa UCI, enquadrada numa instituição hospitalar de referência na região norte. A escolha deste contexto prendeu-se com o facto de este ser um local que reúne as condições para dar resposta ao objetivo do estudo, bem como por ser o local onde exerço a minha atividade profissional, facilitando o acesso e a recolha de dados e dando, deste modo, contributos para o meu próprio contexto de trabalho.

A UCI a que nos referimos possui uma lotação de doze camas e é uma unidade polivalente, caracterizada por um conjunto de recursos técnicos e humanos que permitem a prestação de cuidados especializados a doentes em situação crítica, independentemente da sua patologia. A finalidade da configuração arquitetónica deste serviço é promover uma vigilância contínua de todos os doentes e a prestação adequada dos cuidados, facilitando o trabalho da equipa multidisciplinar e possibilitando o bom funcionamento.

Nesta unidade vigora a metodologia individual de trabalho, onde cada enfermeiro é responsável, no máximo, por dois doentes. Habitualmente são atribuídos a cada enfermeiro os mesmos doentes durante um mês, o que permite ter um conhecimento mais aprofundado do doente, e respetiva família, bem como acompanhar a sua evolução clínica.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, que se encontram em presença física contínua no serviço. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por quarenta e cinco elementos, dos quais nove são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Enfermagem de Reabilitação e um especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

No que respeita ao funcionamento do serviço, gostaríamos de realçar alguns aspetos pertinentes para o estudo e que se relacionam com o período da visita. Neste serviço, o horário de visita é das 16 às 20 horas, diariamente, sendo permitida a entrada de dois familiares por doente. Na primeira visita é realizado um acolhimento familiar pelo médico e enfermeiro responsáveis pelo doente, numa sala adequada para o efeito.

3.2. Os Participantes

Streubert e Carpenter (2002), afirmam que a seleção dos participantes da investigação qualitativa é feita de acordo com a sua experiência no fenómeno de interesse. Este tipo de amostragem é intitulado como amostra intencional, na medida em que demonstra um compromisso de observar e entrevistar pessoas que tenham experiência no fenómeno em estudo. Assim, a seleção da amostra providencia os participantes da investigação.

Os participantes deste estudo dividem-se em dois grupos distintos, sendo um constituído por enfermeiros e o outro por familiares de doentes internados na UCI elegida para a realização do estudo. A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- ❖ Enfermeiros na prestação direta de cuidados;
- ❖ Familiar de referência/pessoa significativa, que já tenha visitado o doente pelo menos duas vezes.

Polit, Beck e Hungler (2004) defendem que no método qualitativo, o tamanho da amostra é determinado com base na necessidade de informações, sendo a saturação de dados o princípio orientador da amostragem. Isto é, o tamanho da amostra está relacionado com o ponto em que não existem mais informações novas e se alcançou a redundância.

Esta opinião é partilhada por Fortin (2006), que afirma que o princípio da saturação de dados serve para determinar o número de participantes. Esta saturação ocorre quando os temas e as categorias se tornam repetitivas e a colheita de dados já não fornece novas informações.

Neste estudo participaram nove enfermeiros, os quais apresentam as seguintes características relativamente à idade, género, formação académica e tempo de serviço, expressas no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Identificação	Idade	Género	Formação Académica	Tempo de serviço (em anos)	Tempo de serviço na UCI (em anos)
Enfermeiro 1 (E1)	30	Feminino	Licenciatura em Enfermagem/ Mestrado em Bioética	9	5
Enfermeiro 2 (E2)	29	Feminino	Licenciatura em Enfermagem	7	3
Enfermeiro 3 (E3)	28	Feminino	Licenciatura em Enfermagem/ Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	5	4
Enfermeiro 4 (E4)	37	Feminino	Licenciatura em Enfermagem	14	14
Enfermeiro 5 (E5)	36	Feminino	Licenciatura em Enfermagem/ Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	12	12
Enfermeiro 6 (E6)	31	Feminino	Licenciatura em Enfermagem/ Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	8	7
Enfermeiro 7 (E7)	38	Feminino	Licenciatura em Enfermagem	6	2
Enfermeiro 8 (E8)	33	Masculino	Licenciatura em Enfermagem/ Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	11	11
Enfermeiro 9 (E9)	27	Feminino	Licenciatura em Enfermagem	5	4

Como se pode verificar a idade mínima dos enfermeiros participantes do estudo é de 27 anos e a máxima de 38 anos, perfazendo uma média de 32,1 anos. Podemos, assim, constatar que este grupo de participantes é bastante jovem. Dos nove enfermeiros, oito são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Relativamente à formação académica, todos os entrevistados são detentores de Licenciatura em Enfermagem, sendo que quatro possuem Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um possui Mestrado em Bioética. No que respeita ao tempo de serviço, este varia entre cinco e catorze anos, sendo o valor médio de 8,5 anos. Em relação ao tempo de serviço na UCI verificamos que os enfermeiros exercem a sua atividade há mais de dois anos e menos de catorze anos, perfazendo uma média de 6,8 anos.

No que se refere ao grupo dos familiares que participaram no estudo, estes também foram caracterizados de acordo com a idade, género, grau de parentesco com o doente, profissão/situação profissional e habilitações literárias, conforme se pode verificar no quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos familiares entrevistados

Identificação	Idade	Género	Grau de parentesco	Profissão/Situação profissional	Habilitações literárias
Familiar 1 (F1)	70	Masculino	Marido	Reformado	4ª Classe
Familiar 2 (F2)	50	Feminino	Mãe	Doméstica	4ª Classe
Familiar 3 (F3)	30	Masculino	Marido	Mecânico	9º Ano
Familiar 4 (F4)	46	Feminino	Irmã	Desempregada	9º Ano
Familiar 5 (F5)	50	Feminino	Mãe	Padeira	12º Ano
Familiar 6 (F6)	54	Masculino	Pai	Padeiro	9º Ano
Familiar 7 (F7)	45	Feminino	Filha	Desempregada	6º Ano
Familiar 8 (F8)	38	Masculino	Filho	Canalizador	6º Ano
Familiar 9 (F9)	42	Masculino	Filho	Empresário de automóveis	9º Ano
Familiar 10 (F10)	36	Feminino	Filha	Docente do ensino superior	Doutoramento

Como se pode observar, participaram no estudo dez familiares, com idades compreendidas entre os 30 e 70 anos, perfazendo uma média de 46,1 anos. Dos dez familiares, cinco são do sexo masculino e cinco do sexo feminino, facto interessante uma vez que foram selecionados de forma aleatória. Relativamente ao parentesco com o doente, destaca-se o grau de filho/a em quatro dos participantes, o grau de mãe em dois dos participantes e o grau de marido, também, em dois participantes. As profissões/situações profissionais são variadas e com base na Classificação Nacional das Profissões, verificamos que os participantes pertencem a diversos grupos profissionais: um trabalhador não qualificado dos serviços e comércio; um trabalhador da metalurgia e metalomecânica; dois operários, artífices e trabalhadores similares; um operador de instalações fixas; um técnico e profissional do nível intermédio e um especialista das profissões intelectuais e científicas. Os restantes familiares encontram-se desempregados. No que respeita às habilitações literárias, a maioria dos familiares (nove) possui entre a 4ª Classe e o 12º Ano e um é detentor do grau de doutor.

4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta a metodologia de natureza qualitativa, e de forma a alcançar os objetivos inicialmente propostos, a recolha de dados foi realizada através da observação participante e da entrevista semi-estruturada.

De acordo com Fortin (2006), a observação constitui frequentemente o meio privilegiado de analisar os comportamentos dos participantes e os acontecimentos que se produzem no meio natural.

A observação não-estruturada, utilizada sobretudo nas investigações qualitativas, consiste em recolher informação sobre os comportamentos, num momento que é julgado oportuno. Neste tipo de observação existe uma grande flexibilidade na forma de recolher os dados e de os interpretar.

Uma das formas mais comuns da observação não-estruturada é a observação participante, a qual implica que o observador se abstraia do seu papel, integrando-se completamente no grupo social se propôs a estudar. Este tipo de observação visa ajudar os participantes a identificar o sentimento das suas ações, surgindo a função do observador de estudar o grupo do interior, através de uma participação direta e pessoal (Fortin, 2006).

O facto de o investigador, neste tipo de estratégia de colheita de dados, ser participante permite o seu envolvimento com os participantes, bem como facilita a obtenção de dados, uma vez que partilhamos a profissão com os observados. O nosso envolvimento com os participantes tornou-se uma constante ao longo do período de recolha de dados, pela abertura e disponibilidade que estes demonstraram.

Na presente investigação, a observação tem como principal objetivo observar o processo de comunicação enfermeiro-familiar. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), a observação no campo de investigação permite ao investigador analisar o comportamento dos participantes e os acontecimentos que se produzem no meio natural, sendo necessário colocar em prática um conjunto de perceções, nomeadamente visual, tátil, auditiva e olfativa.

Embora a observação seja um método de recolha de dados que visa a compreensão dos comportamentos e atitudes, também comporta algumas desvantagens. 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 (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Após a obtenção da aprovação da Comissão de Ética para a realização do nosso estudo, foram acordados, com o enfermeiro chefe do serviço, os momentos de observação e da entrevista, procurando minimizar, desta forma, eventuais perturbações na dinâmica da

UCI. O período de recolha de dados realizou-se nos meses de Setembro e Outubro de 2014.

A observação foi realizada com base num guião (Apêndice A), elaborado de acordo com os objetivos do estudo e com a finalidade de manter uma observação focalizada na problemática – o processo de comunicação enfermeiro-família numa UCI.

Neste sentido, a observação foi realizada no período da visita (turno da tarde). Ao longo dos períodos de observação fomos, discretamente, efetuando notas, codificadas de O1 a O10, não só dos comportamentos e atitudes comunicacionais dos envolvidos, como também do ambiente e dinâmica circundante, dando relevância aos aspetos que potencialmente poderiam influenciar o processo comunicativo. Após o período de observação procedemos à transcrição dos dados obtidos relativamente ao processo de comunicação enfermeiro-família, ou seja, constituímos as notas de campo. Segundo Streubert e Carpenter (2002), as notas de campo podem conter aspetos descritivos e reflexivos, sendo essenciais para a observação participante, e constituindo, também, um complemento importante às entrevistas.

A par da observação procedemos à realização das entrevistas, aos enfermeiros e familiares, de forma a complementar os dados obtidos através da observação e alcançar um nível mais elevado de compreensão do processo de comunicação enfermeiro-família numa UCI.

Segundo Fortin (2006), a entrevista é um método de colheita de dados essencial nas investigações qualitativas e geralmente possui as funções de examinar conceitos, compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes e servir de complemento a outros meios de colheita de dados.

A mesma autora refere que a entrevista semi-estruturada é utilizada quando o investigador pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes, obtendo informações mais específicas sobre um determinado tema. Neste tipo de entrevista, o investigador elabora uma lista de temas a abordar, formula questões e coloca-as à pessoa numa ordem que ele considera apropriado. A sua função é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos constantes no guião da entrevista. Este guião facilita, assim, a comunicação, na medida em que apresenta, de uma forma lógica, as questões que abordam os diferentes aspetos do tema.

Neste sentido, elaboramos o guião da entrevista para os enfermeiros (Apêndice B) e para os familiares (Apêndice C), tendo em conta os objetivos preconizados para o estudo, que se constituíram como uma linha estruturante e orientadora do desenvolvimento entrevista. Os dados obtidos através destas entrevistas complementam os dados resultantes da observação participante, proporcionando, assim, uma discussão de dados mais rica.

Este guião foi submetido a um pré-teste, de forma a avaliar, por um lado, a pertinência e compreensão das questões e por outro lado, contribuir para a experiência do investigador na utilização da técnica da entrevista. Verificamos, assim, que as questões orientadoras da entrevista eram pertinentes e adequadas aos objetivos delineados, pelo que não foi necessário alterar ou integrar novas questões no guião.

As entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas. É de realçar que as entrevistas foram efetuadas durante o período de observação e transcritas no próprio dia, de forma a mantê-las fidedignas relativamente a pormenores observados nos entrevistados.

É de realçar que a realização da observação e das entrevistas no nosso local de trabalho constituiu-se como um elemento facilitador na recolha de dados, quer pela existência de uma relação de abertura com os colegas, quer pelo facto de os familiares não nos considerarem um elemento estranho ao serviço.

5. TRATAMENTO DE DADOS

Após a conclusão da etapa de recolha de dados prosseguimos para o tratamento dos dados obtidos, através da análise das entrevistas e das notas de campo, na medida em que pretendemos descrever as experiências vividas pelos participantes, de uma forma objetiva, sistemática e baseada em abstrações lógicas.

Segundo Streubert e Carpenter (2002, p.69), “o propósito da análise de dados é preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo”.

Para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo, a qual consiste em analisar a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, frases e expressões

ou de certos factos e acontecimentos (Fortin, 2006). Neste sentido, a análise de conteúdo possibilitou-nos estudar o processo de comunicação enfermeiro-família, em cuidados intensivos, de forma sistemática e objetiva.

A metodologia de análise de conteúdo que orientou este processo é definida por Bardin (1977, p.42) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam “obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

De acordo com a referida autora, esta metodologia é constituída por quatro etapas, nomeadamente a organização da análise, a codificação, a categorização e a inferência. A primeira fase inclui uma pré-análise, seguida de uma exploração do material e terminando com o tratamento dos resultados, inferência e tratamento dos mesmos. A codificação “é o processo pelo qual só dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” (Holsti in Bardin, 1977, p.103). Nesta etapa procede-se, assim, à escolha, classificação e agregação das unidades, seleccionando categorias. Posteriormente segue-se a categorização que consiste numa “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, 1977, p.117). Segundo esta autora, a operação de categorização obedece a cinco regras, nomeadamente a exclusão mútua (a presença de um determinado elemento não deve constar em mais do que uma categoria), a homogeneidade (deve obedecer a um único principio de classificação), a pertinência (adequação ao material de análise seleccionado), a objectividade e a fidelidade (obtidas quando o material é sujeito a várias análises, sendo formuladas as mesmas categorias) e a produtividade (quando o material analisado produz novos resultados, através da inferência).

Na abordagem qualitativa, o que caracteriza a análise de conteúdo é o facto de “a inferência – sempre que é realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual” (Bardin, 1977, p.115). De acordo com a mesma autora, o investigador poderá enriquecer este período inferencial e interpretativo através da intervenção outros elementos significativos, os quais podem decorrer das notas de campo de uma

observação participante. Neste contexto foi efetuada a análise de conteúdo dos dados obtidos através da observação, as notas de campo, e resultantes das entrevistas efetuadas (Apêndice E).

Inicialmente realizamos uma leitura flutuante com o objetivo de formar categorias, analisá-las e interpretá-las. Através desta análise emergiram várias categorias e subcategorias que serão apresentadas e analisadas no próximo capítulo (Capítulo III).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O compromisso com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral. Desta forma, as investigações que envolvem seres humanos devem ser avaliadas do ponto de vista ético e conduzidas tendo em conta os direitos da pessoa humana (Fortin, 2006).

Neste sentido, para a realização desta investigação atendemos a sete princípios fundamentais, apresentados pela autora acima referida, aplicáveis aos seres humanos e baseados no respeito pela dignidade humana, nomeadamente 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 redução dos inconvenientes e a optimização das vantagens.

Neste contexto foi enviado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição em causa, para a realização deste estudo, no qual apresentamos o tema, os objetivos do estudo, os métodos de recolha de dados e os respetivos participantes, tendo sido obtida a aprovação (Anexo I).

Previamente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados obtivemos o consentimento informado junto dos participantes, de acordo com o documento em anexo (Apêndice D), tendo sido transmitidos os objetivos do estudo e os procedimentos inerentes. Esclarecemos, também, sobre o direito de não aceitar ou desistir da investigação a qualquer momento, sem que existisse qualquer repercussão negativa para o participante e/ou para o doente.

Nesta investigação foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, através da codificação do nome dos enfermeiros (E1-E9) e dos familiares (F1-F10) participantes, durante a transcrição das entrevistas e na elaboração das notas de campo. É de realçar que o conteúdo da gravação das entrevistas será destruído após o termo do estudo.

CAPÍTULO III

**A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS
INTENSIVOS - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

No presente capítulo procedemos à apresentação e análise dos dados obtidos, através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente a observação e a entrevista.

De forma a facilitar a apresentação dos dados elaboramos um quadro (Quadro 3), no qual constam as áreas temáticas, categorias e subcategorias obtidas através da observação e das entrevistas realizadas, bem como o número de unidades de registo. Optamos por efetuar a apresentação dos dados de forma conjunta, uma vez que se complementam, permitindo, assim, uma visão mais global da temática em questão.

A descrição e a análise dos dados serão realizadas pelas áreas temáticas, focando as respetivas categorias e subcategorias.

Quadro 3 – A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos – áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Total de Unidades de registo	Através da observação	Entrevistas	
					E	F
Modos de comunicação enfermeiro-família	Verbal	Utilizar linguagem adequada	7	7		
	Não-verbal	Expressão facial	6	6		
		Contacto visual	9	9		
		Postura corporal	7	7		
		Toque	3	3		
		Recurso à paralinguística	6	6		
	Atitudes comunicacionais	Suporte emocional	8	8		
		Disponibilidade/ Abertura	8	8		
		Escuta ativa	3	3		
		Estar presente	9	9		
Âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros à família	Situação clínica do doente	Estado clínico/ Evolução	17	8	9	
		Exames de diagnóstico	8	4	4	
		Medicação	7	5	2	
		Prognóstico	2	1	1	
		Tratamento	6	5	1	
	Funcionamento do serviço		3		3	
	Estratégias para comunicar com o doente		3	2	1	
A solicitada		2		2		
Opinião da família sobre a informação transmitida pelos enfermeiros	Boa		6			6
	Satisfaz		5			5
	Positiva		2			2
	Percetível		9			9
	Pouco perceptível		1			1
Necessidades de informação sentidas pela família	Estado clínico/ Evolução		10			10
	Procedimentos		2			2

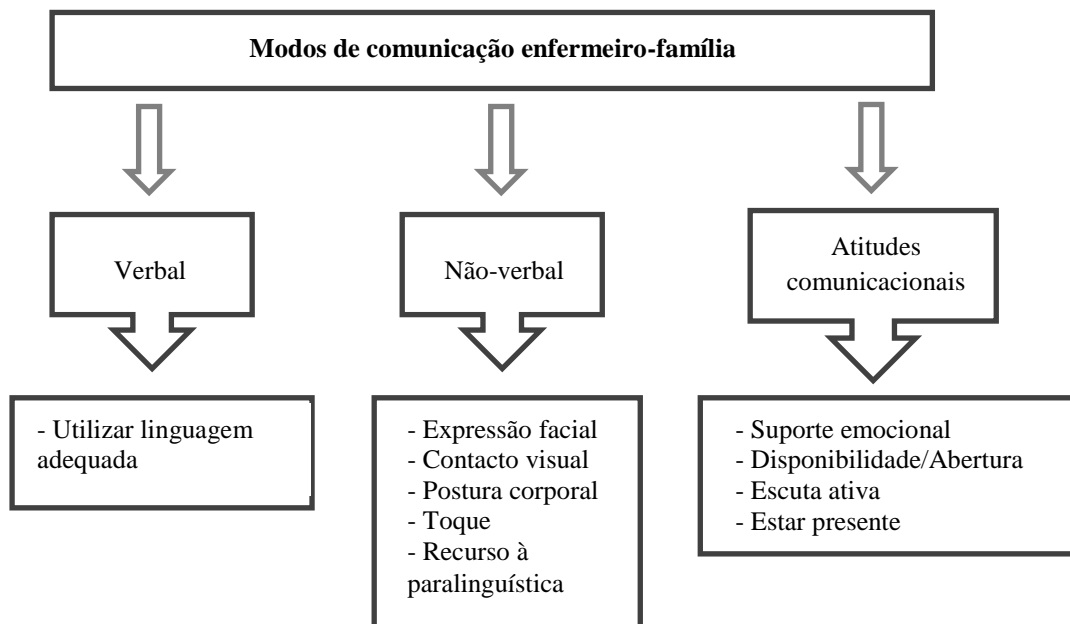
A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos

	Medicação		1			1
	Exames de diagnóstico		2			2
Aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família	Comunicação não-verbal	Postura corporal	3		1	2
		Contacto visual	2		1	1
		Toque	1		1	
	Atitudes comunicacionais	Dar atenção	2		1	1
		Ser simpático	1		1	
		Proporcionar segurança	1		1	
		Estabelecer empatia	6		5	1
		Demonstrar disponibilidade	2		2	
	Conteúdo da informação	Dar apoio	1			1
		Avaliar a compreensão da informação transmitida	3		3	
		Linguagem adequada	7		2	5
		Sinceridade	2			2
		Informação prévia à primeira visita	10			10
Não específica	6		1	5		
Fatores que facilitam a comunicação enfermeiro-família	Relacionados com o familiar	Capacidade de compreensão da informação	5		4	1
		Tranquilidade	2		1	1
		Recetividade	1		1	
	Relacionados com o enfermeiro	Experiência profissional	1		1	
		Conhecimento sobre o doente/ família	4		4	
		Aceitação do estado do doente	1		1	
		Relação de empatia	2		2	
		Adequar a linguagem	4		2	2
		Estar disponível	7		1	6
	Relacionados com a dinâmica da UCI	Capacidade de identificar as necessidades do familiar	1			1
		Ambiente calmo	2		2	
		Menor carga de trabalho	2		2	
Fatores que dificultam a comunicação enfermeiro-família	Centrados no familiar	Falta de compreensão da informação	5		4	1
		Ansiedade	3		3	
	Centrados no enfermeiro	Falta de disponibilidade	6		3	3
		Dificuldade em adequar a informação	3		1	2
		Dificuldade em avaliar as necessidades do familiar	1			1
		Postura defensiva	1			1
		Comunicação de más notícias	5		5	
		Falta de conhecimento sobre o doente	2		2	
		Âmbito da informação	9		9	
	Centrados na dinâmica da UCI	Sobrecarga de trabalho	6		4	2
		Ambiente ruidoso	3		3	
		Ausência de privacidade	2		2	

1. MODOS DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA

Através da observação constatamos que, para comunicar com o familiar, o enfermeiro utiliza a comunicação verbal e a comunicação não-verbal, estando, também, presentes diversas atitudes comunicacionais (Figura 3).

Figura 3 – Modos de comunicação enfermeiro/família - categorias e subcategorias



No que respeita à **comunicação verbal** observamos que a maioria dos enfermeiros (sete unidades de registo) tem o cuidado de *utilizar linguagem adequada* ao familiar, adotando um discurso corrente, simples e claro:

“Utiliza um discurso simples e claro.” (O2)

“Utiliza termos correntes para os familiares perceberem. (“Ele neste momento está a dormir (...) o coração dele ficou magoado e estamos a tratá-lo!”).” (O3)

“Comunica de forma simples e clara, não utilizando termos técnicos. (“Ele está sob o efeito de uma medicação para o deixar calmo e confortável, e não a dormir profundamente.”).” (O9)

A *expressão facial*, o *contacto visual*, a *postura corporal*, o *toque* e o *recurso à paralinguística* foram elementos evidenciados na **comunicação não-verbal** utilizada pelo enfermeiro.

A *expressão facial* dos enfermeiros constitui-se como uma forma de comunicar com o familiar:

“ (...) *sorri quando aborda os familiares.*” (O4)

“ (...) *esboça um sorriso para o familiar...*” (O8)

“*Retira a máscara facial para comunicar com os familiares.*” (O9)

Constatamos que durante o processo de comunicação, todos os enfermeiros (nove unidades de registo) estabelecem *contato visual* com o familiar, como podemos verificar nas seguintes transcrições:

“ (...) *mantém o contacto visual ao longo da comunicação.*” (O2)

“*Olha para os familiares enquanto fala...*” (O3)

“*Estabelece contacto visual quando aborda o familiar.*” (O5)

Relativamente à *postura corporal* verificamos que a grande parte dos enfermeiros (sete observações) comunica de frente para o familiar:

“*Fala de frente para os familiares...*” (O7)

“ (...) *mantém o corpo virado para os familiares enquanto fala com eles.*” (O8)

“ (...) *parou a preparação da medicação para falar com os familiares, não fazendo as duas coisas ao mesmo tempo.*” (O9)

O *toque* é utilizado pelo enfermeiro como forma de tranquilizar e encorajar o familiar:

“*...toca suavemente no braço do familiar para o encorajar.*” (O2)

“*Coloca a mão sobre o ombro da familiar, tranquilizando-a...*” (O9)

O *recurso à paralinguística* foi outro aspeto importante observado na comunicação não-verbal dos enfermeiros. De acordo com Freixo (2011), a paralinguística refere-se aos aspectos não-verbais que acompanham a comunicação verbal, nomeadamente o tom de voz, o ritmo da fala, o volume da voz e as pausas utilizadas na pronúncia verbal. Com base nesta definição incluímos nesta subcategoria unidades de registo que incluíssem os referidos aspetos:

“Fala pausadamente (...) com um tom de voz suave...” (O2)

“Comunica num tom de voz baixo, com um ritmo constante.” (O7)

“Fala pausadamente, com um tom de voz suave.” (O9)

As **atitudes comunicacionais** evidenciadas no processo de comunicação enfermeiro-familiar foram: o *suporte emocional*, a *disponibilidade/abertura*, a *escuta ativa* e o *estar presente*.

Verificamos que, ao comunicar, os enfermeiros não se limitam apenas a transmitir a informação, preocupando-se, também, em fornecer *suporte emocional* ao familiar, como exemplificam as seguintes transcrições:

“Eu sei que é difícil, mas têm de ser fortes e pacientes. O caso é grave, devem ter uma perspetiva realista da situação, mantendo sempre a esperança, é claro. Nós estamos a fazer tudo ao nosso alcance para o tratar”. (O2)

“A enfermeira afirma que é bom sinal e dá uma perspetiva positiva da situação. Refere que as coisas estão a evoluir e que ele está a melhorar.” (O4)

A enfermeira refere à familiar que ela precisa de descansar e que o doente não a quer ver assim triste. Pergunta se não quer ir até lá fora se acalmar e depois voltar a entrar. Quando a familiar volta a entrar, a enfermeira pergunta se ela está melhor ou se precisa de alguma coisa.” (O9)

É de salientar que em nove observações, oito evidenciam esta atitude comunicacional.

A maioria dos enfermeiros (oito unidades de registo) demonstraram *disponibilidade/abertura* ao irem de encontro ao familiar para iniciarem o processo de comunicação, bem como ao prontificarem-se para o esclarecimento de dúvidas relativas à informação transmitida:

“A enfermeira vai de encontro aos familiares (...) Ao despedir-se pergunta se têm mais alguma questão ou se ficaram com dúvidas.” (O3)

“A enfermeira dirige-se aos familiares. Refere que podem estar à vontade e que se necessitarem de alguma coisa ela está ali ao lado.” (O4)

“Dirige-se aos familiares (...) Mostra-se disponível dizendo “estou aqui para o que precisarem”. (O6)

“O enfermeiro termina o que estava a fazer e dirige-se ao familiar (...) Pergunta se querem colocar mais alguma questão e refere que está sempre presente um médico e um enfermeiro para os informar.” (O8)

Ao longo do processo de comunicação com o familiar, os enfermeiros também utilizaram a *escuta ativa*, através da estratégia de questionamento, como se pode verificar nestas unidades de registo:

“Escuta-os atentamente enquanto falam e demonstra interesse no que dizem. (Contam como aconteceu o acidente e a enfermeira questiona-os sobre o assunto).” (O6).

“Escuta o que o familiar diz, demonstrando atenção e interesse.” (O9)

Relativamente à atitude comunicacional *estar presente*, constatamos, em todas as observações, que a comunicação enfermeiro-família é estabelecida junto do doente, como comprovam as seguintes transcrições:

“A informação é dada junto do doente.” (O3)

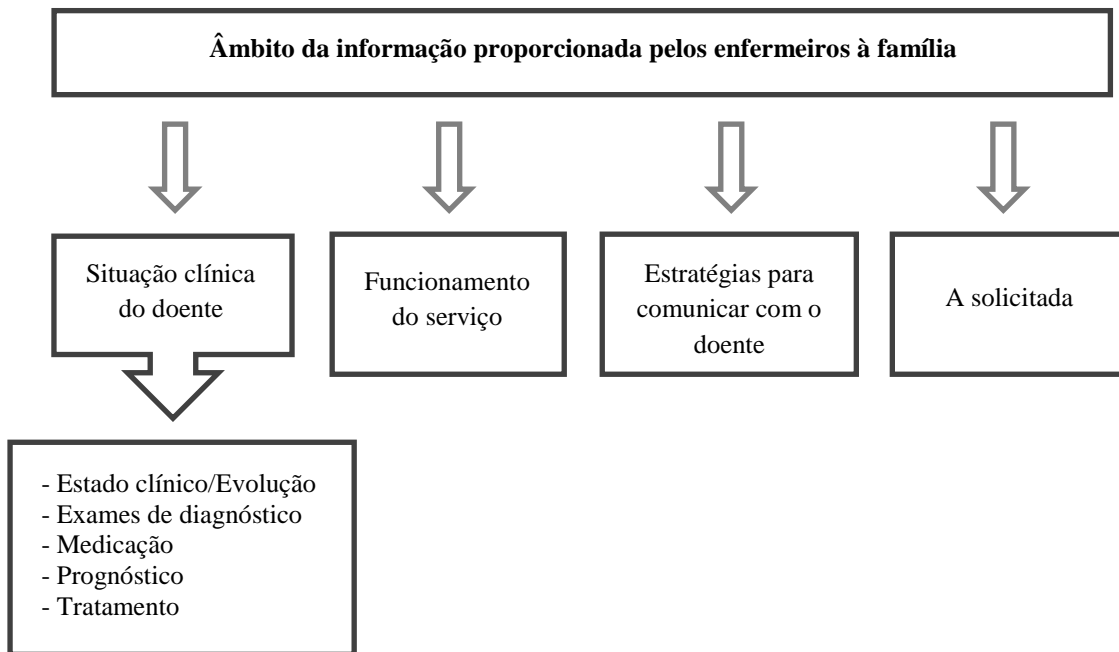
“A comunicação é estabelecida junto do doente.” (O5)

“Comunicam ao lado do doente.” (O9)

2. ÂMBITO DA INFORMAÇÃO PROPORCIONADA PELOS ENFERMEIROS À FAMÍLIA

Com base na observação e nas entrevistas realizadas verificamos que os enfermeiros proporcionam aos familiares informação no âmbito: da situação clínica do doente, do funcionamento do serviço, das estratégias para comunicar com o doente e da informação solicitada (Figura 4).

Figura 4 - Âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros à família - categorias e subcategorias



A informação relativa à **situação clínica do doente** centra-se em cinco domínios, nomeadamente o *estado clínico/evolução*, os *exames de diagnóstico*, a *medicação*, o *prognóstico* e o *tratamento*.

Todos os enfermeiros entrevistados referiram que informam os familiares acerca do *estado clínico/evolução* do doente, facto que pudemos comprovar, também, através da observação:

“Dou informações sobre o estado clínico do doente e a sua evolução...” (E6)

“Informo-os acerca do estado clínico do doente e das alterações que ocorreram nas últimas 24h...” (E9)

“Faz referência ao estado clínico do doente e à sua evolução (“ele já está mais acordado hoje, já responde ao que perguntamos.”)” (O4)

“Explica o estado clínico actual do doente (“ela tem oscilações da consciência...por vezes abre os olhos a pedido e aperta a nossa mão, mas tem momentos em que não responde nem obedece a ordens”).” (O5)

A informação relativa aos *exames de diagnóstico* realizados ou programados foi outro aspeto observado e também mencionado pelos enfermeiros nas entrevistas, como podemos verificar nas seguintes transcrições:

“Informo-os sobre (...) os exames e resultados de análises clínicas relevantes.” (E2)

“Dou informações sobre (...) os exames realizados e/ou programados...” (E6)

“Informa sobre (...) os exames que realizou...” (O3)

Constatamos, também, que os enfermeiros informam os familiares acerca da *medicação* que se encontra em perfusão:

“Informo sobre (...) a medicação em perfusão, no caso de ter suporte de aminas.” (E2)

“Explica que a doente tem em perfusão medicação para as dores e que também já está a fazer medicação para baixar a febre”. (O7)

“A enfermeira diz que o doente está sob o efeito de uma medicação para o deixar calmo e confortável, e não a dormir profundamente.” (O9)

A informação acerca do *prognóstico* do doente foi referida por um dos enfermeiros durante a entrevista e evidenciada numa das observações:

“Informo os familiares sobre (...) o prognóstico...” (E1)

“Explica o prognóstico da doente (“aguardamos que ela acorde, mas há a possibilidade de ela não acordar e ficar num estado vegetativo...”).” (O5)

O último domínio da informação sobre a situação clínica do doente refere-se ao *tratamento* adotado:

“Informo os familiares sobre (...) o tratamento adoptado.” (E1)

“Menciona que o doente vai ao bloco operatório no dia seguinte corrigir as fracturas da face.” (O6)

“Refere também qual será o tratamento em função da melhoria da TAC.” (O8)

No que respeita ao **funcionamento do serviço**, três enfermeiros referiram incluir este aspeto no tipo de informações que fornecem aos familiares:

“Informo sobre (...) e o funcionamento do serviço.” (E3)

“Informo acerca (...) e do funcionamento do serviço, apenas na primeira visita.” (E4)

“Dou informações sobre (...) e o funcionamento da unidade, sempre que necessário.”
(E6)

As **estratégias para comunicar com o doente** constituem, também, um componente importante na informação proporcionada aos familiares, como podemos verificar nos seguintes excertos:

“Digo também aos familiares que podem tocar no doente, como forma de reduzir a sua ansiedade.” (E1)

“Informa o familiar que pode falar com o doente.” (O4)

“Refere que podem tocar e falar com o doente.” (O9)

Por fim, dois dos enfermeiros entrevistados mencionaram que o tipo de informação fornecida aos familiares é de acordo com **a solicitada**:

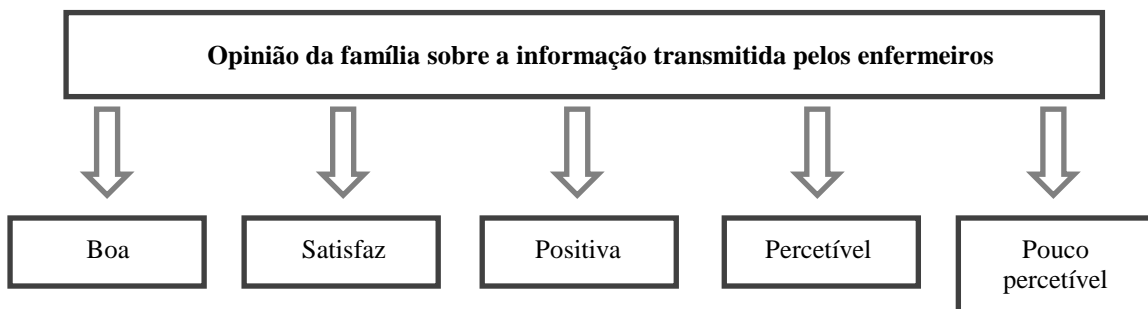
“Mas só respondo ao que me perguntam...” (E5)

“Respondo a tudo o que os familiares questionarem, desde que tenha a informação que pretendem.” (E8)

3. OPINIÃO DA FAMÍLIA SOBRE A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA PELOS ENFERMEIROS

Das entrevistas realizadas aos familiares emergiu esta área temática que nos permite observar a opinião dos familiares sobre a informação transmitidas pelos enfermeiros, expressando que esta é boa, satisfaz, positiva e perceptível. Apenas um familiar considera que a informação proporcionada pelos enfermeiros é pouco perceptível (Figura 5).

Figura 5 – Opinião da família sobre a informação transmitida pelos enfermeiros – categorias



A maioria dos familiares (seis unidades de registo) considera que a informação transmitida pelos enfermeiros é **boa**:

“É muito boa...” (F1)

“É boa...” (F3)

“É muito boa.” (F6)

Constatamos que a comunicação estabelecida com os enfermeiros **satisfaz** alguns familiares, como traduzem os seguintes relatos:

“ (...) estou muito satisfeito.” (F1)

“Estou muito satisfeita com a informação prestada pelos enfermeiros desta UCI e a maneira como nos tratam, não tenho nada a apontar. Por mim, ele ficava aqui até ir para casa.” (F2)

“Estou totalmente satisfeita com a vossa prestação. Este é um serviço que acolhe os familiares e que nos transmite segurança, que não senti noutros serviços. (F10)

Dois dos familiares entrevistados expressaram a sua opinião relativamente à informação proporcionada pelos enfermeiros, de forma **positiva**:

“É positiva.” (F4)

“É muito positiva, sempre fui bem informada.” (F5)

É de salientar que a maioria dos familiares considerou **perceptível** a linguagem utilizada pelos enfermeiros:

“Sim, percebo o que os enfermeiros dizem.” (F4)

“Compreendo as informações que me dão.” (F5)

“Considero a vossa linguagem bastante perceptível.” (F10)

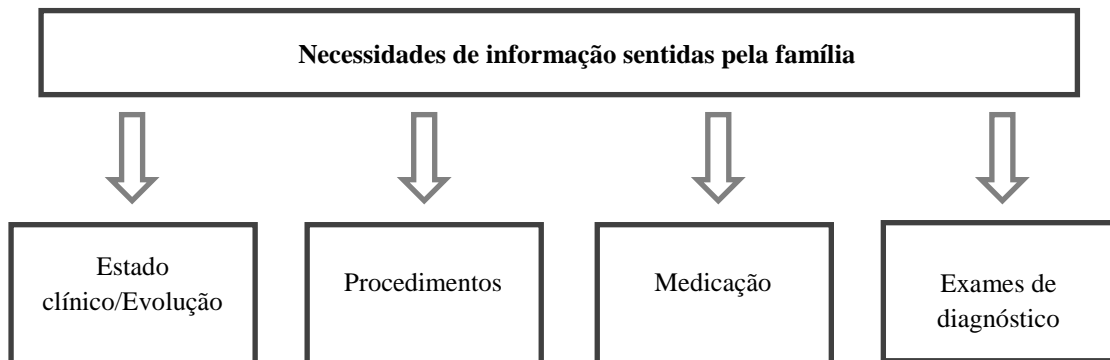
No entanto, um dos familiares referiu que por vezes os enfermeiros utilizam termos técnicos, tornando a linguagem **pouco perceptível**:

“Às vezes usam termos técnicos que não se percebem tão bem.” (F7)

4. NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO SENTIDAS PELA FAMÍLIA

Das entrevistas realizadas aos familiares emergiram diversas necessidades sentidas ao nível da informação, as quais se relacionam nomeadamente com o estado clínico/evolução do doente, os procedimentos, a medicação e os exames realizados (Figura 6).

Figura 6 – Necessidades de informação sentidas pela família - categorias



Todos os familiares entrevistados apontaram o **estado clínico/evolução** do doente como uma necessidade de informação:

“Para mim, o mais importante é saber informações sobre o estado clínico da doente e a sua evolução.” (F1)

“ (...) sobre o estado clínico e evolução do doente.” (F2)

“Acho importantes as informações sobre o estado de saúde do doente principalmente...” (F5)

“Na minha opinião é importante receber informações acerca do estado clínico do doente...” (F10)

A informação relativa aos **procedimentos** realizados ao doente foi considerada importante para dois dos familiares entrevistados:

“Acho importantes as informações sobre (...) os procedimentos realizados...” (F5)

“É importante receber informações acerca (...) dos procedimentos efetuados.” (F10)

Um familiar, também, referiu ser relevante ter conhecimento da **medicação** que o doente faz:

“Acho importantes as informações sobre (...) a medicação que está a fazer...” (F5)

Por último, os **exames de diagnóstico** realizados e/ou programados foram mencionados como uma necessidade de informação sentida por dois dos familiares, como podemos verificar nas seguintes transcrições:

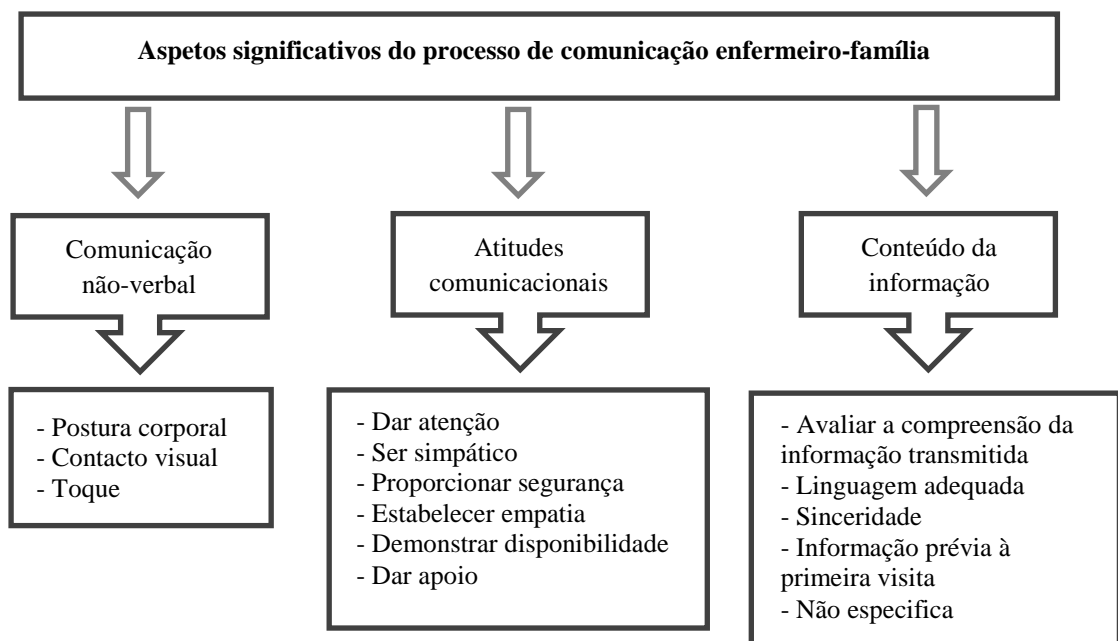
“Acho importantes as informações sobre (...) os exames realizados.” (F5)

“Para mim é importante receber informações acerca (...) dos exames realizados ou programados...” (F10)

5. ASPETOS SIGNIFICATIVOS DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA

Através das entrevistas realizadas verificamos que nos seus discursos os enfermeiros e os familiares consideram a comunicação não-verbal, as atitudes comunicacionais e o conteúdo da informação aspetos significativos do processo comunicacional (Figura 7).

Figura 7 – Aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias



Como se pode observar na figura 4, no âmbito da **comunicação não-verbal** os participantes valorizaram a *postura corporal*, o *contacto visual* e o *toque*.

Relativamente à *postura corporal*, um enfermeiro e dois familiares referiram ser importante falar de frente para a pessoa:

“Considero importante a comunicação não-verbal do enfermeiro (...) falar de frente para a família...” (E1)

“ (...) falarem de frente para nós quando transmitem a informação.” (F3)

“A postura que o enfermeiro adopta ao transmitir a informação também é um aspecto importante...” (F10)

O estabelecimento de *contacto visual* durante a comunicação foi outro factor mencionado como significativo pelos entrevistados:

“Considero importante a comunicação não-verbal do enfermeiro (...) manter o contacto visual...” (E1)

“ (...) manter o contacto visual durante o diálogo.” (F10)

Um dos enfermeiros referiu o *toque* como um aspeto relevante da comunicação não-verbal, e que está traduzido na seguinte transcrição:

“É importante (...) tocar quando necessário.” (E1)

As **atitudes comunicacionais** evidenciadas no processo comunicacional referem-se a: *dar atenção, ser simpático, proporcionar segurança, estabelecer empatia, demonstrar disponibilidade e dar apoio*.

Dois dos entrevistados consideraram importante *dar atenção* ao familiar durante a comunicação:

“Demonstrar atenção (...) e dar importância ao familiar.” (E2)

“A atenção e o carinho demonstrados...” (F5)

O *ser simpático* foi outro dos aspetos mencionados por um enfermeiro:

“Demonstrar simpatia...” (E2)

Um enfermeiro salientou a importância de *proporcionar segurança* aquando da transmissão de informação, como podemos verificar na seguinte transcrição:

“Demonstrar segurança e confiança à família quando se transmite a informação.” (E3)

Estabelecer empatia com o familiar foi uma atitude comunicacional considerada significativa, que emergiu com alguma frequência das entrevistas realizadas aos dois grupos de participantes:

“Estabelecer uma relação de empatia com a família é essencial.” (E8)

“O mais importante é a capacidade de estabelecer uma relação de empatia com os familiares.” (E9)

“A capacidade do enfermeiro se colocar no lugar do familiar e perceber o que o familiar precisa, se tem recursos para lidar com a situação.” (F10)

O facto de o enfermeiro *demonstrar disponibilidade* também foi considerado um aspeto valorizado no processo de comunicação:

“ (...) a disponibilidade do enfermeiro.” (E1)

“ (...) demonstrarmo-nos disponíveis...” (E2)

A atitude comunicacional *dar apoio* ao familiar foi evidenciada por um familiar, como demonstra a seguinte unidade de registo:

“É importante que o enfermeiro apoie o familiar.” (F9)

No que respeita ao **conteúdo da informação** verificamos que um grupo de entrevistados considera importante: *avaliar a compreensão da informação transmitida*, a *linguagem adequada*, a *sinceridade* e a *informação prévia à primeira visita*. Embora outro grupo de participantes *não especifique* o que considera significativo no teor da informação transmitida.

Avaliar a compreensão da informação transmitida, ou seja, perceber se o familiar compreendeu a informação transmitida, foi um dos aspectos considerado significativo do processo comunicacional, sendo expresso por três enfermeiros:

“ (...) percebermos se o familiar compreendeu o que lhe foi transmitido.” (E4)

“É importante perceber se os familiares compreenderam a informação que lhes foi transmitida.” (E5)

“É importante perceber o que os familiares já sabem...” (E6)

Verificamos que a utilização de uma *linguagem adequada* ao familiar constitui um fator essencial na comunicação, como comprovam as seguintes unidades de registo:

“É fundamental adaptar a forma de transmissão da informação à capacidade de compreensão dos familiares e ao seu estado emocional no momento.” (E6)

“O mais importante é entendermos o que vocês dizem.” (F9)

“Há o cuidado de chegar às pessoas e adequar a informação aos seus recursos linguísticos.” (F10)

A importância da *sinceridade* aquando da transmissão de informação foi salientada por dois familiares:

“A sinceridade do profissional...” (F1)

“É importante que o enfermeiro explique o que se está a passar com o doente, sendo sempre sincero.” (F9)

Todos os familiares entrevistados consideraram fundamental a realização de um acolhimento familiar, onde seja proporcionada *informação prévia à primeira visita*, como forma de preparação antes da entrada na UCI e do contacto com o doente, reduzindo, assim, a ansiedade e fornecendo suporte emocional:

“Sim, é importante porque é preferível receber todas as informações antes de ver o doente.” (F2)

“Prepara-nos para o que vamos encontrar (...) É importante porque falamos com o médico e com o enfermeiro, permitindo a nossa interação.” (F4)

“ (...) ajuda a reduzir a nossa ansiedade.” (F5)

“Considero o acolhimento fundamental...prepara-nos para o choque e ficamos a saber como vamos encontrar o doente, além de nos dar suporte para enfrentarmos a situação.” (F10)

Parte dos entrevistados *não especifica* o conteúdo da informação que considera relevante, como se pode verificar nas seguintes transcrições:

“ (...) a informação que transmitimos acerca do doente.” (E3)

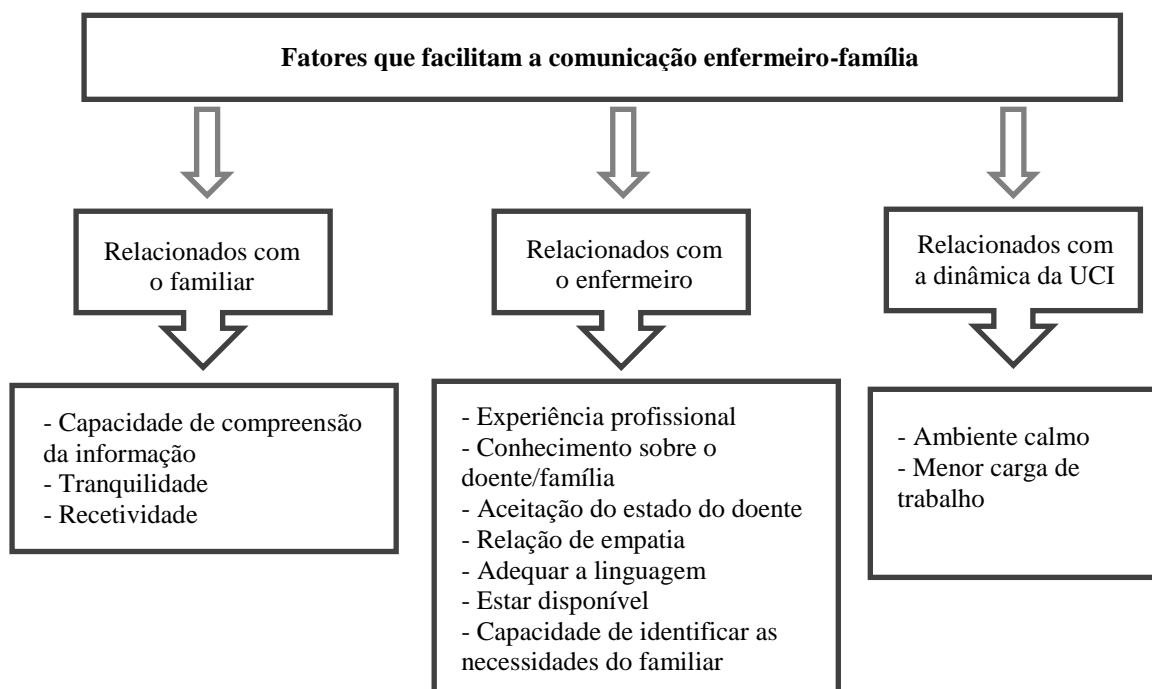
“A informação transmitida.” (F2)

“A informação que transmitem.” (F8)

6. FATORES QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA

Constatamos que o processo de comunicação pode ser influenciado positivamente por diversos fatores, os quais agrupamos em três categorias: relacionados com o familiar, relacionados com o enfermeiro e relacionados com a dinâmica da UCI, como ilustra a Figura 8.

Figura 8 – Fatores que facilitam a comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias



No que respeita aos fatores **relacionados com o familiar** verificamos que a *capacidade de compreensão da informação*, a *tranquilidade* e a *recetividade* influenciam positivamente o processo de comunicação.

A capacidade do familiar compreender a informação transmitida pelo enfermeiro, ou seja, a *capacidade de compreensão da informação* foi o fator facilitador mais referenciado pelos participantes, com cinco unidades de registo:

“ (...) a *capacidade de compreensão e absorção da informação por nós fornecida.*”
(E7)

“A capacidade de compreensão da informação por parte dos familiares...” (E9)

“A capacidade de compreensão da informação pelo familiar.” (F1)

A *tranquilidade* do familiar foi considerada, por dois participantes, como elemento facilitador da comunicação, como traduzem os seguintes excertos:

“O facto de os familiares estarem tranquilos facilita a comunicação.” (E7)

“Quando os familiares estão menos ansiosos, a comunicação é mais fácil...” (F5)

A abertura e *recetividade* à informação por parte do familiar foi outro dos fatores facilitadores mencionados por um enfermeiro:

“A postura recetiva do familiar influencia de forma positiva a comunicação.” (E2)

Das entrevistas realizadas emergiram, também, fatores **relacionados com o enfermeiro** que facilitam a comunicação, nomeadamente a *experiência profissional*, o *conhecimento sobre o doente/família*, a *aceitação do estado do doente*, a *relação de empatia*, *adequar a linguagem*, *estar disponível* e a *capacidade de identificar as necessidades do familiar*.

A *experiência profissional* foi considerada por um enfermeiro como um fator diretamente associado à facilidade de comunicação com o familiar:

“ (...) quanto maior a experiência profissional, mais facilidade temos em comunicar com a família.” (E8)

O facto de o enfermeiro ter um maior *conhecimento sobre o doente/família* também contribui positivamente para o processo comunicacional, como se verifica nas seguintes transcrições:

“É importante conhecer bem o doente...” (E3)

“Quando prestamos cuidados ao mesmo doente durante vários turnos permite-nos conhecer melhor o doente e a sua família, facilitando a comunicação.” (E8)

“Quando conhecemos bem o doente, a comunicação com a família é mais fácil.” (E9)

A *aceitação do estado do doente*, por parte do enfermeiro, constitui outro aspeto que interfere de forma positiva na comunicação:

“A aceitação da nossa parte do estado do doente facilita a transmissão da informação...” (E3)

Na opinião de dois dos enfermeiros entrevistados, a *relação de empatia* estabelecida com o familiar também parece facilitar o processo de comunicação:

“Demonstrar empatia...” (E4)

“Criar uma relação de empatia com a família...” (E6)

A capacidade do enfermeiro em *adequar a linguagem* ao nível de compreensão dos familiares foi outro dos fatores facilitadores evidenciados pelos entrevistados:

“A capacidade do enfermeiro para adaptar o discurso ao nível de compreensão dos familiares.” (E6)

“A maneira simples e clara como os enfermeiros falam, como expõem os problemas do doente.” (F4)

“A capacidade do enfermeiro para descodificar a informação e adequá-la ao familiar.” (F10)

O enfermeiro *estar disponível* contribui, na perspetiva de sete participantes, de forma positiva para o estabelecimento da comunicação com o familiar, sendo o fator mais referido pelos familiares:

“ (...) a disponibilidade por parte dos enfermeiros.” (E3)

“ (...) os enfermeiros estão sempre disponíveis para falar connosco.” (F5)

“O enfermeiro mostrar-se disponível...” (F6)

Na perspetiva de uma familiar, o facto de o enfermeiro ter a *capacidade de identificar as necessidades do familiar*, isto é, compreender o tipo de necessidades sentidas e colmatá-las no momento adequado, favorece o processo de comunicação entre ambos:

“A capacidade de perceber o que o familiar precisa naquele momento...se espaço, silêncio, mais informação, suporte, esperança ou conforto.” (F10)

Por último, os factores **relacionados com a dinâmica da UCI** referem-se a aspetos do funcionamento habitual do serviço, externos ao enfermeiro e ao familiar, os quais agrupamos em duas subcategorias: *ambiente calmo* e *menor carga de trabalho*.

De acordo com os entrevistados, um *ambiente calmo* e silencioso parece interferir de forma positiva no estabelecimento da comunicação:

“ (...) um ambiente calmo na unidade facilita a comunicação com o familiar.” (E1)

“ (...) é importante um ambiente silencioso...” (E3)

Uma menor carga de trabalho foi outro dos fatores facilitadores mencionados pelos participantes:

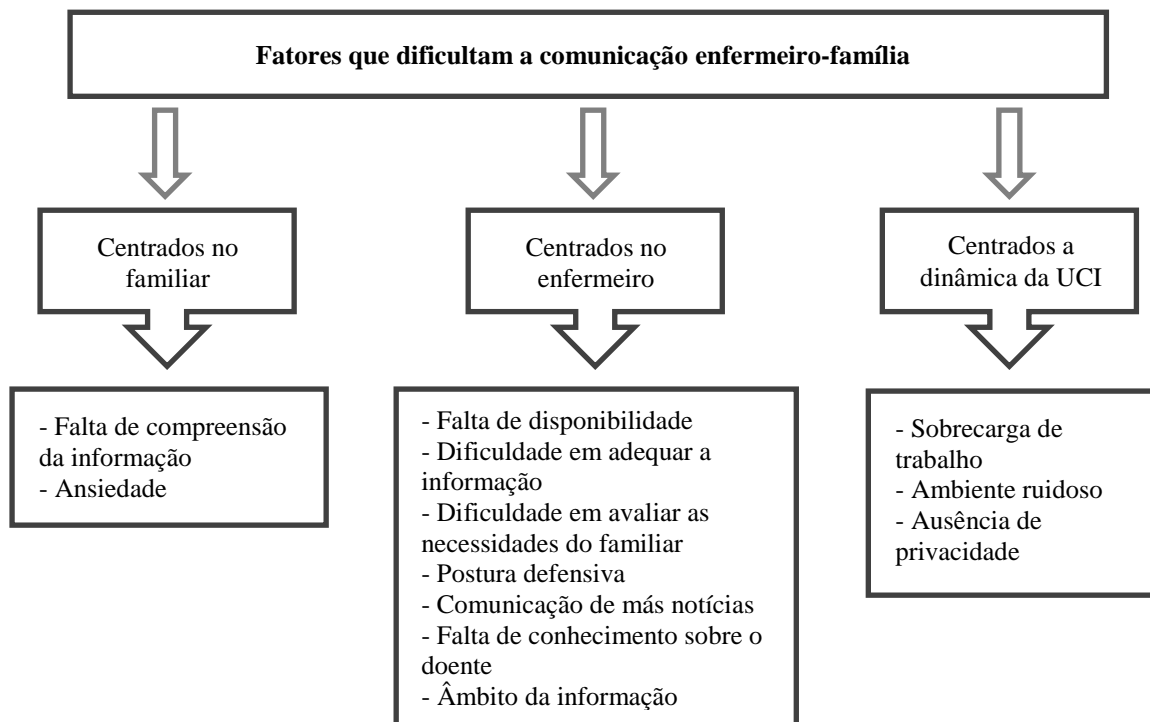
“ (...) termos uma menor carga de trabalho facilita a comunicação com a família.” (E1)

“ (...) uma menor carga de trabalho permite-nos ter mais tempo para a família.” (E6)

7. FATORES QUE DIFICULTAM A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA

A par dos fatores facilitadores da comunicação, apuramos a existência de diversos aspetos que dificultam o processo comunicacional, os quais foram sentidos a três níveis: centrados no familiar, centrados no enfermeiro e centrados na dinâmica da UCI (Figura 9).

Figura 9 – Fatores que dificultam a comunicação enfermeiro-família – categorias e subcategorias



Os factores **centrados no familiar** que dificultam a comunicação referem-se à *falta de compreensão da informação* e à *ansiedade*.

Na perspectiva de alguns participantes, o facto de os familiares não compreenderem a informação que lhes é transmitida pelo enfermeiro, ou seja, a *falta de compreensão da informação* influencia negativamente o processo de comunicação:

“Falta de capacidade da família para compreender o que dizemos.” (E7)

“A falta de compreensão da informação que transmitimos dificulta a comunicação...”
(E9)

“A falta de compreensão da informação pelos familiares.” (F1)

O estado de *ansiedade* de alguns familiares foi apontado por alguns enfermeiros como um fator dificultador da comunicação, como traduzem as seguintes transcrições:

“Ansiedade do familiar perante o doente e a procura incessante de informação...” (E2)

“Um estado de maior ansiedade do familiar dificulta a nossa comunicação.” (E7)

“O estado de ansiedade de alguns familiares.” (E9)

No que respeita aos fatores dificultadores do processo comunicacional **centrados no enfermeiro** emergiram sete subcategorias: *falta de disponibilidade, dificuldade em adequar a informação, dificuldade em avaliar as necessidades do familiar, postura defensiva, comunicação de más notícias, falta de conhecimento sobre o doente e âmbito da informação*.

A *falta de disponibilidade* para comunicar com os familiares foi considerada como um aspeto que influencia negativamente o processo de comunicação, na perspectiva de alguns participantes dos dois grupos:

“A falta de disponibilidade dos enfermeiros para falar connosco...” (F9)

“ (...) por vezes a falta de disponibilidade e paciência, da nossa parte, para falar com os familiares.” (E5)

“Nem sempre tenho a mesma disponibilidade para falar com os familiares...nos dias em que estou mais bem-disposta tenho mais paciência para eles.” (E6)

A *dificuldade em adequar a informação* ao nível de compreensão do familiar também surge como fator dificultador, sendo manifestado por três entrevistados:

“Não ter a capacidade de transmitir a informação de forma a ser compreendida pela família.” (E4)

“A ausência de capacidade para descodificar a informação e adequá-la ao familiar.” (F10)

De acordo com o relato de uma familiar, o facto de o enfermeiro ter *dificuldade em identificar as necessidades do familiar*, ou seja, não compreender o tipo de necessidades sentidas, dificulta a comunicação entre ambos:

“A ausência da capacidade de perceber o que o familiar precisa naquele momento...se espaço, silêncio, mais informação, suporte, esperança, conforto.” (F10)

A *postura defensiva* adotada pelo enfermeiro parece interferir de forma negativa no processo comunicacional, como traduz o seguinte excerto de um familiar:

“A adoção de uma postura defensiva por parte do enfermeiro dificulta a comunicação.” (F10)

A transmissão de informação em situações graves, isto é, a *comunicação de más notícias* foi considerada por alguns enfermeiros como um fator que dificulta a comunicação com os familiares:

“Quando temos de transmitir más notícias é mais difícil comunicar com os familiares.” (E3)

“A transmissão de más notícias é uma situação em que é difícil informar os familiares. Houve uma situação grave em que sofri ao dar-lhes aquelas informações...saí daqui a chorar.” (E4)

“Nas situações de transmissão de más notícias tenho mais dificuldade em comunicar com os familiares...” (E7)

Na perspetiva de dois enfermeiros, a *falta de conhecimento sobre o doente*, ou seja, o facto de não conhecerem tão bem o doente interfere no processo de comunicação, dificultando-o:

“Ter poucos conhecimentos acerca do doente complica a comunicação com a família.” (E8)

“Quando não conheço bem o doente, por estar com ele a primeira vez, tenho mais dificuldade em informar a família.” (E9)

Todos os enfermeiros entrevistados consideraram que o *âmbito da informação* é um fator que dificulta a comunicação, nomeadamente a ausência de novidades, a falta de acesso a algum tipo de informação e a necessidade, em certas situações, de transmissão da informação pela equipa médica, como se verifica nas seguintes transcrições:

“O facto de muitas vezes não termos informações novas para dar aos familiares.” (E2)

“Quando temos conhecimento de uma informação do estado clínico do doente e que ainda não foi transmitida à família, pela parte médica.” (E3)

“Quando os familiares querem respostas e prognósticos e nós não sabemos se vai correr bem ou mal (...) situações em que não há consenso por parte da equipa médica acerca da evolução e tratamento do doente.” (E6)

“Quando os familiares nos pedem informações às quais ainda não tivemos acesso. Por exemplo, resultados de exames ou análises, exames a programar.” (E9)

No que respeita aos fatores **centrados na dinâmica da UCI**, constatamos que a *sobrecarga de trabalho*, um *ambiente ruidoso* e a *ausência de privacidade* influenciam negativamente o processo de comunicação enfermeiro-família.

A *sobrecarga de trabalho*, que leva a uma diminuição do tempo e disponibilidade para estar e comunicar com a família, foi considerada por vários participantes como um fator que dificulta a comunicação:

“Uma elevada carga de trabalho que leva ao cansaço do enfermeiro.” (E3)

“(...) tempo insuficiente para estar com a família devido ao excesso de trabalho.” (E5)

“A falta de tempo provocada pela sobrecarga de trabalho...” (E6)

“Quando os enfermeiros têm excesso de trabalho não têm tanto tempo para nós...” (F9)

Constatamos, também, que, na perspetiva dos enfermeiros que participaram no estudo, um *ambiente ruidoso* e desorganizado interfere de forma negativa no processo de comunicação com os familiares:

“(...) um ambiente ruidoso dificulta a nossa comunicação com a família.” (E2)

“O ambiente confuso da unidade que muitas vezes nos impede de comunicar com a família sem interrupções.” (E6)

A *ausência de privacidade* durante a comunicação foi outro dos aspetos dificultadores mencionados por dois enfermeiros:

“As unidades dos doentes são muito próximas umas das outras e nem sempre temos a privacidade que desejávamos para falar com a família...principalmente quando as notícias não são boas.” (E2)

“ (...) a falta de privacidade quando comunicamos com os familiares.” (E6)

Em suma, os dados obtidos permitiram identificar um conjunto de áreas temáticas integradoras, as quais dão visibilidade às experiências dos enfermeiros e familiares no processo comunicacional, nomeadamente, os modos de comunicação enfermeiro-família, o âmbito e a opinião da informação transmitida, as necessidades de informação sentidas pela família, os aspetos significativos da comunicação, assim como os fatores considerados facilitadores e dificultadores no processo de comunicação, em contexto de cuidados intensivos.

Salientamos o facto de existirem algumas coincidências nos dados obtidos nos dois grupos de participantes, no que respeita aos aspetos significativos da comunicação enfermeiro-família e aos fatores que facilitam e dificultam esse processo. É de realçar, ainda, que por vezes os mesmos fatores contribuem de forma positiva e negativa para o processo comunicacional.

Concluída a apresentação e análise de dados, procederemos, no próximo capítulo, à discussão dos resultados, focando as respetivas áreas temáticas.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à discussão dos resultados obtidos e a importância dos mesmos para compreender o processo de comunicação enfermeiro-família em contexto de cuidados intensivos. Esta discussão sustentou-se no conhecimento já existente e em estudos já realizados, assim como na nossa própria reflexão em torno desta problemática.

De acordo com Fortin (2006), este processo constitui uma etapa árdua, uma vez que exige uma reflexão intensa e profunda de toda a investigação.

De forma a permitir uma visão global dos resultados obtidos, utilizaremos uma linha de apresentação idêntica ao capítulo anterior, seguindo sequencialmente as diversas áreas temáticas.

Modos de comunicação enfermeiro-família

No processo comunicacional estabelecido com a família, constatamos que o enfermeiro utiliza a comunicação verbal e não-verbal, bem como diversas atitudes comunicacionais. Este resultado vai de encontro à perspectiva de Phaneuf (2005, p.23), quando afirma que “a comunicação transmite-se de forma consciente ou inconsciente, pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pelo modo de actuação dos intervenientes”.

O processo de comunicação é, assim, constituído por mensagens transmitidas por palavras, a componente verbal, e pela transmissão de sensações e emoções através de sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras, ou seja, a componente não-verbal.

No que respeita à comunicação verbal, Phaneuf (2005, p.82) defende que esta “é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra.”. Neste âmbito, e de acordo com a referida autora, o enfermeiro deve exprimir-se de forma a ser compreendido, adotando uma comunicação funcional, caracterizada pela simplicidade, concisão, precisão, clareza, pertinência e flexibilidade, bem como pela adaptação ao contexto, preocupações e interesses da pessoa.

Esta perspectiva é enfatizada por Campos [et al.] (2008), quando refere que a informação fornecida aos familiares deve ser transmitida de forma adequada e sem contradições,

constituindo-se um aspeto fundamental para promover a participação da família nas decisões terapêuticas.

Este facto foi verificado na maioria das nossas observações, pela utilização, por parte do enfermeiro, de uma linguagem adequada ao familiar, através de um discurso simples e claro, com ausência de termos técnicos e linguagem ambígua.

Além da componente verbal, evidenciamos, também, a presença de uma linguagem não-verbal ao longo do processo de comunicação enfermeiro-família, a qual é considerada por Silva [et al.] (2000, p.54) como uma forma complexa de “comunicar-se, de interagir e de manifestar sentimentos, vontades, emoções, de exteriorizar conteúdos internos”.

De acordo com Phaneuf (2005) as manifestações não-verbais incluem a postura, a expressão facial, os gestos, o toque, o volume e a modulação da voz e o débito do discurso. Tal facto é corroborado por Gaiarsa in Silva [et al.] (2000, p.53), ao afirmar que “tudo aquilo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo”.

Comprovamos este conceito através das subcategorias, relativas à comunicação não-verbal, que emergiram nesta área temática, nomeadamente a expressão facial, o estabelecimento de contacto visual, a postura corporal, o toque e o recurso à paralinguística.

As emoções são demonstradas, principalmente, pela expressão facial, uma vez que a face é a parte mais exposta do corpo humano. Neste contexto verificamos que grande parte dos enfermeiros esboçava um sorriso durante a comunicação, de forma a transmitir simpatia e atenção ao familiar, facto que é valorizado por Phaneuf (2005, p.37) quando refere que “somente o sorriso pode indicar que somos calorosos e abertos aos outros”.

Constatamos que durante o processo comunicacional, todos os enfermeiros estabelecem contacto visual com o familiar, demonstrando atenção e traduzindo uma vontade de interação. Segundo Phaneuf (2005), a frequência, a duração e a ocasião de um olhar são fatores que transmitem mensagens sobre o relacionamento entre duas ou mais pessoas. Esta componente torna-se essencial para a comunicação, uma vez que a visão é dos sentidos mais especializados no Homem, facultando ao sistema nervoso uma quantidade de informação maior que o tato e a audição.

A postura corporal foi outro dos modos de comunicação não-verbal observados. Uma vez que a capacidade de ouvir e compreender o outro não inclui apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais, a cinésica, isto é, o estudo da linguagem corporal, assume um papel fundamental no processo de comunicação, permitindo a descodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais.

A postura corporal, que se encontra associada à forma como nos movimentamos, é valorizada por Silva [et al.] (2000, p.56) quando afirma que “o corpo é veículo das emoções e sentimentos puros, nem sempre conscientes, que exprimem a essência do ser”.

No presente estudo verificamos que a maioria dos enfermeiros comunica de frente para os familiares, transmitindo, assim, a atenção que lhes estão a dispensar, o que demonstra uma atitude de escuta e de disponibilidade.

No entanto, na perspetiva de Pereira (2008) o ângulo de colocação de “cara a cara” relativamente ao outro tanto pode revelar uma relação de intimidade como uma relação hierárquica de superioridade/inferioridade.

O toque é, igualmente, um tipo de contacto inerente e necessário à prestação de cuidados de enfermagem. Este encontra-se intrinsecamente ligado ao tacto, que é considerado por Phaneuf (2005) como um sentido privilegiado do ato de cuidar, pela quantidade de vezes que é utilizado comparativamente com a estimulação de outros sentidos.

De acordo com Ferreira e Dias (2005) o toque pode ser utilizado com diferentes finalidades, nomeadamente como contacto físico deliberado, utilizado pelo enfermeiro na realização de procedimentos (toque instrumental), como expressão espontânea de sentimentos e forma de confortar (toque afetivo) e com a intenção de curar (toque terapêutico).

Constatamos que apenas alguns enfermeiros utilizaram o toque, o que, na nossa opinião, pode ser justificado pelo facto de o contexto da comunicação não o exigir ou derivado às características da personalidade da pessoa em questão. No entanto, nas situações em que foi utilizado, o toque teve o intuito de tranquilizar e confortar o familiar, ou seja, o toque afetivo.

Devido a todas as funções que pode assumir, o toque constitui uma importante forma de comunicação não-verbal, uma vez que permite ao familiar perceber a presença do enfermeiro, tornando o cuidado mais humanizado.

O recurso à paralinguística foi outro aspeto não-verbal verificado na comunicação enfermeiro-família, o qual é realçado por Pereira (2008, p.60), quando afirma que o comportamento comunicativo “não depende apenas dos aspetos linguísticos utilizados (tipo de língua, formas e tempos...), mas também dos aspetos não linguísticos (o tom, o timbre, a intensidade da voz, as pausas...)”.

Além da comunicação verbal e não-verbal verificamos a presença de diversas atitudes comunicacionais no processo de comunicação enfermeiro-família, nomeadamente o suporte emocional, a disponibilidade/abertura, a escuta ativa e o estar presente.

No nosso estudo constatamos que, ao comunicar, os enfermeiros não se limitam apenas a transmitir a informação, preocupando-se, também, em fornecer suporte emocional ao familiar, através da tranquilização e do encorajamento. Facto que é comprovado por Phaneuf (2005), quando defende que o suporte emocional prestado à família baseia-se num conjunto de intervenções de enfermagem que visam dar apoio emotivo, ajudando-os a atravessar o momento doloroso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente.

Esta atitude comunicacional reflete, assim, uma intencionalidade por parte dos enfermeiros em tranquilizar a família, em função dos sentimentos presentes aquando da visita à pessoa doente, podendo, conseqüentemente ser vista como uma resposta à ansiedade e preocupação dos familiares perante os diferentes aspetos do internamento.

Como vimos anteriormente, o internamento numa UCI constitui um momento de crise para a família da pessoa em situação crítica, o qual provoca sentimentos de insegurança, ansiedade e medo da morte, tornando o familiar vulnerável. Neste sentido, torna-se fundamental que o enfermeiro apoie o familiar, visando suprir as suas necessidades físicas e emocionais e respeitando, sempre, as suas potencialidades e limitações.

Através de um cuidado humanizado baseado na relação de ajuda, o enfermeiro permite a identificação de estratégias para a resolução de problemas, auxiliando a família a encontrar um novo equilíbrio.

De acordo com Machado e Zagonel (2000), o processo de cuidar não se desenvolve isoladamente, pois trata-se de uma ação interativa, que ocorre entre a pessoa que cuida e

o ser cuidado, desenvolvendo-se através de condições como a disponibilidade e a recetividade.

A maioria dos enfermeiros observados demonstraram disponibilidade e abertura na comunicação, ao procurarem o familiar sem este o solicitar, manifestando, assim, preocupação e atenção para com a família que está a viver um momento particular da sua vida e se encontra carente de apoio.

O enfermeiro de uma UCI, por toda a especificidade do cuidar que os doentes críticos exigem e, na perspetiva de Ferreira e Dias (2005, p.68), 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”.

Desta forma, torna-se fundamental que o enfermeiro demonstre ao familiar que está disponível para ele, manifestando uma atitude de escuta ativa, essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica, bem como protagonizando uma situação de atenção e presença plena.

Segundo Phaneuf (2005), escutar consiste em olhar e observar simultaneamente, apreendendo o significado das palavras e as emoções subjacentes. Esta atitude comunicacional não é apenas uma atenção passiva prestada ao outro, podendo assumir um carácter bastante ativo, pela aplicação de diversos comportamentos de recetividade, como o questionamento, a reformulação constante, as respostas-reflexo e a utilização de diversas estratégias dinâmicas.

Este conceito é enfatizado por Riley (2000), quando afirma que a escuta é um processo ativo de receber informações e observar as reações às mensagens recebidas, bem como um tipo de comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pela pessoa.

Ao longo do processo de comunicação com a família, alguns enfermeiros utilizaram a escuta ativa, através do questionamento, permitindo, assim, a compreensão aprofundada e precisa dos factos, bem como refletindo uma atitude de compreensão e atenção para com o familiar.

Relativamente à atitude comunicacional estar presente, constatamos, em todas as observações, que a comunicação enfermeiro-família é estabelecida junto do doente, evidenciando uma atitude de presença. Este facto é sustentado pela opinião de Phaneuf (2005), quando afirma que a comunicação e a relação de ajuda não se limitam a um

conjunto de atitudes a privilegiar ou a evitar e técnicas a aplicar, devendo, também, incorporar valores humanistas, manifestados pela qualidade da presença, pelo respeito e pela autenticidade do enfermeiro.

Riley (2000, p.35), por sua vez, defende que a presença fundamenta-se na essência da enfermagem enquanto disciplina, uma que vez “estar verdadeiramente presente é testemunhar a experiência do cliente, compreender a sua perspectiva, respeitar a sua dignidade e o seu direito à autodeterminação”.

Desta forma, a presença, a escuta ativa e a palavra do enfermeiro, que favorecem a evolução e a tomada de decisão da família cuidada, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem.

A perspetiva de Hesbeen (2000), relativamente aos componentes essenciais na relação enfermeiro-família, vai de encontro aos resultados obtidos nesta área temática. A autora salienta a importância de elementos como: o calor, caracterizado pela palavra do enfermeiro, pelo sorriso, pelo olhar adequado e personalizado; a escuta, que permite acolher a palavra da pessoa que necessita de ajuda; a disponibilidade, quando o enfermeiro revela uma atenção particular e demonstra a sua presença e a simplicidade, refletida na utilização de uma linguagem acessível.

Em suma, consideramos que a comunicação enfermeiro-família desenvolve-se em função de atitudes e comportamentos verbais e não-verbais, que humanizam o cuidado, na medida em que o enfermeiro, através da sua postura, do seu olhar, do seu toque e dos seus gestos, consegue atenuar a condição de fragilidade da família, ajudando-a a manter a sua dignidade. Como refere Côrte-Real (2007, p.121), a equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos “deverá ser caracterizada pela competência técnica-científica, mas também por uma presença de um olhar carinhoso, de um ouvir atento, de um tom de voz amável e de uma presença disponível.”.

Âmbito e opinião da informação proporcionada pelos enfermeiros à família

A comunicação, baseada na troca de informações e de sentimentos, destaca-se como o principal instrumento para o estabelecimento de uma relação entre quem cuida e quem é cuidado, evidenciando, assim, a arte do cuidar em enfermagem (Côrte-Real, 2007).

Com base na observação e nas entrevistas realizadas verificamos que os enfermeiros informam os familiares no âmbito da situação clínica do doente, do funcionamento do serviço, das estratégias para comunicar com o doente e da informação solicitada.

A informação relativa à situação clínica do doente centra-se em cinco domínios, nomeadamente o estado clínico/evolução do doente, os exames de diagnóstico realizados e/ou programados, a medicação que tem em perfusão, o prognóstico e o tratamento instituído.

A transmissão de informação acerca do estado clínico e evolução do doente é feita com o intuito de clarificar a situação clínica do doente, tornando-a mais perceptível para os familiares.

Neste contexto, constatamos que a maioria dos enfermeiros aborda aspetos relacionados com o atual estado de consciência do doente, bem como têm a preocupação constante de garantir o conforto do doente.

É de salientar o facto de a explicação de aspetos relacionados com o estado clínico do doente e a existência, ou não, de evolução ter sido verificada em todas as observações e referida por todos os enfermeiros entrevistados.

Os exames de diagnóstico realizados e/ou programados e o prognóstico do doente foram outros aspetos evidenciados no tipo de informação proporcionada pelos enfermeiros à família.

Uma vez que a visita coincide, geralmente, com o período da realização de alterações terapêuticas e da substituição de medicação, os enfermeiros aproveitam o momento para informar os familiares acerca da medicação que o doente tem em perfusão, evidenciando a que se encontra relacionada com a sedação e a analgesia.

Alguns enfermeiros esclareceram, também, os familiares quanto ao tratamento instituído e a finalidade de determinados equipamentos, transmitindo segurança e tranquilizando-os, contribuindo, assim, para a compreensão dos cuidados prestados.

Estes resultados são sustentados pelo estudo de Slatore [et al.] (2012), no qual se verificou que a comunicação entre os enfermeiros e as famílias dos doentes centrava-se no domínio biopsicossocial, nomeadamente relacionada com problemas biomédicos agudos. A informação proporcionada pelos enfermeiros incluía aspetos relativos ao nível de consciência do doente, à gestão da sedação e analgesia, às funções corporais,

bem como o esclarecimento do plano global para o doente, incluindo a forma como vários diagnósticos e tratamentos eram indicadores de gravidade da doença.

Uma pequena parte dos enfermeiros do estudo referiu que informava os familiares acerca do funcionamento do serviço, não só na primeira visita, mas sempre que necessário, abordando aspetos como o horário das visitas, a necessidade de medidas de controlo de infeção e as normas e disposição do serviço.

Num ambiente de cuidados intensivos, o doente encontra-se rodeado de equipamentos técnicos e de monitorização, que o tornam irreconhecível. Esta situação é bastante complexa para a família, a qual, sem a orientação devida, tem dificuldade em se aproximar do doente, não sabendo se pode tocar-lhe ou falar com ele. Desta forma, é essencial que o enfermeiro proporcione informação aos familiares sobre as estratégias para comunicar com o doente, reduzindo a sua ansiedade e insegurança.

Verificamos, também, que alguns dos enfermeiros informavam os familiares de acordo com a informação solicitada, respondendo apenas às questões colocadas. Riley (2000) defende esta perspetiva, quando é necessário dar informações que constituem uma novidade para a pessoa, no sentido de evitar aborrecê-la, considerando que nos devemos focar nos aspetos que ela deseja, particularmente, saber.

O processo de comunicação enfermeiro-família não se baseia apenas no ato de fornecer informação, mas também na partilha de opiniões e esclarecimento de dúvidas. Permitir ao familiar exprimir a sua opinião demonstra interesse em escutá-lo (Esteves, 2012).

Neste sentido, e no que respeita à opinião sobre a informação proporcionada pelos enfermeiros, a maioria dos familiares considerou-a positiva e perceptível, encontrando-se bastantes satisfeitos com a mesma.

No estudo realizado por Slatore [et al.] (2012) numa UCI, os familiares dos doentes identificaram uma boa comunicação como um aspeto essencial da qualidade da prestação de cuidados, contribuindo para a diminuição da ansiedade e para o aumento da satisfação.

Necessidades de informação sentidas pela família

A transmissão de informação contribui para a redução da incerteza e para a aquisição de controlo sobre a situação, constituindo um auxílio fundamental para a família aceitar a

doença, lidar com a situação, participar na tomada de decisão e envolver-se no processo de tratar/cuidar, permitindo, assim, a existência de autonomia para uma adaptação positiva (Pereira, 2008). Neste sentido, é fundamental que a informação transmitida vá de encontro às necessidades sentidas por quem a recebe.

Das entrevistas realizadas aos familiares emergiram várias necessidades sentidas ao nível da informação fornecida pelos enfermeiros, nomeadamente sobre o estado clínico e evolução do doente, os procedimentos, médicos e de enfermagem, efetuados, a medicação e os exames de diagnóstico realizados.

É de salientar que a necessidade de informação relativa ao estado clínico/evolução do doente foi referida por todos os familiares que participaram no estudo.

Este resultado é corroborado por múltiplos autores, como Esteves (2012), Maruiti e Galdeano (2007), Millar in Rosário (2009), Morgon e Guirardello (2004), Siddiqui, Sheikh e Kamal (2011) e Silva (2012), que através de estudos realizados sobre as diversas necessidades sentidas pela família dos doentes internados em UCI's, concluíram que a necessidade dominante foi a de informação sobre o estado clínico do doente e a sua evolução.

Sentimentos como a ansiedade, o sofrimento e a inquietude quanto ao prognóstico, presentes na família da pessoa em situação crítica, provocam a necessidade de informação para conhecerem e compreenderem o estado clínico do doente e, conseqüentemente participarem nas decisões, pelo que, e como nos refere Phaneuf (2005, p.462), “é (...) normal que eles se voltem para as enfermeiras para receber reconforto e informações”.

O enfermeiro deve, assim, estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família e comunicar de forma adequada, a fim de incentivar e motivar os familiares a esclarecerem todas as suas dúvidas, satisfazendo a necessidade de informação e, conseqüentemente diminuir a ansiedade, a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos.

Realçamos o facto de os familiares do nosso estudo não referirem sentir necessidade de informação específica sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente. Esta situação pode ser justificada pelo facto de na UCI predominarem a tecnologia e o tecnicismo, estando o cuidar inserido num conturbado ambiente de dependência tecnológica e de exigência do conhecimento técnico-científico. No entanto, Riley (2000)

afirma que a competência técnica, em cuidados intensivos, relacionada com os avanços tecnológicos foi descrita como uma componente importante do cuidar, suportada por vários teóricos de enfermagem, permitindo, de uma outra forma, conhecer melhor o doente.

Neste sentido, a informação partilhada diariamente com os familiares, numa UCI, deve ser pertinente, adequada a cada situação e dirigida para aspetos práticos que envolvam o estado clínico e evolução do doente, a finalidade de determinada medicação, o tratamento instituído, a função dos equipamentos existentes e os exames realizados/programados.

Desta forma consideramos que, de um modo geral, o âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros à família vai de encontro às suas necessidades, contribuindo, assim, para a sua satisfação.

Aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família

Os enfermeiros e os familiares entrevistados consideraram a comunicação não-verbal, as atitudes comunicacionais e o conteúdo da informação como aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família.

De acordo com Pereira (2008, p.58), “a comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não-verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde é produzida, constituindo um sistema comunicacional único”.

No âmbito da comunicação não-verbal, os participantes do nosso estudo valorizaram a postura corporal, o contacto visual e o toque, indo de encontro à perspetiva de Phaneuf (2005), quando afirma que a comunicação não-verbal consiste na expressão de mensagens através de um conjunto de comportamentos, tais como os gestos, a postura, a expressão facial, a voz e o toque, os quais apoiam, completam ou contradizem as palavras, veiculando as emoções da pessoa.

A linguagem corporal apresenta-se, assim, como uma dimensão fundamental da comunicação enfermeiro-família, na medida em que facilita e apoia a expressão verbal, bem como proporciona um conhecimento acerca dos comportamentos, atitudes e estado emocional, influenciando a relação de interação.

A postura corporal constitui uma forma de emitir mensagens sobre o nosso relacionamento com a família, uma vez que a adoção de uma postura descontraída transmite a disponibilidade para a ouvir e a atenção demonstrada para com o seu discurso. Desta forma, torna-se fundamental que o enfermeiro tenha atenção à postura que adquire perante o familiar, de modo a facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Tal como refere Ferreira e Dias (2005, p.88) “a posição física que o enfermeiro adota no contacto pode ser reveladora da importância que o utilizador dos cuidados de saúde tem para si”.

O contacto visual assume-se, também, como um elemento essencial no processo comunicacional estabelecido entre o enfermeiro e a família do doente, na medida em que o modo, a direção e a duração do olhar permitem a expressão das suas emoções e intenções, estimulando, assim, a comunicação e o envolvimento com os familiares. Este elemento é, ainda, característico da atitude de escuta ativa.

O toque, por sua vez, é utilizado frequentemente como forma de proporcionar conforto à pessoa, podendo ser empregue, também, para atrair a sua atenção, manifestar o seu interesse, acalmá-la ou ainda numa perspetiva de melhorar a comunicação na relação terapêutica. É atribuída uma grande variedade de significados a esta componente relacional, tais como a ternura, o medo, a segurança ou a agressividade e violência, pelo que o enfermeiro deve utilizá-lo com precaução e possuir a sensibilidade para perceber se tem o efeito desejado, visto que também pode ser sentido pelo outro como ameaçador, pelo facto de entrarmos na sua zona íntima.

Neste sentido, consideramos que a comunicação não-verbal é um modo de comunicar mais espontâneo do que a comunicação verbal e, conseqüentemente, mais difícil de controlar, pois torna-se mais fácil seleccionar as palavras do que eleger a expressão facial para determinado momento.

Os comportamentos não-verbais traduzem, assim, o impacto daquilo que dizemos através das palavras, podendo facilitar ou dificultar o processo comunicacional. Desta forma é essencial a existência de coerência entre aquilo que dizemos e o que exprimimos através dos gestos e das atitudes.

Esta perspetiva é reforçada por Phaneuf (2005), que defende que o que deriva da linguagem não-verbal é retido de melhor forma do que as palavras, sendo necessário estabelecer uma relação harmoniosa entre estes dois modos de expressão. Esta

concordância entre o verbal e o não-verbal, indispensável à comunicação, apela ao conceito de autenticidade, o qual se baseia na expressão das palavras e das atitudes em consonância com os pensamentos, as emoções e as intenções da pessoa.

No que respeita às atitudes comunicacionais, os entrevistados consideraram o dar atenção, o ser simpático, o proporcionar segurança, o estabelecer empatia, o demonstrar disponibilidade e o dar apoio como significativos no processo de comunicação enfermeiro-família.

A presença destas atitudes comunicacionais é fundamental na relação terapêutica estabelecida com a família do doente internado, uma vez que o ambiente tecnológico e invasivo predominante numa UCI provoca sentimentos de inquietude, confusão e sofrimento. Perante a ansiedade gerada pela incerteza, o stress e o medo da gravidade da doença ou da emergência de uma complicação, surge a necessidade de proporcionar conforto aos familiares, através da escuta e do apoio, por parte dos enfermeiros.

De facto, o enfermeiro, pela relação de proximidade, é o profissional de saúde mais indicado para satisfazer as necessidades de apoio da família. Os familiares devem sentir que os enfermeiros são acessíveis e estão dispostos a ajudar.

Hesbeen (2000) defende que o conceito de cuidar designa uma atenção especial prestada à pessoa que vive uma situação particular, neste caso a família da pessoa em situação crítica, com o intuito de a ajudar e promover o seu bem-estar, utilizando, para isso, as competências inerentes à profissão.

Na perspetiva de Phaneuf (2005), para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família é necessária, além da eficácia do mundo técnico, a presença do calor da relação e a demonstração de interesse pelo outro.

O interesse é demonstrado pela atenção e disponibilidade dos enfermeiros em ajudar os familiares, compreendendo o momento difícil que estão a vivenciar, reforçando, assim, a relação de confiança e de empatia e garantindo um cuidado humanizado.

A empatia é um componente básico da comunicação, necessário para que o enfermeiro perceba a experiência do familiar e o modo como este a vivencia, ao colocar-se no seu lugar, evidenciando a componente humana da relação terapêutica. No entanto, o enfermeiro deve adquirir um nível de maturidade que o permita ser empático, sem que exista um envolvimento emocional prejudicial (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Neste sentido, consideramos que a empatia permite uma melhor compreensão dos sentimentos e das necessidades dos familiares, constituindo um elemento significativo no processo de comunicação enfermeiro-família.

A comunicação é fundamental no cuidado prestado à família, assumindo-se como o ponto de partida para a relação de ajuda, a qual deve ser dirigida às suas necessidades e expectativas. É através da comunicação que os enfermeiros se aproximam dos familiares, compreendendo o seu mundo vivencial, as suas dúvidas e os seus desejos, bem como procurando conhecer a sua história, sobretudo num período tão particular das suas vidas.

Neste processo comunicacional, o conteúdo da informação, especificamente a avaliação da compreensão da informação transmitida, a utilização de uma linguagem adequada, a sinceridade e a informação prévia à primeira visita, assume-se como um aspeto significativo.

Alguns enfermeiros entrevistados consideraram importante perceber se os familiares compreenderam a informação transmitida, evidenciando a necessidade de utilizar uma linguagem adequada.

De facto, a capacidade do enfermeiro em adequar a linguagem ao nível de compreensão da família foi considerado por alguns entrevistados, principalmente familiares, como um aspeto importante no processo de comunicação. Phaneuf (2005) comprova este resultado, referindo que o enfermeiro deve exprimir-se de forma a ser compreendido e fazer aceitar o que pretende transmitir, utilizando uma linguagem simples, clara, concisa e apropriada às circunstâncias, bem como adaptada às reações da família.

Esta afirmação remete-nos para o conceito de especificidade, o qual, segundo a autora, se refere à capacidade do enfermeiro em manter uma comunicação clara, concreta e eficaz de forma a ser compreendido pelos familiares, bem como perceber as suas dificuldades, a fim de os ajudar.

A sinceridade na informação transmitida também é evidenciada pela autora quando afirma que “revelar a verdade não significa brutalizar, e é possível ter em conta a pessoa, o seu estado afectivo e mental, e as suas capacidades de fazer face às dificuldades” (Phaneuf, 2005, p.91).

Por último, todos os familiares entrevistados consideraram fundamental a realização de um acolhimento familiar, onde seja proporcionada informação prévia à primeira visita,

como forma de preparação antes da entrada na UCI e do contacto com o doente, bem como de interação com os profissionais de saúde, reduzindo, assim, a sua ansiedade e fornecendo suporte emocional.

Verificamos que nesta UCI o acolhimento à família realiza-se numa sala específica, com privacidade, onde está presente o médico e o enfermeiro responsáveis pelo doente. As informações acerca do diagnóstico, exames realizados e tratamento adequado são transmitidas pelos médicos, cabendo ao enfermeiro informar a família sobre o horário das visitas, as normas e disposição do serviço, as medidas de controlo de infeção, a finalidade do equipamento que se encontra em torno do doente e, principalmente, sobre os cuidados de enfermagem prestados. Posteriormente, o enfermeiro acompanha o familiar até ao doente, disponibilizando-se para esclarecer qualquer dúvida.

Saiote (2010) comprova este resultado ao afirmar que é fundamental realizar um acolhimento eficiente à família, antes de iniciar o processo de partilha de informação. O enfermeiro deve, assim, abordar o familiar na entrada do serviço, identificar-se e acompanhá-lo até ao doente, explicando-lhe as normas e rotinas do serviço, o porquê de determinados procedimentos, a tecnologia utilizada e devida aplicação, e fortalecer a ideia de que estas unidades são contextos em que a atenção para com o doente é redobrada.

Esta perspetiva também é defendida por Silva (2012) quando refere que apesar de o ambiente altamente tecnológico não poder ser evitado, os familiares devem ser preparados antes de entrar na UCI, de modo a diminuir o impacto do contexto e minimizar o seu sofrimento.

A questão da informação prévia à primeira visita e o acompanhamento da família, também é visível no estudo de Côrte-Real (2007) quando afirma que não basta permitir a entrada da família na UCI, sendo necessário e fundamental prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo as suas dúvidas, observando as reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo os seus sentimentos. A informação geral acerca da UCI e da situação clínica do doente permite a redução da ansiedade, do medo e da tristeza sentidos pelos familiares.

Neste sentido, ao acolher permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento e a criação de um vínculo entre o familiar e o enfermeiro, contribuindo, desta forma, para a humanização do cuidado à família.

Em suma, consideramos que o processo de comunicação enfermeiro-família é caracterizado por diversos aspetos significativos, destacando-se a postura corporal do enfermeiro, a relação de empatia estabelecida com o familiar e a informação proporcionada previamente à primeira visita.

Factores que interferem no processo de comunicação enfermeiro-família

Apuramos que o processo de comunicação enfermeiro-família pode ser influenciado, de forma positiva ou negativa, por variados fatores relacionados com o familiar, com o enfermeiro e com a dinâmica da UCI.

Este facto é comprovado pelo modelo cibernético da comunicação, na medida em que demonstra que a comunicação não é um fenómeno isolado, sendo 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).

No que respeita aos fatores centrados no familiar, identificamos que a capacidade de compreensão da informação e o estado emocional interferem positiva e negativamente na comunicação com o enfermeiro.

A comunicação enfermeiro-família é, assim, facilitada quando a informação transmitida é compreendida pelos familiares e dificultada pela inexistência desta capacidade de compreensão.

Santos e Silva (2006) referem que a incompreensão das informações fornecidas pode estar relacionada com o baixo nível socioeconómico da família, com a utilização de termos técnicos pelo enfermeiro ou com a falta de coerência na transmissão da informação. A dificuldade da família em compreender as informações transmitidas acaba por influenciar os sentimentos e comportamentos dos enfermeiros no momento do diálogo com o familiar, no horário da visita. Perante as informações incompreendidas, os enfermeiros deste estudo sentiram que a comunicação com a família se tornava difícil e por vezes cansativa.

De facto, é importante que os enfermeiros da UCI compreendam o momento vivenciado pelas famílias, o qual pode incapacitá-las de absorver as informações fornecidas, sendo as mensagens compreendidas e interpretadas de diferentes formas. Deste modo, há a

possibilidade de os familiares deturparem, bloquearem ou “negarem” as informações, surgindo uma repetição das mesmas perguntas várias vezes.

Consideramos que a capacidade de compreensão da informação pode estar relacionada com o estado de ansiedade ou tranquilidade do familiar, influenciando, desta forma, a comunicação enfermeiro-família. Neste sentido, o facto de os familiares estarem recetivos e tranquilos facilita a comunicação, enquanto a ansiedade e a, conseqüente, procura incessante de informação dificulta o estabelecimento deste processo.

Esta perspetiva é defendida por Phaneuf (2005) quando afirma que nem sempre é fácil comunicar com as famílias, uma vez que se encontram maioritariamente num estado de ansiedade que as leva a colocar numerosas questões e a revelarem-se inquisidoras e exigentes. No entanto, o enfermeiro enquanto interface entre o sistema, a pessoa doente e a sua família, deve compreender a necessidade de estar aberto ao pedido de informações e fornecê-las de forma a dar suporte à família para se adaptar à situação e aos respetivos constrangimentos.

A capacidade de comunicar com a família é influenciada, de forma positiva e negativa, por múltiplas variáveis que identificamos como fatores centrados no enfermeiro, os quais se prendem com a experiência profissional, o grau de conhecimento sobre o doente/família, a aceitação do estado do doente, a relação de empatia estabelecida, a capacidade de adequar a linguagem, a disponibilidade, a capacidade de identificar as necessidades do familiar, a comunicação de más notícias e o âmbito da informação.

A experiência profissional foi referida por um enfermeiro como fator facilitador da comunicação com a família, na medida em que os enfermeiros com mais tempo de serviço em UCI apresentam maior facilidade em compreender e comunicar com os familiares do doente. Esta importância atribuída à experiência profissional na área de cuidados intensivos pode ser justificada pela teoria de Benner (2001), referente às competências comunicacionais do enfermeiro, quando defende que o estadió de perito apenas é conseguido, aproximadamente, com cinco anos de experiência profissional em determinada área específica, fornecendo-lhe autonomia e poder de decisão para atuar com segurança em qualquer situação. 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 relacionar com a família da pessoa em situação crítica.

Este fator facilitador é reforçado pelo estudo de Santos e Silva (2006), no qual concluem que a experiência profissional facilita a comunicação, uma vez que favorece a percepção das reações dos familiares perante a informação transmitida, ajudando a discernir o que é importante para diminuir a sua ansiedade.

O grau de conhecimento do doente/família e a aceitação do seu estado clínico também parecem interferir no processo comunicacional. De acordo com alguns enfermeiros entrevistados, a comunicação com a família é facilitada quando o enfermeiro conhece bem o doente e os familiares, pelo facto de lhes prestar cuidados ao longo de vários turnos, bem como pelo facto de aceitarem a situação clínica do doente.

Esta perspetiva é defendida por Santos e Silva (2006), na medida em que consideram que a comunicação é facilitada quando existe um conhecimento mútuo entre os enfermeiros e os familiares, após as sucessivas aproximações.

Nas situações em que não existe esse conhecimento, o estabelecimento da comunicação com o familiar torna-se mais complicada, surgindo uma necessidade premente por parte do enfermeiro em conhecer previamente a situação clínica do doente, consultando o processo, de forma a fornecer informações precisas aos familiares e amenizar a sua sensação de desconforto.

No seu estudo, Santos e Silva (2006) também identificaram este factor como dificultador da comunicação enfermeiro-família, concluindo que quando desconheciam o doente/família, os enfermeiros preferiam não comunicar ou comunicar superficialmente com os familiares, desviando o assunto, bem como sentiam que era visível quando não sabiam, de forma precisa, as informações transmitidas, por não terem oportunidade de conhecer, previamente, os dados relativos à condição do doente.

A prestação de cuidados com qualidade à família, no contexto da UCI, é conseguida se existir um conhecimento profundo da mesma, nomeadamente as suas preocupações, os seus sentimentos e que tipo de suporte necessita. Os enfermeiros procuram conhecer a família através do estabelecimento de uma relação empática, caracterizada pela personalização do cuidado.

Neste contexto realçamos a importância da existência de uma relação de empatia entre o enfermeiro e o familiar, como fator facilitador do processo de comunicação. Pereira (2008) reforça este conceito, defendendo que a empatia é uma componente essencial na relação de ajuda, uma vez que o enfermeiro tenta vivenciar os sentimentos da família e

compreender a sua situação, incentivando-a a ultrapassar o momento e envolvê-la no processo terapêutico.

A capacidade do enfermeiro em adaptar a linguagem ao nível de compreensão dos familiares, transmitindo clareza e simplicidade nas informações, também foi considerada, pelos participantes, um fator facilitador da comunicação. Por outro lado, o facto de os enfermeiros terem dificuldade em adequar a informação, justificada por vezes pela utilização frequente de termos técnicos, pode influenciar negativamente a comunicação com a família.

Relativamente à disponibilidade, a maioria dos familiares referiu que o facto de o enfermeiro estar disponível facilita a comunicação.

Na investigação realizada por Esteves (2012), os familiares consideraram que a disponibilidade para auxiliar e fornecer informações foram importantes no apoio que receberam e que, de certo modo, ajudou a ultrapassar a situação.

No ponto de vista da família, a falta de disponibilidade do enfermeiro interfere de forma negativa na comunicação, podendo ser justificada pela própria dinâmica da unidade, na medida em que o número de doentes dificulta uma atenção mais dedicada a cada um dos familiares. A família compreende a necessidade de cuidados constantes aos doentes, evitando, por vezes, solicitar o enfermeiro para obter informações, uma vez que o consideram menos importante relativamente a outro tipo de cuidados.

A capacidade e a dificuldade em avaliar as necessidades da família foram referenciadas por uma familiar como aspetos que podem facilitar ou dificultar, respetivamente, o processo de comunicação enfermeiro-família, uma vez que é essencial que o enfermeiro perceba o tipo de apoio que o familiar necessita naquele momento, para poder fornecer o suporte adequado e prestar, assim, cuidados humanizados.

Uma grande parte dos enfermeiros entrevistados considerou que a comunicação de más notícias, relativamente à situação clínica do doente, dificulta o processo comunicacional com a família, gerando sentimentos de medo, desconforto e ansiedade e conduzindo, conseqüentemente, a mecanismos de fuga na comunicação.

Santos e Silva (2006) corroboram este resultado, defendendo que situações emocionalmente exigentes, como o agravamento da condição clínica do doente, interferem negativamente na interação entre o enfermeiro e a família. No referido estudo, os enfermeiros sentiram-se ineficazes e com dificuldade para fornecer suporte à

família, tentando protegerem-se através do distanciamento e evitando um envolvimento pessoal com os familiares.

De acordo com Buckman (1992) e Sancho (2000) comunicar uma má notícia consiste em transmitir informação que implique uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa, bem como nas suas perspetivas futuras. A comunicação deste tipo de notícia constitui, assim, uma das tarefas mais complexas no âmbito da relação enfermeiro/doente/família.

O enfermeiro da UCI deve, além de planear os momentos de transmissão de más notícias, gerir os seus próprios medos e estar preparado para aceitar as possíveis reações da família. Buckman (1992) defende que estes medos podem estar associados ao receio de culpa ou de atribuição de responsabilidades, de expressão de uma reação emocional, de não saber responder a todas as perguntas colocadas pelos familiares, das possíveis reações da família, bem como se podem relacionar com medos pessoais acerca da doença e da morte.

As dificuldades dos enfermeiros não se prendem apenas com o medo de enfrentar as reações físicas e emocionais da família, mas também com a dificuldade em gerir a situação. Phaneuf (2005) corrobora este ponto de vista, considerando que o enfermeiro tem um papel ingrato ao preparar a família para receber uma má notícia. No entanto, a sua presença torna-se fundamental para responder às questões dos familiares, escutá-los e proporcionar-lhes o reconforto da sua compreensão.

Embora existam imperativos éticos e legais, transmitir uma má notícia é um ato indubitavelmente humano, no qual se destaca a importância da forma como o enfermeiro comunica com a pessoa, mais do que o próprio conteúdo da mensagem (Sancho, 2000).

Por outro lado, no estudo realizado por Slatore [et al.] (2012) verificou-se que os enfermeiros compreendem a gravidade dos eventos críticos para os doentes, embora não discutam diretamente estas questões com os familiares, considerando que transmitir as más notícias é uma responsabilidade médica.

No que concerne ao âmbito da informação, todos os enfermeiros referiram que o facto de não possuírem a informação que os familiares pretendem, como o resultado de análises ou exames de diagnóstico, influencia negativamente o processo de comunicação com a família. Evidenciaram também como dificultadoras, as situações

em que têm conhecimento de um determinado dado sobre a situação clínica do doente, mas que ainda não foi transmitido à família pela equipa médica, dificultando, assim, ao enfermeiro avançar com a informação, de forma a satisfazer adequadamente as necessidades da família neste âmbito.

Relativamente aos fatores que interferem na comunicação enfermeiro-família, centrados na dinâmica da UCI, emergiram a carga de trabalho, o ambiente da unidade e a ausência de privacidade.

Fatores como o ambiente da UCI e a carga de trabalho dos enfermeiros podem atuar como facilitadores ou dificultadores da comunicação, interferindo na perceção da troca de mensagens. De acordo com alguns enfermeiros entrevistados, um ambiente calmo e uma menor carga de trabalho, permite terem mais tempo para a família, facilitando, assim, o processo de comunicação.

Phaneuf (2005, p.83) 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”.

De facto, o internamento numa UCI é caracterizado pela admissão de doentes em estado crítico, sendo os enfermeiros responsáveis pela prestação contínua de cuidados imediatos e altamente qualificados. Esta situação pode levar a uma sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a uma menor disponibilidade dos enfermeiros para investir na comunicação com a família do doente.

Neste contexto, Côrte-Real (2007) afirma que existem diversos fatores, resultantes das características inerentes à UCI, que podem justificar a falta de disponibilidade do enfermeiro, tais como o elevado número e rotação de doentes em estado grave, a imprevisibilidade e especificidade do ambiente da unidade e a presença de alta tecnologia. Estes fatores originam um clima de trabalho exaustivo e tenso, provocando desmotivação e stresse nos membros da equipa de enfermagem. Juntam-se ainda outros aspetos potencialmente desagradáveis como o de um ambiente fechado, iluminação artificial e ar condicionado, elementos que podem levar a alterações de humor. Os profissionais podem estar irritados sem motivo aparente, ter cefaleias e ansiedade, acrescentando-se a estes elementos de tensão emocional, a existência de rotinas exigentes, de deficiências frequentes de recursos humanos, de equipamentos sofisticados e barulhentos com alarmes que interrompem os procedimentos de rotina.

Desta forma, a existência de um ambiente com bastantes interferências auditivas e visuais vai influenciar negativamente a comunicação com a família, impedindo que este processo de desenvolva sem interrupções.

O espaço físico inadequado, caracterizado pela proximidade entre as unidades dos doentes e a, conseqüente, ausência de privacidade para comunicar com os familiares também foram considerados, por dois enfermeiros, como fatores dificultadores da comunicação com a família.

Estas dificuldades são evidenciadas nas investigações de Saiote e Mendes (2011) e Santos e Silva (2006) ao concluírem que a necessidade da realização de atividades no horário da visita dificulta a interação do enfermeiro com a família do doente. O processo de comunicação é igualmente afetado pela dinâmica atribulada da UCI, retratada na falta de tempo para comunicar com os familiares, o excesso de trabalho, o ambiente confuso da unidade e a falta de um local adequado para a comunicação.

Concluimos, assim, que existem múltiplos fatores, centrados no familiar, no enfermeiro e na dinâmica do serviço, que interferem de forma positiva e negativa no processo de comunicação enfermeiro-família, no contexto da UCI. Realçamos como aspetos facilitadores do processo comunicacional, a capacidade de compreensão da informação por parte do familiar e a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro. Relativamente aos fatores que dificultam a comunicação, salientamos a falta de compreensão da informação pelos familiares, a falta de disponibilidade do enfermeiro, o âmbito da informação fornecida e a sobrecarga de trabalho.

Em suma, consideramos que o conhecimento das necessidades de informação sentidas pela família, dos aspetos considerados significativos, bem como dos fatores facilitadores e dificultadores da comunicação irá permitir que o enfermeiro atue como facilitador no processo de transição vivido pela família, através do estabelecimento de uma comunicação eficaz e adequada.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

No presente capítulo iremos apresentar as principais conclusões do estudo realizado, ou seja, uma síntese refletida das ideias essenciais e da importância dos resultados obtidos, os quais nos permitem tecer algumas perspectivas futuras, orientando-nos para novos rumos e desafios no âmbito da investigação e do cuidar da família da pessoa em situação crítica, no contexto da UCI.

As UCI's são locais onde as forças da vida e da morte se encontram em luta constante, imperando um ambiente perturbador e hostil. Estas unidades caracterizam-se pela presença de tecnologia avançada e pela admissão de doentes em situação crítica, os quais necessitam de cuidados de enfermagem imediatos e altamente qualificados.

Neste sentido, os enfermeiros de cuidados intensivos desenvolvem um conjunto de ações que requerem um alto nível de exigência e uma atenção minuciosa, bem como habilidades intelectuais e psicomotoras bastante desenvolvidas, o que lhes confere um nível mais tecnicista e mecanicista, levando-os, por vezes, a desvalorizar a importância da relação estabelecida com a família do doente.

No entanto, além das competências técnicas e científicas, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a competência relacional, inerente ao ato de cuidar, estabelecendo uma relação terapêutica com a família, baseada na confiança e na empatia.

A adversidade do ambiente da UCI e a doença crítica desencadeiam mudanças a vários níveis na vida familiar, que vão ser vivenciadas de formas distintas, tendo em conta as condições pessoais e socioculturais de cada um. A humanização do cuidado numa UCI passa, assim, por considerar os familiares como pessoas que são cuidadas por outras pessoas, respeitando a singularidade dos seus sentimentos e das suas necessidades.

É através deste cuidado individualizado que se evidencia a essência do cuidar em Enfermagem, sendo a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados eficazes e com qualidade, à família da pessoa em situação crítica.

Desta forma, torna-se essencial que o enfermeiro intensivista valorize e desenvolva as competências comunicacionais, permitindo, não só, enriquecer os seus conhecimentos, como aperfeiçoar o cuidado prestado à família, fornecendo apoio e satisfazendo as suas necessidades emocionais e de informação.

Consideramos que, apesar de a sofisticação técnica assumir um papel de liderança no ambiente intensivo, é possível humanizar o cuidado de enfermagem, através de uma

interação efetiva com a família do doente e do estabelecimento de uma comunicação eficaz, permitindo a satisfação das suas necessidades, bem como a partilha das suas vivências, angústias, medos e inseguranças.

Face ao objetivo geral do estudo realizado, nomeadamente compreender o processo de comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos, e aos resultados obtidos, evidenciamos um conjunto de conclusões, que passamos a apresentar.

O enfermeiro comunica com a família do doente através da comunicação verbal, da comunicação não-verbal e de atitudes comunicacionais. Observa-se a preocupação, por parte dos enfermeiros, em adequar a linguagem aos familiares, com recurso à paralinguística, bem como em adotar uma postura corporal adequada e manter o contacto visual durante a interação. O suporte emocional fornecido à família, assim como a presença e a disponibilidade demonstradas pelo enfermeiro constituem as principais atitudes comunicacionais.

Os enfermeiros adequam a linguagem aos familiares, através da utilização de um discurso simples e claro, sem recurso a termos técnicos. A paralinguística, embora se relacione com os aspetos não-verbais da fala, é utilizada como estratégia à qual o enfermeiro recorre para que o seu discurso verbal se torne mais perceptível para o familiar. O facto de falar pausadamente, com um ritmo constante e uma articulação mais acentuada das palavras facilita a perceção da informação, por parte da família, que muitas vezes se encontra num estado de ansiedade.

A postura corporal adotada pelos enfermeiros demonstrou a vontade de iniciar ou manter o processo comunicativo com a família. Por sua vez, o contacto visual foi mantido ao longo da comunicação, não só com o intuito de transmitir a mensagem, mas também de avaliar e interpretar o comportamento e as expressões faciais do familiar. Salientamos, ainda, a expressão facial dos enfermeiros, os quais esboçavam um sorriso quando adequado e tinham o cuidado de retirar a máscara facial para comunicar com a família, demonstrando, assim, simpatia, carinho e atenção.

A disponibilidade dos enfermeiros é evidenciada pelo facto de tomarem a iniciativa de irem ao encontro dos familiares para fornecer informações, bem como se mostrarem abertos ao esclarecimento de qualquer dúvida. Além da transmissão de informações, existe uma preocupação da parte destes profissionais de saúde em fornecer suporte emocional à família, através do encorajamento e da tranquilização. Constatamos que a

comunicação com os familiares é estabelecida junto do doente, manifestando uma atitude de presença por parte do enfermeiro.

O âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros vai de encontro às necessidades de informação sentidas pela família, nomeadamente acerca do estado clínico e evolução do doente, da medicação e dos exames de diagnóstico realizados/programados. A opinião da família acerca da informação transmitida é positiva, considerando a linguagem utilizada pelo enfermeiro bastante perceptível.

Embora alguns enfermeiros forneçam informações sobre o funcionamento do serviço e as estratégias para comunicar com o doente, o âmbito dominante da informação proporcionada foi a situação clínica do doente, especificamente o estado clínico e evolução, os exames de diagnóstico realizados e/ou programados, a medicação em perfusão, o prognóstico e o tratamento instituído.

Os familiares, por sua vez, referiram sentir necessidade de informações sobre o estado clínico e a evolução do doente, os procedimentos efetuados, a medicação e os exames de diagnóstico realizados e/ou programados.

Concluimos, assim, que o domínio da informação proporcionada pelos enfermeiros vai de encontro às necessidades sentidas pelos familiares, facto que é comprovado pela opinião positiva, da família, acerca da informação fornecida pelos enfermeiros da UCI.

Existem vários aspetos considerados significativos no processo de comunicação enfermeiro-família, nomeadamente a comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro, bem como o conteúdo da informação proporcionada.

Na perspetiva da família, a utilização de uma linguagem adequada por parte dos enfermeiros e a informação proporcionada previamente à primeira visita, ou seja, a realização do acolhimento familiar, assumem a centralidade do processo comunicacional.

Por sua vez, os enfermeiros consideraram que, perante a comunicação com a família, é essencial demonstrar disponibilidade e avaliar a compreensão da informação transmitida.

No que respeita ao processo de comunicação enfermeiro-família, constatamos que os enfermeiros dão mais importância às atitudes comunicacionais, enquanto os familiares valorizam o conteúdo da informação transmitida.

Foram evidenciados diversos fatores que interferem, de forma positiva e negativa, no processo de comunicação enfermeiro-família, os quais se relacionam com o familiar, com o enfermeiro e com a dinâmica da UCI.

No que respeita aos fatores facilitadores da comunicação, os familiares destacaram a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro e a adequação da linguagem. A falta de disponibilidade do enfermeiro, a dificuldade em adequar a informação e a sobrecarga de trabalho foram considerados, entre outros, como fatores que dificultam o processo de comunicação.

No ponto de vista dos enfermeiros, principalmente a capacidade dos familiares em compreender a informação e o conhecimento sobre o doente/família interferem de forma positiva na comunicação com a família. Como fatores dificultadores evidenciaram a falta de compreensão da informação, a comunicação de más notícias, a sobrecarga de trabalho e aspectos relacionados com o âmbito da informação.

Desta forma, podemos concluir que o processo de comunicação é influenciado por múltiplos fatores que interferem de forma positiva ou negativa, sendo alguns deles ambivalentes, podendo atuar como facilitadores ou dificultadores, como é o caso do estado emocional dos familiares, a sua capacidade de compreensão da informação, o conhecimento do enfermeiro sobre o doente/família, a capacidade de identificar as necessidades do familiar, a disponibilidade demonstrada, a adequação da linguagem, a carga de trabalho e o ambiente da UCI.

O conhecimento dos aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos, bem como dos fatores que o influenciam de forma positiva e negativa permite-nos desenvolver estratégias para a sua optimização. Desta forma, os enfermeiros devem investir nos aspetos considerados importantes na comunicação com a família, mantendo os fatores facilitadores e tentando modificar os fatores que dificultam o processo comunicacional, em benefício dos intervenientes. No entanto, é de salientar que destes factores, alguns são passíveis de serem melhorados ou desenvolvidos, embora outros não sejam modificáveis ou excluíveis, exigindo ao enfermeiro uma intervenção adequada a cada situação.

O desenvolvimento deste estudo e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear perspectivas futuras para a prática de cuidados à família da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos.

Consideramos, assim, fundamental a formação específica dos enfermeiros na área da comunicação que, associada à experiência profissional em UCI, irá promover e efetivar o desenvolvimento de competências comunicacionais. Neste sentido, destacamos a realização de formação em serviço relativa ao tema da comunicação com a família, como um meio imprescindível para a mudança de comportamentos e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a criação de momentos de introspeção e partilha de experiências, visando a valorização profissional e o crescimento enquanto equipa.

De forma a otimizar o processo de comunicação enfermeiro-família, destacamos outras medidas como: a existência de um elemento na equipa, nomeadamente o enfermeiro especialista, que atue como elo de ligação entre os prestadores de cuidados e a família, fornecendo atempadamente informações e esclarecendo dúvidas; a inclusão, na equipa de cuidados, de outros profissionais com disponibilidade imediata ou para encaminhamento a curto prazo, tais como, psicólogo, assistente social e capelão; e a planificação ou requalificação de um espaço físico adequado para a comunicação com a família do doente.

No âmbito desta investigação surgiram contributos importantes para uma melhor compreensão da problemática em estudo, ou seja, o processo de comunicação enfermeiro-família no contexto de cuidados intensivos, embora não consideremos este trabalho como terminado. Julgamos, assim, ser pertinente o desenvolvimento de estudos similares no contexto de outras UCIs do país, de forma a obter dados que complementem a presente investigação, bem como a realização de novos estudos que abordem o processo de comunicação com a família desenvolvido na UCI, incluindo a perspectiva de outros profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas e assistentes operacionais.

Acreditamos ser essencial partilhar os resultados obtidos com a equipa de saúde da UCI em questão, na medida em que podem constituir um motivo de reflexão e um veículo para o desenvolvimento das competências comunicacionais do enfermeiro, contribuindo para um melhor desempenho neste âmbito e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados à família do doente.

Desta forma, consideramos que este estudo pode ser impulsionador de novas dinâmicas de intervenção, a nível comunicacional, perspetivando contributos para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados à família da pessoa em situação crítica.

Terminado este percurso sentimos que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, embora surgissem algumas limitações na elaboração do trabalho, relacionadas com o facto de encontrarmos poucos estudos que abordassem a perspetiva da família sobre a comunicação com o enfermeiro, com o tempo limitado para efetuar a recolha de dados e, principalmente, com dificuldade em conciliar a realização da investigação com a atividade profissional.

Apesar das limitações e dificuldades sentidas, podemos afirmar que a realização deste estudo constituiu um percurso de aprendizagem por excelência, através da partilha de experiências e de conhecimentos, permitindo, assim, um crescimento e valorização pessoal e profissional.

Acreditamos que a realização de estudos de investigação deste âmbito permite dar visibilidade aos diferentes contextos dos cuidados de enfermagem, estimulando a partilha de experiências e a promoção de uma prática baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. ISBN: 972-44-0898-1.
- BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 978-972-8535-97-1.
- BERTONE, Tássia; RIBEIRO, Ana Paula e GUIMARÃES, Jacileide - Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. **Rev. Fafibe On Line**. [Em linha]. Nº 3 (2007), p. 1-5. [Consultado em 2 Jun. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>>.
- BRIGA, Sónia - **A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de mestrado.
- BUCKMAN, Robert – **How to Break Bad News: a guide for health care professionals**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992. ISBN: 978-080-1844-90-4.
- CAMPOS, Ricardo [et al.] - Estrategias de información en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente. **Medicina Intensiva**. [Em linha]. Vol. 32, nº 5 (2008), p. 216-221. [Consultado em 17 Nov. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n5/original2.pdf>>.
- CASTRO, Cidália; VILELAS, José e BOTELHO, Maria Antónia - A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 15, nº2 (2011), p. 41-59. [Consultado em 10 Dez. 2014]. Disponível na WWW: <URL: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)>.

- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª ed. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 978-972-7571-09-3.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão beta 2**. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003. ISBN: 972-98149-5-3.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA - **Parecer sobre informação de saúde e registos informáticos de saúde**. [Em linha]. Parecer nº60. Lisboa: CNECV, 2011. [Consultado em 17 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf>.
- CÔRTE-REAL, Isabel – Enfermagem em cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética**. Coimbra. ISSN: 1646-8082. Nº 1 (2007), p. 115-123.
- DIAS, Maria Olívia - Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**. [Em linha]. Vol. 19, (2011), p. 139-156. [Consultado em 1 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Carta dos direitos e deveres dos doentes**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consultado em 1 de Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>>.
- ESTEVES, Nuno - **Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos**. 2012. ISBN: 978-989-20-3196-5.
- FERREIRA, Manuela e DIAS, Maria Odília - **Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 978-972-8930-04-2.

- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- GAMEIRO, Manuel - A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. **Rev. Referência**. [Em linha]. N° 10 (2003), p. 5-15. [Consultado em 20 Jun. 2014]. Disponível na WWW: <URL: https://www.esenfc.pt/pa3/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=39&id_revista=5&id_edicao=11>.
- HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.
- INABA, Luciana; SILVA, Maria Júlia e TELLES, Sandra - Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. [Em linha]. Vol. 39, n° 4 (2005), p. 423-429. [Consultado em 17 Nov. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>>.
- LEI n.º 111/2009. **DR I Série**.180 (2009/09/16) 6528-6550.
- LOURENÇO, Liliana - Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? **Nursing**. Lisboa, ISSN 0871-6196. N° 277 (2012), p. 22-27.
- MACHADO, Margareth e ZAGONEL, Ivete – O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 8, n° 2 (2003). [Consultado em 5 Jan. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1691>>.
- MARUITI, Marina e GALDEANO, Luiza - Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 30, n°1 (2007), p. 37-43. [Consultado em 7 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100007>.
- MELEIS, Afaf - **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

- MELEIS, Afaf [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. [Em linha]. Vol. 23, nº 1 (2000), p. 12-28. [Consultado em 15 Jan. 2015]. Disponível na WWW: <URL: http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.
- MORGON, Fernanda e GUIRARDELLO, Edinêis – Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 12, nº 2 (2004), p. 198-203. [Consultado em 10 Jan. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a08.pdf>>.
- MUNRO, Cindy e SABEL, Richard - Communicating and connecting with patients and their families. **American Journal of Critical Care**. Vol. 22, nº1 (2013), p. 3-6.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. [Em linha]. Lisboa: 2012. [Consultado em 25 Jun. 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>.
- PEREIRA, Maria Aurora - **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith e MAREK, Jane – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-65-7.
- POLIT, Denise; BECK, Cheryl e HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN: 85-7307-984-3.

- REGULAMENTO nº 124/2011. **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8656-8657.
- RILEY, Julia – **Comunicação em Enfermagem**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-81-9.
- ROSÁRIO, Elsa – **Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Dissertação de mestrado.
- SAIOTE, Elisabete - **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos**. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2010. Dissertação de mestrado.
- SAIOTE, Elisabete e MENDES, Felismina - A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 16, nº 2 (2011), p. 219-225. [Consultado em 1 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21814/14224>>.
- SAMPIERI, Roberto; COLLADO, Carlos e LUCIO, Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN: 978-858-6804-93-9.
- SANCHO, Marcos Gómez – **Como dar las malas noticias en medicina**. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 2000. ISBN: 978-848-6725-39-6.
- SANTOS, Kátia e SILVA, Maria – Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares dos pacientes em UTI's. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 59, nº 1 (2006), p. 61-66. [Consultado em 1 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a12v59n1.pdf>>.
- SCHNEIDER, Ceci [et al.] - Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites: visão da enfermagem e familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**. [Em linha]. Vol. 8, nº 4 (2009), p. 531-539. [Consultado em 1 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9667/5384>>.

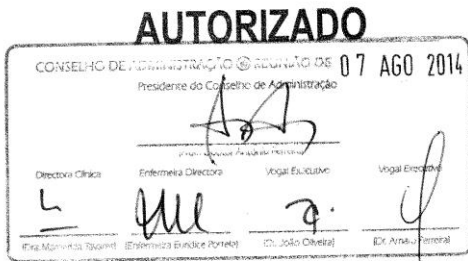
- SIDDIQI, Shala; SHEIKH, Farheen e KAMAL, Rehana – What families want: na assessment of family expectations in the ICU. **International Archives of Medicine**. [Em linha]. Vol. 4, nº 21 (2011), p. 1-5. [Consultado em 17 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130654/pdf/1755-7682-4-21.pdf>>.
- SILVA, Anabela - **A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos: vivências da família**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2012. Dissertação de mestrado.
- SILVA, Lúcia [et al.] – Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 8, nº4 (2000), p. 52-58. [Consultado em 5 de Jan. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1483/1520>>.
- SILVEIRA, Rosemary [et al.] – Uma tentativa de humanizar a relação de equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 14, (2005), p. 125-130. [Consultado em 1 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09>>.
- SLATORE, Christopher [et al.] – Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. **American Journal of Critical Care**. [Em linha]. Vol. 21, nº 6 (2012). [Consultado em 30 Nov. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/6/410.full.pdf+html>>.
- SOUZA, Maria de Lourdes [et al.] - O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 14, nº 2 (2005), p. 266-270. [Consultado em 15 Maio 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>>.
- STEFANELLI, Maguida e CARVALHO, Emília - **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. ISBN: 85-204-2196-2.

- STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- URIZZI, Fabiane [et al.] - Vivência de familiares internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**. [Em linha]. Vol. 20, nº 4 (2008), p. 370-375. [Consultado em 5 Jun. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09>>.
- WATSON, Jean - **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 978-972-8383-33-6.
- WRIGHT, Lorraine e LEAHEY, Maureen - **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN: 978-857-2413-46-6.
- ZAGONEL, Ivete – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 7, nº 3 (1999), p. 25-32. [Consultado em 30 Jul. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>>.
- ZUSSMAN, Robert – **Intensive Care: medical ethic and the medical profession**. Chicago: University of Chicago Press, 1992. ISBN: 978-022-6996-35-6.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo



Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

Nome do Investigador Principal: Diana Raquel de Oliveira Borges

Título do projeto de investigação: A Comunicação com a Família em Cuidados Intensivos

Pretendendo realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação. Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projetos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 19 de Maio de 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Diana Raquel de Oliveira Borges

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Diana Raquel de Oliveira Borges, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 19 de Maio de 2014

Diana Raquel de Oliveira Borges

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <i>20.1 Junho 2014</i>	<p>A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</p> <p><i>Filipe Almeida</i> Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética</p>

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: A Comunicação com a Família em Cuidados Intensivos

Nome da Investigadora Principal: Diana Raquel de Oliveira Borges, enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência do CHSJ

Serviço onde vai decorrer o Estudo: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência. Foi apresentada a respectiva autorização do Director de Serviço, Prof. Doutor José Artur Paiva, e concordância do Sr. Enf.º-Chefe, Enf.º José Cerqueira Pereira.

Objectivo do Estudo:

Os objectivos desta investigação consistem em:

- Perceber o modo como os enfermeiros comunicam com a família dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Identificar as necessidades de informação sentidas pela família do doente, em Cuidados Intensivos;
- Identificar os factores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família, em Cuidados Intensivos.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Prof.ª Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira.

Concepção e Pertinência do estudo:

São poucos os estudos realizados em Portugal que tratam do processo comunicacional entre os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e os familiares dos doentes internados. O presente estudo pretende colmatar esta lacuna, possibilitando o desenvolvimento de novos conhecimentos na área da comunicação em Enfermagem e a adequação dos cuidados de enfermagem prestados.

Os participantes serão os familiares de referência / pessoa significativa de doentes internados na UCIPU do CHSJ, e os enfermeiros que se encontram na prestação directa de cuidados, nessa Unidade. A colheita de dados será realizada através da observação participante (com uma grelha de observação construída para o efeito, com os seguintes campos: finalidades da comunicação/tipo de comunicação; atitudes comunicacionais – local, contacto visual, tom de voz, tipo de discurso, disponibilidade, aproximação ao familiar, resposta às emoções e às perguntas do familiar, outros dados a ter em conta) e de uma entrevista semi-estruturada a realizar aos familiares e enfermeiros que aceitem participar (com 4 momentos: acolhimento; caracterização do entrevistado; questões orientadoras, segundo os objectivos; fecho da entrevista), cada uma das quais com as suas especificidades. O tamanho da amostra é determinado com base na necessidade de informações, sendo a saturação de dados o princípio orientador da amostragem.

Previamente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, será obtido o consentimento dos participantes.

Benefício/risco:

Não se prevêem benefícios imediatos. No entanto, este estudo permitirá um melhor conhecimento do processo de comunicação estabelecido entre os enfermeiros e os familiares dos doentes internados numa Unidade Cuidados Intensivos, de forma a obter contributos para uma melhor prática de cuidados neste domínio.

Confidencialidade dos dados:

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Nenhum dado relativo aos intervenientes que possa conduzir à sua identificação constará de qualquer relatório ou publicação.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

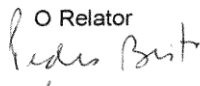
A liberdade em participar é salvaguardada, dispondo de uma adequada informação para o participante.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data da conclusão do estudo: Outubro de 2014

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 20 de Junho de 2014

O Relator

Doutor Pedro Brito

APÊNDICES

APÊNDICE A

Guião da Observação Participante

GUIÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

OBJETIVO	ASPETOS A OBSERVAR
<p>➤ Compreender o processo de comunicação enfermeiro-família numa Unidade de Cuidados Intensivos</p>	<p>➤ O modo como o enfermeiro comunica com a família do doente;</p> <p>➤ A comunicação verbal, a comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro;</p> <p>➤ O tipo de informação proporcionada pelos enfermeiros aos familiares;</p> <p>➤ O local e o ambiente da interação.</p>
<p>Momentos de observação: Turnos da tarde, no período da visita (16h-20h)</p>	

APÊNDICE B

Guião da Entrevista aos Enfermeiros

Guião da entrevista aos enfermeiros

Entrevista nº:

Data:

I Parte – Acolhimento	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Objetivo:</u> Informar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do investigador; ▪ Informar acerca do tema e dos objetivos do estudo; ▪ Garantir a confidencialidade e o anonimato; ▪ Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Objetivo:</u> Caracterizar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade: ▪ Género: ▪ Formação académica: ▪ Tempo de serviço: ▪ Tempo de serviço em Cuidados Intensivos:
III Parte: Objetivos/Questões orientadoras	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever a informação proporcionada pelos enfermeiros da UCI aos familiares; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que tipo de informações fornece aos familiares?
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os aspetos significativos no processo de comunicação enfermeiro-família, numa UCI; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que considera mais significativo no processo de comunicação enfermeiro-família, em cuidados intensivos?

<ul style="list-style-type: none">• Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none">▪ Na sua opinião, quais são os fatores que facilitam a comunicação enfermeiro-família, numa UCI?▪ Quais as dificuldades sentidas quando comunica com a família do doente?▪ Recorda-se de alguma situação em que não conseguiu informar/responder às questões do familiar? Pode descrever essa situação?
IV Parte – Fecho da entrevista	
<ul style="list-style-type: none">• Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;• Resumir os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista;• Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais alguma informação que tenha ficado por referir durante a entrevista.	

APÊNDICE C

Guião da Entrevista aos Familiares

Guião da entrevista aos familiares

Entrevista nº:

Data:

I Parte – Acolhimento	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Objetivo:</u> Informar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do investigador; ▪ Informar acerca do tema e dos objetivos do estudo; ▪ Garantir a confidencialidade e o anonimato; ▪ Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Objetivo:</u> Caracterizar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade: ▪ Género: ▪ Grau de parentesco: ▪ Profissão: ▪ Habilitações literárias:
III Parte: Objetivos/Questões orientadoras	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de informação sentidas pela família do doente em cuidados intensivos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual a sua opinião sobre a informação transmitida pelos enfermeiros? Da informação transmitida qual foi a mais importante? ▪ Na transmissão de informação considera a linguagem utilizada pelos enfermeiros perceptível? ▪ Considera importante a realização de um acolhimento familiar na primeira visita ao doente? Porquê?
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os aspetos significativos no 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que considera mais significativo no processo de comunicação enfermeiro-família, em

processo de comunicação enfermeiro-família, numa UCI;	cuidados intensivos?
• Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família em cuidados intensivos.	▪ Para si, quais os fatores que facilitam e dificultam a comunicação entre a família e o enfermeiro, na UCI?
IV Parte – Fecho da entrevista	
<ul style="list-style-type: none">• Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;• Resumir os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista;• Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais alguma informação que tenha ficado por referir durante a entrevista.	

APÊNDICE D

Declaração de Consentimento Informado entregue aos participantes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: A Comunicação com a Família em Cuidados Intensivos.

Eu, _____,
declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar as perguntas que considerei necessárias, das quais obtive resposta satisfatória.

A informação que me foi prestada versou os objetivos, os procedimentos, os benefícios previstos e os potenciais riscos do estudo, sendo-me garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa prejudicar a prestação dos cuidados de saúde.

Por isso, aceito participar no referido estudo, respondendo às questões que me forem colocadas pelo investigador, durante a entrevista.

Porto, ____ de _____ de 2014

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

APÊNDICE E

Análise de Conteúdo

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Modos de comunicação enfermeiro-família	Verbal	Utilizar linguagem adequada	<p>“(...) utiliza frases simples e curtas.” (O1)</p> <p>“Utiliza um discurso simples e claro.” (O2)</p> <p>“Utiliza termos correntes para os familiares perceberem.” (O3)</p> <p>“(...) não recorre a termos técnicos...” (O4)</p> <p>“Fala de forma clara e simples.” (O6)</p> <p>“(...) utilizando uma linguagem corrente...” (O8)</p> <p>“Comunica de forma simples e clara, não utilizando termos técnicos.” (O9)</p>
	Não-verbal	Expressão facial	<p>“(...) sorri quando aborda os familiares.” (O4)</p> <p>“Sorri enquanto fala...” (O6)</p> <p>“Sorri...” (O7)</p> <p>“(...) esboça um sorriso para o familiar...” (O8)</p> <p>“Sorri enquanto fala com os familiares...” (O9)</p> <p>“Retira a máscara facial para comunicar com os familiares.” (O9)</p>
		Contacto visual	<p>“(...) estabelece contacto visual com os familiares.” (O1)</p> <p>“(...) mantém o contacto visual ao longo da comunicação.” (O2)</p> <p>“Olha para os familiares enquanto fala...” (O3)</p> <p>“Conversa com os familiares, estabelecendo contacto visual.” (O4)</p> <p>“Estabelece contacto visual quando aborda o familiar.” (O5)</p> <p>“Quando se dirige aos familiares olha para eles...” (O6)</p> <p>“Estabelece contacto visual com os familiares.” (O7)</p> <p>“Estabelece contacto visual quando se dirige ao familiar.” (O8)</p>

			“Mantém o contacto visual enquanto fala com a família.” (O9)
		Postura corporal	<p>“ (...) fala de frente para os familiares.” (O2)</p> <p>“ (...) comunica com o corpo virado de frente para o familiar.” (O4)</p> <p>“Fala com o corpo virado para os familiares.” (O5)</p> <p>“ (...) coloca-se de frente para os familiares enquanto fala.” (O6)</p> <p>“Fala de frente para os familiares...” (O7)</p> <p>“ (...) mantém o corpo virado para os familiares enquanto fala com eles.” (O8)</p> <p>“ (...) parou a preparação da medicação para falar com os familiares, não fazendo as duas coisas ao mesmo tempo.” (O9)</p>
		Toque	<p>“...toca suavemente no braço do familiar.” (O2)</p> <p>“A enfermeira coloca-lhe a mão no ombro...” (O6)</p> <p>“Coloca a mão sobre o ombro da familiar, tranquilizando-a...” (O9)</p>
		Recurso paralinguística	<p>à “Fala pausadamente (...) com um tom de voz suave...” (O2)</p> <p>“ (...) explica a situação, fazendo pausas entre as frases...” (O3)</p> <p>“Fala num tom de voz baixo e pausadamente.” (O6)</p> <p>“Comunica num tom de voz baixo, com um ritmo constante.” (O7)</p> <p>“Utiliza um tom de voz suave, com um ritmo constante.” (O8)</p> <p>“Fala pausadamente, com um tom de voz suave.” (O9)</p>
	Atitudes comunicacionais	Suporte emocional	<p>“Eu sei que é difícil, mas têm de ser fortes e pacientes. O caso é grave, devem ter uma perspetiva realista da situação, mantendo sempre a esperança, é claro. Nós estamos a fazer tudo ao nosso alcance para o tratar”. (O2)</p> <p>“Agora também precisam de descansar. Não se preocupem, vamos tratar dele.” Dá exemplos de situações que correram bem.” (O3)</p> <p>“A enfermeira afirma que é bom sinal e dá uma perspetiva positiva da situação. Refere que as</p>

		<p>coisas estão a evoluir e que ele está a melhorar.” (O4)</p> <p>“Está tudo dentro da normalidade, não se preocupem com os valores. Nós é que temos de nos preocupar com isso.” (O5)</p> <p>“A enfermeira refere que vai correr tudo bem. (“ele está a ficar melhor, leva é tempo...”).” (O6)</p> <p>“O nosso principal objetivo é o conforto da doente.” (O7)</p> <p>“É normal que ela leve algum tempo a acordar, até que a medicação seja eliminada pelo organismo.” (O8)</p> <p>“Não se assuste se ele tossir ou se mexer, é normal. Estamos a tratar dele.” A enfermeira refere à familiar que ela precisa de descansar e que o doente não a quer ver assim triste. Pergunta se não quer ir até lá fora se acalmar e depois voltar a entrar. Quando a familiar volta a entrar, a enfermeira pergunta se ela está melhor ou se precisa de alguma coisa.” (O9)</p>	
		<p>Disponibilidade/ Abertura</p>	<p>“A enfermeira dirige-se até à familiar. No final pergunta ao familiar se tem alguma dúvida.” (O1)</p> <p>“A enfermeira pergunta se querem colocar mais alguma questão.” (O2)</p> <p>“A enfermeira vai de encontro aos familiares (...) Ao despedir-se pergunta se têm mais alguma questão ou se ficaram com dúvidas (“Disponham, estamos aqui para o que precisarem...o que for preciso nós fazemos.”).” (O3)</p> <p>“A enfermeira dirige-se aos familiares. Refere que podem estar à vontade e que se necessitarem de alguma coisa ela está ali ao lado.” (O4)</p> <p>“Dirige-se aos familiares (...) Mostra-se disponível dizendo “estou aqui para o que precisarem”. (O6)</p> <p>“A enfermeira vai de encontro aos familiares. Ao terminar pergunta se querem colocar mais alguma questão.” (O7)</p> <p>“O enfermeiro termina o que estava a fazer e dirige-se ao familiar (...) Pergunta se querem colocar mais alguma questão. Refere que está sempre presente um médico e um enfermeiro para os informar.” (O8)</p> <p>“Pergunta se ficaram com dúvidas ou se querem perguntar mais alguma coisa (“Fiquem à vontade...se precisarem de alguma coisa eu estou por aqui.”).” (O9)</p>

		Escuta ativa	<p>“Demonstra interesse no discurso dos familiares...faz perguntas.” (O3)</p> <p>“Escuta-os atentamente enquanto falam e demonstra interesse no que dizem.” (O6).</p> <p>“Escuta o que a família diz, demonstrando atenção e interesse.” (O9)</p>
		Estar presente	<p>“ (...) junto do doente.” (O1)</p> <p>“Dirigem-se para o lado do doente...” (O2)</p> <p>“A informação é dada junto do doente.” (O3)</p> <p>“ (...) encontram-se junto do doente...” (O4)</p> <p>“A comunicação é estabelecida junto da doente.” (O5)</p> <p>“ (...) que se encontram junto do doente.” (O6)</p> <p>“ (...) encontram-se ao lado da doente.” (O7)</p> <p>“Informa os familiares junto do doente.” (O8)</p> <p>“Comunicam ao lado do doente.” (O9)</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p>Âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros à família</p>	<p>Situação clínica do doente</p>	<p>Estado clínico/Evolução</p>	<p>“Informo os familiares sobre o estado clínico do doente...” (E1)</p> <p>“Sobre o estado clínico do doente...” (E2)</p> <p>“Dou informações sobre o estado clínico do doente...” (E3)</p> <p>“Informo sobre o estado clínico do doente...” (E4)</p> <p>“Tudo sobre o estado clínico do doente, no que respeita à parte médica e de enfermagem.” (E5)</p> <p>“Dou informações sobre o estado clínico do doente e a sua evolução...” (E6)</p> <p>“Sobre o estado clínico do doente, principalmente.” (E7)</p> <p>“Informo sobre o estado clínico do doente...” (E8)</p> <p>“Informo-os acerca do estado clínico do doente e das alterações que ocorreram nas últimas 24h...se fez febre...” (E9)</p> <p>“Refere que a doente mantém o mesmo estado e que não ocorreram alterações desde o dia anterior. Reforça que a doente se encontra, consciente, confortável, sem dores e sem febre...” (O1)</p> <p>“A enfermeira menciona que o doente mantém o mesmo estado clínico e que muitas vezes não têm novidades para dar à família (“ainda está em coma induzido (...) e mantém a instabilidade.”) (O2)</p> <p>“Explica o estado clínico do doente...” (O3)</p> <p>“Faz referência ao estado clínico do doente e à sua evolução (“ele já está mais acordado hoje, já responde ao que perguntamos.”) (O4)</p> <p>“Explica o estado clínico actual do doente (“ela tem oscilações da consciência...por vezes abre os olhos a pedido e aperta a nossa mão, mas tem momentos em que não responde nem obedece a ordens”).” (O5)</p> <p>“Informa sobre o estado clínico do doente (“ele está acordado...responde ao que perguntamos”).” (O6)</p>

		<p>“Informa sobre o estado clínico da doente (“ela hoje está mais acordada...mexe-se mais, por isso é que está novamente com o colar cervical, não é por nada de novo, não se preocupem”). Refere que a doente por vezes demonstra desconforto, principalmente quando é mobilizada...” (O7)</p> <p>“Menciona que mantém o mesmo estado clínico do dia anterior.” (O9)</p>
	Exames de diagnóstico	<p>“Informo os familiares sobre (...) os exames realizados...” (E1)</p> <p>“Informo-os sobre (...) os exames e resultados de análises clínicas relevantes.” (E2)</p> <p>“Dou informações sobre (...) os exames realizados e/ou programados...” (E6)</p> <p>“Informo-os acerca (...) dos exames realizados...” (E9)</p> <p>“Refere que os médicos estão a pensar marcar uma TAC à barriga...” (O1)</p> <p>“Informa sobre (...) os exames que realizou...” (O3)</p> <p>“Explica (...) os exames realizados (“por isso é que estamos a fazer um EEG contínuo, para percebermos se existem alterações da actividade cerebral que justifiquem este estado de consciência.”) (O5)</p> <p>“O enfermeiro comunica o resultado da TAC...” (O8)</p>
	Medicação	<p>“Informo sobre (...) a medicação em perfusão, no caso de ter suporte de aminas...” (E2)</p> <p>“Informo-os acerca (...) da medicação...” (E9)</p> <p>“Refere a medicação que tem em perfusão (“ainda precisa de medicação para subir as tensões”). (O2)</p> <p>“Informa sobre (...) a medicação que tem em perfusão...” (O3)</p> <p>“Explica que a doente tem em perfusão medicação para as dores e que também já está a fazer medicação para baixar a febre”. (O7)</p> <p>“O enfermeiro explica a medicação que a doente tem em perfusão (“já reduzimos a medicação e agora aguardamos que ela acorde”).” (O8)</p> <p>“A enfermeira diz que o doente está sob o efeito de uma medicação para o deixar calmo e confortável, e não a dormir profundamente.” (O9)</p>

		Prognóstico	<p>“Informo os familiares sobre (...) o prognóstico...” (E1)</p> <p>“Explica o prognóstico da doente (“aguardamos que ela acorde, mas há a possibilidade de ela não acordar e ficar num estado vegetativo”).” (O5)</p>
		Tratamento	<p>“Informo os familiares sobre (...) o tratamento adoptado.” (E1)</p> <p>“Informa sobre (...) o tratamento adoptado.” (O3)</p> <p>“Menciona que vai ao bloco operatório no dia seguinte corrigir as fracturas da face.” (O6)</p> <p>“Informa que está prevista uma ida ao bloco dentro de 3 dias, para intervenção do coto de amputação.” (O7)</p> <p>“Refere também qual será o tratamento em função da melhoria da TAC.” (O8)</p> <p>“A enfermeira informa que após a observação do ortopedista, o doente terá de ir novamente ao bloco operatório.” (O9)</p>
	Funcionamento do serviço		<p>“Informo sobre (...) e o funcionamento do serviço.” (E3)</p> <p>“Informo acerca (...) e do funcionamento do serviço, apenas na primeira visita.” (E4)</p> <p>“Dou informações sobre (...) e o funcionamento da unidade, sempre que necessário.” (E6)</p>
	Estratégias para comunicar com o doente		<p>“Digo também aos familiares que podem tocar no doente, como forma de reduzir a sua ansiedade.” (E1)</p> <p>“Informa o familiar que pode falar com o doente.” (O4)</p> <p>“Refere que podem tocar e falar com o doente.” (O9)</p>
	A solicitada		<p>“Mas só respondo ao que me perguntam...” (E5)</p> <p>“Respondo a tudo o que os familiares questionarem, desde que possua a informação que pretendem.” (E8)</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Opinião da família sobre a informação transmitida pelos enfermeiros	Boa	<p>“É muito boa...” (F1)</p> <p>“É boa...” (F3)</p> <p>“É muito boa.” (F6)</p> <p>“É boa.” (F7)</p> <p>“É boa.” (F8)</p> <p>“É boa...” (F9)</p>
	Satisfaz	<p>“ (...) estou muito satisfeito.” (F1)</p> <p>“Estou muito satisfeita com a informação prestada pelos enfermeiros desta UCI e a maneira como nos tratam, não tenho nada a apontar. Por mim, ele ficava aqui até ir para casa.” (F2)</p> <p>“ (...) estou satisfeito.” (F3)</p> <p>“ (...) estou muito satisfeito.” (F9)</p> <p>“Estou totalmente satisfeita com a vossa prestação. Este é um serviço que acolhe os familiares e que nos transmite segurança, que não senti noutros serviços. (F10)</p>
	Positiva	<p>“É positiva.” (F4)</p> <p>“É muito positiva, sempre fui bem informada.” (F5)</p>
	Perceptível	<p>“Considero que a linguagem dos enfermeiros é perceptível.” (F1)</p> <p>“Percebo o que me dizem.” (F2)</p> <p>“Sim, é perceptível.” (F3)</p> <p>“Sim, percebo o que os enfermeiros dizem.” (F4)</p> <p>“Compreendo a informação transmitida.” (F5)</p> <p>“Considero a linguagem perceptível.” (F6)</p> <p>“Sim, compreendo o que dizem.” (F8)</p>

		“Sim, é perceptível.” (F9) “Considero a vossa linguagem bastante perceptível.” (F10)
	Pouco perceptível	“Às vezes usam termos técnicos que não se percebem tão bem.” (F7)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Necessidades de informação sentidas pela família	Estado clínico/Evolução	<p>“Para mim, o mais importante é saber informações sobre o estado clínico da doente e a sua evolução.” (F1)</p> <p>“Sobre o estado clínico e evolução do doente.” (F2)</p> <p>“Acerca da evolução clínica do doente.” (F3)</p> <p>“Sobre a evolução do estado do doente.” (F4)</p> <p>“Considero importantes as informações acerca do estado de saúde do doente principalmente...” (F5)</p> <p>“Relativamente ao estado de saúde do doente.” (F6)</p> <p>“Acerca da evolução da doente.” (F7)</p> <p>“Tudo o que esteja relacionado com o estado clínico da minha mãe.” (F8)</p> <p>“As alterações que aconteceram nas últimas 24h.” (F9)</p> <p>“Na minha opinião é importante receber informações sobre o estado clínico do doente...” (F10)</p>
	Procedimentos	<p>“Considero importantes as informações acerca (...) dos procedimentos realizados...” (F5)</p> <p>“Para mim é importante receber informações sobre (...) os procedimentos efetuados.” (F10)</p>
	Medicação	<p>“Considero importantes as informações acerca (...) da medicação que está a fazer...” (F5)</p>
	Exames de diagnóstico	<p>“Considero importantes as informações acerca (...) dos exames realizados.” (F5)</p> <p>“Para mim é importante receber informações sobre (...) os exames realizados ou programados...” (F10)</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Aspetos significativos do processo de comunicação enfermeiro-família	Comunicação não-verbal	Postura corporal	<p>“Considero importante a comunicação não-verbal do enfermeiro (...) falar de frente para a família...” (E1)</p> <p>“ (...) falarem de frente para nós quando transmitem a informação.” (F3)</p> <p>“A postura que o enfermeiro adopta ao transmitir a informação também é um aspecto importante...” (F10)</p>
		Contacto visual	<p>“Considero importante a comunicação não-verbal do enfermeiro (...) manter o contacto visual...” (E1)</p> <p>“ (...) manter o contacto visual durante o diálogo.” (F10)</p>
		Toque	<p>“É importante (...) tocar quando necessário.” (E1)</p>
	Atitudes comunicacionais	Dar atenção	<p>“Demonstrar atenção (...) e dar importância ao familiar.” (E2)</p> <p>“A atenção e o carinho demonstrados...” (F5)</p>
		Ser simpático	<p>“Demonstrar simpatia...” (E2)</p>
		Proporcionar segurança	<p>“Demonstrar segurança e confiança à família quando se transmite a informação.” (E3)</p>
		Estabelecer empatia	<p>“A relação de empatia que se cria com os familiares...penso sempre como gostaria que me tratassem se fosse eu.” (E2)</p> <p>“É importante conseguir criar empatia com o familiar...” (E6)</p> <p>“Para mim o mais importante é a relação de empatia que estabelecemos com a família.” (E7)</p> <p>“Estabelecer uma relação de empatia com a família é essencial.” (E8)</p> <p>“O mais importante é a capacidade de estabelecer uma relação de empatia com os familiares.” (E9)</p>

			“A capacidade do enfermeiro se colocar no lugar do familiar e perceber o que o familiar precisa, se tem recursos para lidar com a situação.” (F10)
		Demonstrar disponibilidade	“ (...) a disponibilidade do enfermeiro.” (E1) “ (...) demonstrarmo-nos disponíveis...” (E2)
		Dar apoio	“É importante que o enfermeiro apoie o familiar.” (F9)
Conteúdo da informação	da informação transmitida	Avaliar a compreensão da informação transmitida	“ (...) percebermos se o familiar compreendeu o que lhe foi transmitido.” (E4) “É importante perceber se os familiares compreenderam a informação que lhes foi transmitida.” (E5) “É importante perceber o que os familiares já sabem...” (E6)
		Linguagem adequada	“É importante falar de uma forma simples...” (E5) “É fundamental adaptar a forma de transmissão da informação à capacidade de compreensão dos familiares e ao seu estado emocional no momento.” (E6) “ (...) a forma como adequa a informação.” (F1) “A informação transmitida e a sua adequação.” (F6) “As informações que transmitem e a forma como as adequam a nós.” (F7) “O mais importante é entendermos o que vocês dizem.” (F9) “Há o cuidado de chegar às pessoas e adequar a informação aos seus recursos linguísticos.” (F10)
		Sinceridade	“A sinceridade do profissional...” (F1) “É importante que o enfermeiro explique o que se está a passar com o doente, sendo sempre sincero.” (F9)
		Informação prévia à primeira visita	“Considero que é muito importante porque as pessoas já vêm a contar com o que vão encontrar.” (F1)

		<p>“Sim, é importante porque é preferível receber todas as informações antes de ver o doente.” (F2)</p> <p>“ (...) para nos preparar para o que vamos ver.” (F3)</p> <p>“Prepara-nos para o que vamos encontrar (...) É importante porque falamos com o médico e com o enfermeiro, facilitando a nossa interação.” (F4)</p> <p>“ (...) ajuda a reduzir a nossa ansiedade.” (F5)</p> <p>“É importante para nos explicar como as coisas são e o que vamos encontrar.” (F6)</p> <p>“Acho que é importante para nos informar acerca do estado dela e saber o que vamos encontrar.” (F7)</p> <p>“ (...) para sabermos o que vamos encontrar, diminuindo a nossa ansiedade.” (F8)</p> <p>“ (...) prepara-nos para o choque.” (F9)</p> <p>“Considero o acolhimento fundamental...prepara-nos para o choque e ficamos a saber como vamos encontrar o doente, além de nos dar suporte para enfrentarmos a situação.” (F10)</p>
	Não específica	<p>“ (...) a informação que transmitimos acerca do doente.” (E3)</p> <p>“A informação transmitida.” (F2)</p> <p>“A informação fornecida.” (F3)</p> <p>“As informações que dão...” (F4)</p> <p>“ (...) a par com a informação clínica.” (F5)</p> <p>“A informação que transmitem.” (F8)</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Fatores que facilitam a comunicação enfermeiro-família	Relacionados com o familiar	Capacidade de compreensão da informação	<p>“(…) a compreensão e aceitação da informação que transmitimos.” (E3)</p> <p>“Compreensão por parte da família...” (E5)</p> <p>“(…) a capacidade de compreensão e absorção da informação por nós fornecida.” (E7)</p> <p>“A capacidade de compreensão da informação por parte dos familiares...” (E9)</p> <p>“A capacidade de compreensão da informação por parte do familiar.” (F1)</p>
		Tranquilidade	<p>“O facto de os familiares estarem tranquilos facilita a comunicação.” (E7)</p> <p>“Quando os familiares estão menos ansiosos, a comunicação estabelece-se mais facilmente...” (F5)</p>
		Recetividade	<p>“A postura recetiva do familiar influencia de forma positiva a comunicação.” (E2)</p>
	Relacionados com o enfermeiro	Experiência profissional	<p>“(…) quanto maior a experiência profissional, mais facilidade temos em comunicar com a família.” (E8)</p>
		Conhecimento sobre o doente/ família	<p>“É importante conhecer bem o doente...” (E3)</p> <p>“O facto de o enfermeiro conhecer bem o doente e os familiares, por ter sido ele a fazer o acolhimento familiar ou porque costuma prestar cuidados àquele doente...” (E6)</p> <p>“Quando prestamos cuidados ao mesmo doente durante vários turnos permite-nos conhecer melhor o doente e a sua família, facilitando a comunicação.” (E8)</p> <p>“Quando conhecemos bem o doente, a comunicação com a família é mais fácil.” (E9)</p>
		Aceitação do estado do doente	<p>“A aceitação da nossa parte do estado do doente facilita a transmissão da informação...” (E3)</p>
		Relação de empatia	<p>“Demonstrar empatia...” (E4)</p> <p>“Criar uma relação de empatia com a família...” (E6)</p>

		Adequar a linguagem	<p>“(…) a clareza e simplicidade da informação que os enfermeiros transmitem.” (E5)</p> <p>“A capacidade do enfermeiro para adaptar o discurso ao nível de compreensão dos familiares.” (E6)</p> <p>“A maneira simples e clara como os enfermeiros falam, como expõem os problemas do doente.” (F4)</p> <p>“A capacidade do enfermeiro para descodificar a informação e adequá-la ao familiar.” (F10)</p>
		Estar disponível	<p>“(…) a disponibilidade por parte dos enfermeiros.” (E3)</p> <p>“A disponibilidade dos enfermeiros.” (F3)</p> <p>“(…) os enfermeiros estão sempre disponíveis para falar connosco.” (F5)</p> <p>“O enfermeiro mostrar-se recetivo e disponível.” (F6)</p> <p>“A disponibilidade do enfermeiro.” (F7)</p> <p>“A postura dos enfermeiros, mostrarem-se disponíveis e darem-nos apoio.” (F8)</p> <p>“A disponibilidade dos enfermeiros.” (F9)</p>
		Capacidade de identificar as necessidades do familiar	<p>“A capacidade de perceber o que o familiar precisa naquele momento...se espaço, silêncio, mais informação, suporte, esperança ou conforto.” (F10)</p>
	Relacionados com a dinâmica da UCI	Ambiente calmo	<p>“(…) um ambiente calmo na unidade facilita a comunicação com o familiar.” (E1)</p> <p>“(…) é importante um ambiente silencioso...” (E3)</p>
		Menor carga de trabalho	<p>“(…) termos uma menor carga de trabalho facilita a comunicação com a família.” (E1)</p> <p>“(…) uma menor carga de trabalho permite-nos ter mais tempo para a família.” (E6)</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	
Fatores que dificultam a comunicação enfermeiro-família	Centrados no familiar	Falta de compreensão da informação	<p>“A falta de compreensão da informação por parte dos familiares.” (E1)</p> <p>“ (...) falta de compreensão da informação...” (E3)</p> <p>“Falta de capacidade da família para compreender o que dizemos.” (E7)</p> <p>“A falta de compreensão da informação que transmitimos dificulta a comunicação...” (E9)</p> <p>“A falta de compreensão da informação por parte dos familiares.” (F1)</p>	
		Ansiedade	<p>“Ansiedade do familiar perante o doente e a procura incessante de informação...” (E2)</p> <p>“Um estado de maior ansiedade do familiar dificulta a nossa comunicação.” (E7)</p> <p>“O estado de ansiedade de alguns familiares.” (E9)</p>	
	Centrados no enfermeiro	Falta de disponibilidade	<p>“A falta de disponibilidade dos enfermeiros.” (F3)</p> <p>“A falta de disponibilidade do enfermeiro.” (F7)</p> <p>“A falta de disponibilidade dos enfermeiros para falar connosco...” (F9)</p> <p>“A falta de disponibilidade mental por parte do enfermeiro...” (E3)</p> <p>“ (...) por vezes a falta de disponibilidade e paciência, da nossa parte, para falar com os familiares.” (E5)</p> <p>“Nem sempre tenho a mesma disponibilidade para falar com os familiares...nos dias em que estou mais bem-disposta tenho mais paciência para eles.” (E6)</p>	
			Dificuldade em adequar a informação	<p>“Não ter a capacidade de transmitir a informação de forma a ser compreendida pela família.” (E4)</p> <p>“O uso de muitos termos técnicos...” (F4)</p> <p>“A ausência de capacidade para descodificar a informação e adequá-la ao familiar.” (F10)</p>
			Dificuldade em avaliar as necessidades do familiar	<p>“A ausência da capacidade de perceber o que o familiar precisa naquele momento...se espaço, silêncio, mais informação, suporte, esperança, conforto.” (F10)</p>

		Postura defensiva	“A adoção de uma postura defensiva por parte do enfermeiro dificulta a comunicação” (F10)
		Comunicação de más notícias	<p>“Quando temos de transmitir más notícias é mais difícil comunicar com os familiares.” (E3)</p> <p>“A transmissão de más notícias é uma situação em que é difícil informar os familiares. Houve uma situação grave em que sofri ao dar-lhes aquelas informações...saí daqui a chorar.” (E4)</p> <p>“Saber o que devo transmitir quando a situação é grave...” (E5)</p> <p>“Nas situações de transmissão de más notícias tenho mais dificuldade em comunicar com os familiares...” (E7)</p> <p>“(...) a comunicação de más notícias no acolhimento familiar.” (E8)</p>
		Falta de conhecimento sobre o doente	<p>“Ter poucos conhecimentos acerca do doente complica a comunicação com a família” (E8)</p> <p>“Quando não conheço bem o doente, por estar com ele a primeira vez...” (E9)</p>
		Âmbito da informação	<p>“Quando fazem perguntas de resultados de exames, dos quais já temos conhecimento mas o médico ainda não os informou.” (E1)</p> <p>“A expressão <i>mantém o mesmo estado</i> e o facto de muitas vezes não termos informações novas para dar aos familiares.” (E2)</p> <p>“Quando temos conhecimento de uma informação do estado clínico do doente e que ainda não foi transmitida à família, pela parte médica.” (E3)</p> <p>“Quando os familiares nos perguntam resultados de exames e nós ainda não tivemos acesso à informação.” (E4)</p> <p>“(...) situações graves que necessitam da transmissão de informação por parte dos médicos.” (E5)</p> <p>“Quando os familiares querem respostas e prognósticos e nós não sabemos se vai correr bem ou mal (...) situações em que não há consenso por parte da equipa médica acerca da evolução e tratamento do doente.” (E6)</p> <p>“Quando os familiares nos fazem perguntas sobre aspectos médicos, como o resultado de exames ou análises.” (E7)</p>

		<p>“Quando não possuímos a informação que os familiares pretendem. Por exemplo, nas situações em que não tenho oportunidade de consultar o processo do doente para saber resultados de análises ou exames.” (E8)</p> <p>“Quando os familiares nos pedem informações às quais ainda não tivemos acesso. Por exemplo, resultados de exames ou análises, exames a programar.” (E9)</p>
Centrados na dinâmica da UCI	Sobrecarga de trabalho	<p>“Uma elevada carga de trabalho que leva ao cansaço do enfermeiro.” (E3)</p> <p>“(…) tempo insuficiente para estar com a família devido ao excesso de trabalho.” (E5)</p> <p>“A falta de tempo provocada pela sobrecarga de trabalho…” (E6)</p> <p>“(…) o excesso de trabalho.” (E7)</p> <p>“(…) a sobrecarga de trabalho.” (F1)</p> <p>“Quando os enfermeiros têm excesso de trabalho não têm tanto tempo para nós…” (F9)</p>
	Ambiente ruidoso	<p>“(…) um ambiente ruidoso dificulta a nossa comunicação com a família.” (E2)</p> <p>“(…) um ambiente ruidoso…” (E3)</p> <p>“O ambiente confuso da unidade que muitas vezes nos impede de comunicar com a família sem interrupções.” (E6)</p>
	Ausência de privacidade	<p>“As unidades dos doentes são muito próximas umas das outras e nem sempre temos a privacidade que desejávamos para falar com a família...principalmente quando as notícias não são boas.” (E2)</p> <p>“(…) a falta de privacidade quando comunicamos com os familiares.” (E6)</p>

