



Departamento de Sociologia

**A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A  
IMPORTÂNCIA DA PARTILHA DE INFORMAÇÃO COM  
OS FAMILIARES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**ELISABETE CRISTINA GOMES SAIOTE**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Sociologia da Saúde e Da Doença**

Orientadora:  
Professora Doutora Felismina Mendes

**Junho, 2010**

**A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A  
IMPORTÂNCIA DA PARTILHA DE INFORMAÇÃO COM  
OS FAMILIARES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**ELISABETE CRISTINA GOMES SAIOTE**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Sociologia da Saúde e Da Doença**

Orientadora:  
Professora Doutora Felismina Mendes

**Junho, 2010**

## **AGRADECIMENTO**

Ao terminar este trabalho de investigação, torna-se importante agradecer a todas as pessoas que, contribuíram de alguma forma para a sua construção.

Começo pelos os meus pais e irmãos que devido as condições inerentes de vidas distintas e próprias, umas vezes puderam estar fisicamente mais próximos e outras mais distantes, no entanto psicologicamente mantiveram-se sempre presentes apoiando-me em todos os momentos de tristeza, angústia, alegria e esperança. Á eles o meu muito obrigada pelo orgulho que demonstram ter e todo a ajuda até hoje dispensada.

A todos os meus verdadeiros amigos pela compreensão da minha ausência nestes últimos anos, pela cumplicidade em todos os momentos experienciados e pela companhia telefónica nos momentos de maior stress e angústia! Obrigada por estarem sempre presentes quando necessitei e por manterem a amizade e carinho até hoje sempre manifestada e demonstrada.

À Professora Doutora Felismina Mendes que aceitou desde de início orientar-me na elaboração desta tese de mestrado. Por ter acreditado, confiado nas minhas capacidades e habilidades, pelo permanente incentivo, sugestões, encorajamento nos momentos mais difíceis, paciência, disponibilidade, atenção para comigo e todo o seu profissionalismo promovendo desta forma o meu crescimento pessoal e profissional. Enfim, obrigada por tudo!

À equipe da UCI de Évora que me acolheu prontamente demonstrando-se sempre disponível para me ajudar na obtenção de dados e no esclarecimento de dúvidas, mesmo em dias de maior trabalho.

A todos os meus colegas que trabalham diariamente comigo, nomeadamente aos elementos da minha equipa, que sistematicamente me ouviram falar da minha tese, angústias e alegrias, com quem pude partilhar momentos de reflexão. A todos o meu muito obrigada, pois sem a vossa ajuda esta tese não estaria concluída!

A todas estas pessoas, e a outras que não mencionei mas que de certo contribuíram para a realização deste trabalho, a minha sincera gratidão, desejando um dia poder retribuir toda a atenção fornecida.

A todos, mais uma vez, o meu muito obrigada!

## **“A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PARTILHA DE INFORMAÇÃO COM OS FAMILIARES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

O avanço tecnológico verificado ao longo destes últimos anos levou a uma melhoria na saúde proporcionando entre outros, um maior período de internamento dos doentes em UCI. Perante o internamento, os familiares desejam obter informação procurando o enfermeiro. Neste contexto surge como pergunta de investigação: Qual a importância que os enfermeiros das UCIs atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes?

Como metodologia optou-se por um estudo exploratório e descritivo, numa perspectiva qualitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a observação e a entrevista semi-estruturada a doze enfermeiros que desempenham funções em UCI.

**Resultados:** Os enfermeiros ignoram as necessidades da família, no que respeita a comunicação e a informação, colocando estas competências em segundo plano na sua esfera de prioridades, dando voz as actividades mecanicistas e tecnicistas. Justificam a sua fuga à comunicação com o excesso de trabalho e falta de tempo.

Foram identificados como factores limitadores do processo comunicacional, o tempo que o enfermeiro dispõe para dialogar, a carga de trabalho, as características inerentes à UCI, inexperiência no processo comunicativo e profissional e os mecanismos de defesa criados pelos enfermeiros.

**Palavras-chave:** enfermeiro de UCI, informação, comunicação, família.

## **“THE PERCEPTION OF NURSES ABOUT THE IMPORTANCE OF SHARING INFORMATION WITH FAMILY MEMBERS ON INTENSIVE CARE UNIT”**

### **Summary:**

The technological breakthrough over the years has led to a health improvement, resulting, amongst others, in a greater admission period of ICU patients. When faced with the ICU admission, the family turns their attention to the nurse seeking to obtain information. From this context arises the investigation question: What importance do ICU nurses attribute to the sharing of information with the patients family?

In an effort to answer this question, it was chosen an exploratory and descriptive

methodology, in a qualitative perspective. As a data collection instrument, it was used observation and the semi-structured interview on a sample of twelve ICU nurses.

**Results:** Nurses ignore the family's needs when it comes to communication and information, overshadowing these competences to a second plane in their priority sphere, privileging and highlighting mechanical and technical activities. They justify their escape from communication with excessive work and lack of time.

As limiting factors of the communicational process it was identified the time the nurse has to dialogue with the family, the work load, characteristics inherit of ICUs, inexperience in the communicational and professional process and the defense mechanisms creates by nurses.

**Keywords:** ICU nurse, information, communication, family

## ÍNDICE

	Pg.
0 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	1
1 – <u>A COMUNICAÇÃO</u> .....	3
1.1 – O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO .....	3
1.2 – A INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	5
2 – <u>A FAMÍLIA E A DOENÇA</u> .....	9
3 – <u>CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS</u> .....	13
3.1 – OS ENFERMEIROS NA UCI .....	15
3.2 – O INTERNAMENTO NA UCI .....	19
3.3 – A DIMENSÃO TECNOLÓGICA E INFORMACIONAL NAS UCIS .....	22
4 – <u>PROBLEMATICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO</u> .....	24
4.1 – PROBLEMA .....	24
4.2 – OBJECTIVOS .....	24
5 – <u>FASE METODOLÓGICA</u> .....	25
5.1 – TIPO DE ESTUDO .....	25
5.2 – RECOLHA DE DADOS .....	27
5.3 – INSTRUMENTOS PRODUTORES DE INFORMAÇÃO .....	30
5.3.1 – <u>A observação</u> .....	30
5.3.2 – <u>A entrevista</u> .....	31
5.3.3 – <u>Implicações éticas e legais</u> .....	32
6 – <u>ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS</u> .....	33
7 – <u>DISCUSSÃO DOS DADOS</u> .....	35
7.1 – DESEMPENHAR FUNÇÕES EM UCI .....	35
7.2 – A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....	43
7.3 – A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E FAMILIARES NUMA UCI .....	48
7.4 – A INFORMAÇÃO E A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO E DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS .....	69
8 – <u>CONCLUSÃO</u> .....	77
9 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	82
10 – <u>ANEXOS</u> .....	89
ANEXO A – <u>AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO</u> .....	90
ANEXO B – <u>TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS (CD ROM)</u> .....	92
ANEXO C – <u>GUIÃO DA ENTREVISTA</u> .....	94
ANEXO D – <u>GRELHA DE OBSERVAÇÃO</u> .....	96
ANEXO E – <u>CURRICULUM VITAE</u> .....	99

## INDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 .....	5
Quadro n.º 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS .....	30
Quadro n.º 2 – GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	34

## **0 – INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde tem promovido o uso de técnicas de diagnóstico e terapêuticas, decisivas na recuperação de doentes. As Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) são exemplo de serviços especializados funcionando com pessoal treinado e equipadas com material sofisticado, resultante da mais avançada tecnologia colocada ao serviço da saúde, que lhes confere, sob uma perspectiva leiga, uma imagem de elevada complexidade.

O internamento, em qualquer serviço, constitui um factor gerador de stress para o doente e para os elementos que o acompanham, sobretudo se o doente se encontrar em fase crítica. Quando um elemento da família adoece, todos os outros ficam preocupados, pois como afirmam Chavez e Faber (1987) a família é a estrutura mais importante para o doente, sendo no seu seio que a doença normalmente ocorre e se resolve. Esta preocupação aumenta quando a doença é grave colocando o doente entre a vida e a morte.

Numa UCI, o sofrimento e a ansiedade são sentimentos habitualmente experienciados por diversos actores. É vivido pelo doente, que se vê confrontado com uma situação que lhe é hostil e não encontra em si os recursos que lhe permitem fazer face à mesma, pelos familiares e amigos que se sentem impotentes perante o sofrimento do seu ente querido e pelos profissionais de saúde que tentam actuar de forma a salvar e/ou manter a vida do indivíduo. Face a esta situação de stress, em que o enfermeiro frequentemente trabalha para salvar a vida do doente, por vezes dá prioridade as actividades de cariz mais tecnicistas, relegando para segundo plano a partilha de informação, nomeadamente com a família. Assiste-se neste caso a um cuidar mais tecnológico centrado na doença e menos no doente. No entanto, a manutenção de um ambiente terapêutico é da responsabilidade do enfermeiro, pois espera-se que este esteja existencialmente presente, que seja receptivo, disponível, apto a interpretar a comunicação verbal e não verbal do doente e família. Segundo Phipps et al (1995, 2390) “os enfermeiros de cuidados intensivos têm que utilizar excelentes capacidades de comunicação ao lidar com os doentes e com as necessidades psicológicas e sociais da família, intervenções permanentes que o enfermeiro se poderá sentir tentado a considerar de pequena prioridade numa situação critica...” Sendo as UCIs serviços

fechados onde reina um ambiente estranho e de mistério, descrito por vários autores como um local desconhecido, pouco acolhedor, de sofrimento, sinónimo de morte e doença grave, de recuperação, de reencontro com a vida e onde os cuidados de enfermagem são uma constante a transmissão de informação por vezes é colocada em segundo plano. Esta atitude é justificada pelo factor tempo que os enfermeiros da UCI afirmam frequentemente não terem para dar. Assim, é comum os familiares de doentes internados na UCIs considerarem escassa a informação fornecida nesses serviços. A família tem necessidade de informação disponível sobre o doente, pois só assim pode fazer planos com conhecimento de causa em vez de conjecturar com base em medos e angústias (Sheehy, 2001).

Na prática quotidiana, observamos que um dos aspectos que motiva maior insatisfação por parte da família, relativamente aos serviços de saúde é a falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é prestada no momento oportuno. A família considera que muitas vezes a comunicação entre enfermeiro/família fica aquém do que é esperado. Segundo Zussman (1992) tanto os doentes como a família desejam manter-se informados e quando esta informação não pode ser pormenorizada, uma simples explicação sobre procedimentos básicos e horários, ajuda-os a manter a calma diminuindo os sentimentos de medo e ansiedade experienciados. Nesta medida, a comunicação, é a chave para uma informação útil e atempada fornecida à família pelos enfermeiros. É usual observar nas UCIs, por parte do enfermeiro, uma falta de iniciativa em procurar o familiar do doente para lhe facultar informações, verificando-se a dificuldade que estes profissionais têm em interagir com a família do mesmo.

É neste contexto que o pretendo desenvolver esta problemática, formulando a questão central de investigação:

- Qual a importância que os enfermeiros das UCIs atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes?

A realização deste trabalho tem como objectivos específicos:

- Conhecer quais os factores que interferem na partilha de informação entre enfermeiro e familiares dos doentes internados nas UCIs;

- Identificar a importância que os enfermeiros da UCI atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes internados;

- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os factores que influenciam a comunicação do enfermeiro com a família do doente internado na UCI.

## **1 – A COMUNICAÇÃO**

No início deste novo milénio, a comunicação em saúde passou a ser um dos domínios do campo de conhecimentos da enfermagem e constitui um longo processo de aprendizagem para os enfermeiros. Durante todo o processo de doença, os enfermeiros são confrontados com o stress do indivíduo, o desespero, a revolta, a alegria, a tristeza, a vida e a morte. Comunicando, os enfermeiros relacionam-se com os utentes e família e “à medida que os enfermeiros aperfeiçoam a sua capacidade de comunicação e se tornam mais confiantes, evoluem na sua competência, de novatos a peritos” (Riley, 2004,9). A comunicação é considerada por vários autores, como função 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 eficiente. Na saúde, a comunicação eficaz é aquela que consegue transmitir informação clara, objectiva e pertinente onde exista esclarecimento de dúvidas e se necessário orientações ao doente/família. Esta comunicação é realizada de acordo com determinada situação, tendo em conta a pessoa, o tempo e o objectivo da informação (Inaba et al, 2005).

### **1.1 – O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO**

No internamento, o doente, família e amigos vêm-se envolvidos num ambiente desconhecido com uma dinâmica própria, onde a necessidade de estabilização rápida e manutenção das funções vitais do doente motiva e concentra toda a atenção da equipa multidisciplinar. Separada deste contexto encontra-se a família, impotente, angustiada e carente de qualquer tipo de informação sobre o estado de saúde do seu familiar.

A informação é fornecida através da comunicação e é essencial para o estabelecimento de qualquer relação terapêutica. Para Ferraz [et al] (1988) citados por Dornelles (2004), comunicar é uma palavra de origem latina “*comunicare*” que tem como significado tornar comum. Riley (2004,6) entende por comunicação “um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas.”

O fenómeno da comunicação traduz-se em duas componentes distintas mas indissociáveis, a comunicação verbal e a não verbal. Irei apenas fazer referência a

comunicação verbal, uma vez, que neste trabalho pretende-se focar apenas este tipo de comunicação. A forma verbal, transmitida através das palavras, complementa-se com a expressão facial, a postura corporal, as inflexões da voz ou simplesmente a forma de olhar o outro. Na comunicação cabe ao receptor descodificar toda a mensagem transmitida, ou seja, a mensagem verbal e não verbal, atribuindo um sentido aos pensamentos e sentimentos comunicados pelo emissor. Verifica-se então a existência de vários elementos no processo de comunicação, sendo eles, o emissor (quem produz, codifica e transmite a mensagem); o receptor (aquele que recebe a mensagem, a descodifica e emite resposta); a mensagem (conteúdo da comunicação, ou seja a informação transmitida) o canal (meio através do qual a mensagem é transmitida ao receptor); a codificação (a transposição de ideias e pensamentos para a mensagem); a descodificação (processo de tradução das palavras e signos, feito pelo receptor); a comunicação não verbal (os gestos, sinais e imagens que criamos ou percebemos); a comunicação verbal (palavras ou sinais escritos que se utilizam para efectivar a comunicação) e ainda os signos ou sinais, os quais se encontram presentes no quotidiano e compõem a comunicação verbal (Dornelles, 2004) (Ver figura 1).

Na comunicação entre duas pessoas o papel do emissor e receptor é alternado consoante a interacção, ou seja, o emissor envia a mensagem ao receptor e não se limita ao envio da mesma, pois o receptor não só recebe a mensagem como após decifra-la vai responder, verificando-se desta forma uma reciprocidade no processo de comunicação. A reciprocidade do fenómeno da comunicação implica também um entendimento e capacidade de escutar o outro, logo “é importante que a enfermeira observe a expressão facial, o tom de voz, o comportamento da pessoa e que analise o seu discurso e a sua maneira de estar para compreender o nível em que é preciso alcançá-la para estabelecer com ela uma comunicação real ” (Phaneuf, 2005, 27).

Segundo Riley (2004,6) existem vários factores que podem afectar a comunicação, sendo eles, “os factores ambientais (formalidade, calor, privacidade, familiaridade, liberdade ou constrangimento, distancia física entre as pessoas, clima, disposição, arquitectura, disposição do mobiliário); território e espaço pessoal (multidão, lugares para sentar, papeis, status e características físicas como por ex o tamanho e a altura); aparência física e vestuário (forma do corpo, raça, cheiro cabelo, sexo, movimentos corporais, adornos, postura, idade); indicações não verbais (expressão facial, movimento dos olhos, entoação vocal); factores interpessoais (desenvolvimento individual, domínio da linguagem, diferenças de percepção,

diferenças nos processo de tomada de decisão, diferentes valores, auto-conceitos”.

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

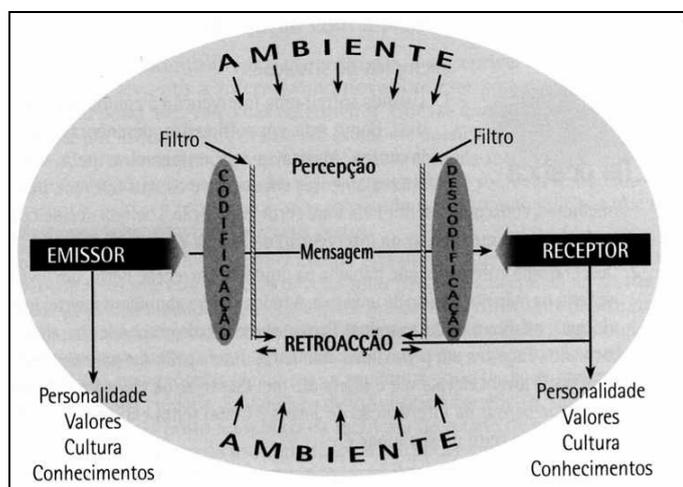


Figura 1 – “O modelo Cibernético”. Fonte Phaneuf (2005,26)

Através do modelo cibernético verificamos que o processo comunicativo não ocorre de forma isolada, sendo influenciada pelo ambiente e pelas características de cada interlocutor (personalidade, valores, cultura, conhecimento) – que funcionam como um filtro, que condiciona a forma como é codificada a mensagem. A comunicação tem um carácter cibernético na medida em que o emissor numa primeira fase transmite uma mensagem ao receptor, que por sua vez irá decifrar o seu conteúdo e responder ao emissor (retroacção), invertendo-se assim o papel dos interlocutores (o emissor, torna-se receptor e o receptor, emissor). Caso o receptor não responda ao emissor vai verificar-se uma ruptura no diálogo estabelecido. Para que esta situação não ocorra, o receptor poderá utilizar não só a linguagem verbal como a não verbal. O importante é que a mensagem emitida demonstre 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 emissor e receptor independentemente do tipo de linguagem utilizado (Phaneuf, 2005).

## 1.2 – A INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A evolução tecnológica e terapêutica trouxe desenvolvimentos inéditos na saúde, no entanto também se tem verificado uma grande transformação noutra actividade humana bastante importante na prestação de cuidados de saúde – o diálogo (Larsson, 1989, citado por Dias 2005). Segundo Dias (2005) o tema da informação na saúde

começou a ganhar relevância na segunda metade do século XXI, em que se verificou um aumento da esperança de vida assim como um aumento da sobrevivência nas doenças crónicas devido aos inúmeros avanços sociais, tecnológicos e científicos e da própria medicina.

Enquanto se assiste a uma progressiva evolução tecnológica e científica e, apesar da comunicação ter assumido uma maior importância nesta última metade do século XXI, verifica-se que as redes e os sistemas de comunicação apresentam grandes deficiências na área da prestação de cuidados de saúde. São várias as justificações plausíveis para este facto, sendo de referir os graus de especialização e a complexificação das organizações hospitalares que constituem um entrave à comunicação entre as diversas personagens existentes neste contexto. Outra justificação, é o facto dos profissionais de saúde referirem dificuldades em saber quais as verdadeiras necessidades de informação dos doentes/familiares, a escassez de tempo disponível devido à sobrecarga de trabalho que impossibilita o profissional de reflectir e praticar as técnicas de comunicação (Barnes, 1973; Taylor, 1988, citado por Dias, 2005) e a carência de qualificações associada à falta de experiência, o que proporciona uma inadequada prestação no processo de comunicação eficiente (Hjelm-Karlsson, 1989, citado por Dias, 2005).

A saúde não é um bem adquirido, a qualquer momento o indivíduo pode adoecer necessitando em casos de maior gravidade de ser internado. A complexidade desta situação associada aos custos sociais e económicos desperta um conjunto de emoções, não só ao indivíduo em estado crítico, como também repercussões imediatas na família e sociedade. De facto, o internamento 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 vêem-se obrigados a obter informação de modo a que esta os ajude a terem acesso ao que se passa com o doente, para poderem redefinir os seus objectivos de vida.

A informação é um direito, e está consagrado pela Carta dos Deveres e Direitos dos doentes publicada pela Direcção Geral da Saúde, onde no ponto 6 se pode ler que “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”. Segundo Zussman (1992) o direito de informação não pertence apenas ao doente mas também aos familiares e, durante o internamento, a família passa a ser portadora dos direitos do doente.

Para vários autores, nomeadamente Phipps et al (1995, 129) “uma das necessidades mais importantes, reconhecida pelos familiares em todos os períodos de doença, é a de informação.” Para Phaneuf (2005, 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”. Os enfermeiros fornecem a informação que é considerada como uma componente indispensável no processo de interacção entre doentes/familiares e profissionais. Este processo exige a partilha de conhecimentos onde, a comunicação aberta e clara com os doentes/familiares é primordial para uma interacção de sucesso.

Analisando o código deontológico do enfermeiro, especificamente o artigo n.º 84, verifica-se que o profissional de enfermagem tem o dever de informar o doente e familiares no que respeita os cuidados de enfermagem prestados, responder e explicitar com responsabilidade todas as dúvidas relacionadas com cuidados de enfermagem e fazer referência aos recursos de saúde disponíveis e o acesso aos mesmos, enquadrando-se desta forma a comunicação como parte integrante das suas funções (código deontológico do enfermeiro, DL 104/98). “Informar não é um processo de tudo ou nada, de dar informação numa única comunicação e apenas para cumprir um requisito de carácter legal” (Dias, 2005, 59). O processo informativo tem um carácter sistemático e processual logo, é importante que o enfermeiro controle o nível de informação que o familiar possui e que verifique nos diversos momentos se este necessita ou não de mais informação.

Na comunicação interpessoal com doentes e familiares é essencial verificar se a mensagem está a ser correctamente apreendida, ou seja, se a transmissão da informação não sofreu distorções que comprometam o entendimento da mesma. É necessário não esquecer que toda a comunicação considerada pobre é frequentemente baseada numa falha de compreensão de uma ou de ambas as partes (Gwyn, 2002). Os profissionais de saúde devem estar consciencializados que existe uma multiplicidade de aspectos que interferem na transmissão de informação, “o fenómeno da informação deverá assim ser sempre enquadrado numa visão mais ampla que englobe a cultura, a evolução do pensamento e do conhecimento, as ideologias e os movimentos sociais” (Parente, 1998, 14).

O significado atribuído à informação é diferente para os profissionais de saúde e para doentes/familiares, 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 e por vezes nem poder legal tem para dar estas informações, remetendo-se muitas vezes ao silêncio e noutras para o domínio médico.

Nem sempre é fácil comunicar com os familiares, pois a “verdade” não é, por vezes, o que os familiares desejam ouvir. Também há quem defenda que os familiares desejam saber informações sobre o doente mas muitas vezes preferem que esta informação não seja fornecida abruptamente (Durá, Mira e Soriano, 1987; Gautam e Nijhawan, 1987 citado por Dias, 2005). Segundo Richard Cabot, médico de Boston e professor de Harvard citado por Dias (2005) quando doentes e familiares questionam o profissional directamente este deve responder-lhe da mesma forma, no entanto é necessário que os familiares se encontram previamente preparados para receberem qualquer tipo de informação.

A transmissão da “verdade” ao doente e familiares é imprescindível mas a informação transmitida deve ser facultada nos momentos oportunos de forma a poder evitar danos desnecessários aos mesmos. É importante que o profissional de saúde saiba valorizar o que deve e pode dizer assim como deve ter a percepção de como, quando e o quanto deve divulgar. Enquanto alguns profissionais enfatizam a importância em revelar toda a verdade a doentes/familiares outros defendem que esta nem sempre deve ser revelada, utilizando frequentemente o silêncio, mentiras, eufemismos e outras características intrínsecas à “não informação”. Por vezes a técnica da verdade é muito mais complexa e difícil do que a da mentira, mas aparenta ter resultados mais positivos uma vez que doentes e familiares tentam adaptar-se à “verdade” revelada (Gracia, 1989, citado por Dias, 2005). Segundo Phipps et al (1995, 129) “os membros da família desejam respostas honestas às suas questões, bem como factos quanto à evolução do doente, alterações de tratamento e prognóstico, para além de quererem que os esclarecimentos sejam inteligíveis.”

## **2 – A FAMÍLIA E A DOENÇA**

Nenhum indivíduo é um ser isolado. A necessidade de sociabilização do indivíduo é-lhe intrínseca, vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida, desde o nascimento até à morte. A família é considerada por diversos autores como sendo a base social dos indivíduos. É através dela que o ser humano aprende a pensar, agir, reagir através de conceitos éticos, morais, religiosos, sociais, que lhe são instituídos, construindo desta forma a sua personalidade, forma de ser e estar, diante da sociedade em que se encontra inserido. Habitualmente, é na família que o indivíduo consegue receber todo o apoio afectivo, psicológico, valores humanos e éticos, sendo estas características fundamentais para o seu desenvolvimento físico e mental. A socialização do indivíduo é influenciada por diversos agentes: o grupo de pertença, os *media*, a escola, a comunidade em que vive, mas é certo que as suas raízes assim como grande parte dos valores adquiridos são transmitidas no seio da família (Singly, 1992). Poderá então afirmar-se que a transmissão de valores passa por uma empresa de quadro familiar e social, que se inicia logo após o nascimento inculcando maneiras de actuar na vida quotidiana, “em que a família é a principal agência de socialização” (Giddens, 1997,99). É nas relações familiares que os acontecimentos da vida como o nascer, crescer, envelhecer, morrer, entre outros, adquirem um significado que depois são utilizados na experiência individual de cada um, de acordo com a concepção fomentada. Sampaio e Gameiro (1985,11) consideram o termo família, aquele que “designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo consideramos que fazem parte da família, elementos não ligados por laços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo”.

Independentemente da existência de laços de consanguinidade ou parentesco existe sempre um elemento de referência para o doente, podendo este ser um familiar ou um acompanhante significativo. A existência de laços de amizade e afectividade a indivíduos que não são familiares, atribuem elementos significativos ao próprio. Assim, o elemento no qual o indivíduo deposita sentimentos de afectividade, e mantém uma ligação ainda mais importante do que com a sua própria família, pode afirmar-se como sendo elemento significativo ou de referência, para esse mesmo indivíduo. É neste

contexto, que aparece o elemento de referência ou pessoa significativa, que não estando ligado por traços biológicos, adquire também relevância na componente relacional. Worsley (1977,174) detecta o elemento significativo/de referência, quando afirma que “as ligações de parentesco não são as únicas importantes do núcleo familiar, e na verdade, na nossa sociedade esse género de ligação é até muitas vezes menos importante do que outros tipos de relação que os membros da família mantêm com estranhos”. De acordo com a sociedade em que a família se encontra inserida, assim é, a sua posição na mesma. Nas sociedades tradicionais, a posição social do indivíduo é muitas vezes marcada pela família a que pertence, enquanto nas sociedades ocidentais modernas esta posição social não é herdada pela família (Giddens, 1997).

Na realidade, o que acontece, é que a sociedade não pode passar sem a família, nem a família sobrevive, se deixar de interagir com a sociedade ou seja, ambas estão indissociavelmente associadas. A sociedade necessita da família, uma vez que indiscutivelmente, é ela que assegura o crescimento da taxa demográfica e por mais soluções que hoje em dia se apresentam, é na família que a criança recebe a satisfação dos seus desejos e a limitação dos mesmos, vindo sempre das mesmas pessoas, contribuindo desde cedo para que ela conheça e interioriza regras e normas de conduta, entre outros. Como afirma Roussel (1975, 241) “a família, neste ponto de vista, é a figura irredutível dos valores sociais”. Se a família não permitisse uma aprendizagem e uma prática das leis, existiria uma dificuldade em manter a democracia nas sociedades. No entanto, é na sociedade que os indivíduos podem por em prática as regras que adquiriram e é junto da comunidade que as pessoas se conhecem e fomentam novas relações.

Todo o indivíduo considerado saudável, pode a qualquer momento, através da exposição a diferentes factores, desenvolver situações de doença aguda que condicionam a integridade física e que podem colocar em risco a sua vida, necessitando de ser hospitalizado. Qualquer que seja o tipo de doença, esta instala-se na vida do indivíduo de forma inesperada sendo uma ameaça à estabilidade e a homeostasia de qualquer indivíduo proporcionando além de alterações orgânicas mudanças no seu quotidiano. Esta situação complica-se com a gravidade do diagnóstico e com a presença de um quadro clínico que exija tratamento especializado e/ou intensivo. Estas mudanças não só afectam o indivíduo doente como também alteram muitas vezes toda a funcionalidade da sua família e daqueles que o rodeiam.

Face a uma situação de saúde crítica, o **internamento** do doente torna-se algo

indiscutível para a sua recuperação. Ao ser hospitalizado, o doente não deve ser descontextualizado da sua realidade social e familiar, logo o desenvolvimento da relação terapêutica envolvendo-o a si e aos seus familiares é primordial. 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.

A hospitalização não deve constituir a exclusão do doente do seu meio e a família e a rede de amigos devem ser considerados, pela equipa multidisciplinar, como uma continuidade do doente a quem prestam cuidados de forma a minimizar a ansiedade, desconforto e insegurança sentidas tanto por uns (doentes) como por outros (familiares) (Inaba et al, 2005). A incerteza sobre a evolução e tratamento da doença fazem com que a família fique mais susceptível a perturbações psicológicas, levando não só a disrupção biológica como social, o que os obrigará a reorganizarem o seu quotidiano. A doença grave encontra-se associada a sentimentos de dor e sofrimento não só para o doente como para a família. É usual que a família tente reunir forças para enfrentar a situação que o doente atravessa, tentando consciencializar-se da situação e muitas vezes esperando uma notícia ou contacto com o seu familiar. De acordo com Almeida (1997) quando um elemento da família é hospitalizado, as reacções de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social do indivíduo que adoece, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar. É também frequente que toda a família se defronte com uma situação de crise face ao internamento do seu familiar, pois não sendo a crise um acontecimento isolado, quando esta afecta um indivíduo também afecta o seu sistema familiar, devido à interdependência existente entre os diferentes elementos que a constituem (Lynn-Mchale e Bellinger, 1988). O processo de aceitação da doença passa por diversas fases, em que a aceitação e adaptação face à doença e internamento podem ser dificultados pelas crenças, valores, costumes, comportamentos, ou seja pela cultura da família em questão (Smeltzer, 2002). Desta forma, a capacidade que cada família tem de superar a situação de crise gerada pelo internamento, depende não só da percepção que a família tem da situação da doença e da crise que está a atravessar como também dos mecanismos intrínsecos e extrínsecos que dispõe para lidar, de forma positiva, com a situação. Dos mecanismos extrínsecos fazem parte integrante, todo o apoio que o doente/família dispõe e a que têm acesso, emergindo aqui a importância do papel do enfermeiro no decurso destas situações de doença. É usual observar-se, no

internamento, a procura de apoio na equipe de saúde por parte da família, nomeadamente no enfermeiro. Segundo Nascimento (2000) citado por Inaba et al (2005, 425) os familiares do doente não podem ser apenas considerados como um auxílio técnico para o trabalho do enfermeiro, mas devem ser considerados como “indivíduos a serem cuidados também pela enfermagem”.

Segundo Sampaio e Gameiro (1985, 11), as intervenções de enfermagem junto dos familiares passam por “...uma abordagem que exige a compreensão do quadro de valores, das significações, das crenças e das expectativas da pessoa” visto que esta compreensão “promove uma atitude compassiva e motiva para uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando a auto-estima e inculcando esperança”. Para tal, é importante que o enfermeiro demonstre segurança, conhecimento teórico e científico, saiba ouvir e explicar quando questionado e acima de tudo que envolva a família na prestação de cuidados. Para Bettinelli (1998) os familiares consideram importante o diálogo com os profissionais de saúde/equipa pois proporciona-lhes 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 D’Antonio (2004) o alívio do sofrimento humano causado pela hospitalização e pela gravidade do quadro clínico é favorecido pelo relacionamento terapêutico. Este relacionamento centra-se num conjunto de saberes e práticas destinadas ao doente e família, respeitando toda a complexidade, limitações e potencialidades dos envolvidos.

Os profissionais de saúde ao desenvolverem o seu trabalho junto do doente, devem integrar a família nos cuidados prestados e para tal devem fazê-lo destituindo-se dos seus próprios valores, crenças, ética. Segundo Marcon et al (2002) é praticamente impossível prestar cuidados eficientes, se o profissional não tiver em conta pelo menos o contexto mais próximo do doente, que é a família a que pertence. Dando ênfase a Cecagno et al (2004,110), “a família deve ser concebida como parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar”, pois é muitas vezes na família que se tomam as decisões sobre cuidados e tratamentos. A relação interpessoal enfermeiro/família é sem dúvida determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao doente, uma vez que, como afirma Collière (1989:152) “é esta relação que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico”.

### **3 – CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

As UCI's são serviços onde se proporciona ao doente os cuidados de saúde mais especializados e tecnologicamente mais avançados. Enquadram-se nos serviços de ponta, em que a centralidade dos cuidados médicos especializados associados a sua alta sofisticação e ao uso de tecnologia moderna na realização de diagnósticos e administração de terapêutica operam a distinção relativamente a outros serviços. Nestas unidades observa-se uma integração minuciosa da prestação de cuidados, do ensino e da investigação. São também serviços dotados de regras e princípios de funcionamento próprios onde se pode encontrar protocolos específicos para cada intervenção e em que todos os cuidados são prestados com o máximo de rigor e perfeccionismo obedecendo a métodos de trabalho organizados e aliciantes (Carapinheiro, 1993). A natureza do trabalho desenvolvido nestas unidades centra-se na “acentuada especialização (...) requerendo o recurso a instrumentos de trabalho e procedimentos de elevada elaboração e rigor, em que a medição dos equipamentos tecnológicos apresenta particular centralidade” (Lopes, 1994, 113).

Os doentes que são admitidos nas UCI's encontram-se em estado crítico, muitas vezes lutando contra a morte. Estas unidades recebem doentes provenientes de serviços integrados da própria instituição hospitalar ou de outros hospitais que não possuem este tipo de unidades ou então que possuem, mas que se encontram lotadas. Devido à gravidade do doente, este necessita de uma observação constante e de cuidados permanentes. Hall et al (1998, 43) definem a medicina intensiva como sendo “uma medicina que pretende dar respostas terapêuticas rápidas aos doentes com falência de sistemas de órgãos vitais, utilizando para tal, protocolos estandardizados e eficazes. Tem como objectivo a acção preventiva da disfunção de cada sistema de órgãos, de acordo com princípios do restabelecimento da fisiologia normal. Quando a recuperação é impossível, são cada vez mais as técnicas que ajudam a aumentar o conforto em doentes terminais, com base no senso clínico de decidir se devem ou não manter-se as intervenções de suporte de vida”. Atkinson (1988: 3) complementa esta descrição quando descreve a UCI como sendo uma “unidade imaginada para as necessidades do doente que requer atenção individual e constante de enfermagem ao longo de vinte e

quatro horas, e o recurso imediato aos cuidados médicos.” O principal papel destes locais é assegurar suporte de vida ao indivíduo que se encontra em condições clínicas bastante críticas, ou seja, é tratar as crises orgânicas que se instalam no indivíduo e que põem em risco a sua vida (Zussman, 1992).

A admissão de um doente nestas unidades, devido ao custo do seu internamento, requer a realização de uma triagem adequada, da parte médica, em que o doente internado deve mesmo necessitar de cuidados intensivos e a sua situação clínica deve ser compatível com a vida, logo “a pressão exercida para obter uma cama, não é simplesmente em função do número de pacientes, mas sim, com o objectivo de quem precisa de cuidados intensivos. O doente tem de ter indicações absolutas de UCI, em que uma das mais importantes é a necessidade de um ventilador” (Zussman, 1992,204). Em 1983, a conferência organizada pelo Nacional Institutes of Health identificou as capacidades tecnológicas mínimas que uma UCI deve requerer, sendo estas: “a ressuscitação cardio-pulmonar; manuseamento da via aérea, incluindo entubação endotraqueal e ventilação mecânica; sistemas que forneçam oxigénio e terapêutica respiratória qualificada; monitorização electrocardiográfica continua; acesso rápido e detalhados aos resultados laboratoriais; acesso a serviços nutricionais que incluem técnicas de alimentação entérica e parentérica; terapêutica química que inclua necessidade de sistemas de infusão e perfusão; equipamento para manter a vida do doente em caso de transporte dentro e fora do hospital” (Nacional Institutes of Health, citado por Zussman 1992, 19).

Ao contrário do que se observa nos serviços de internamento, nas UCIs, médicos e enfermeiros trabalham lado a lado, de forma a assegurarem a continua vigilância do doente. Esta vigilância associada à especificidade dos métodos de trabalho da UCI exige uma interdependência funcional entre o trabalho médico e de enfermagem, o que permite a existência de uma relação de equipa entre estes profissionais, na concretização de estratégias de colaboração e na realização de procedimentos que permitem salvaguardar a vida do doente. Esta relação permite alguma autonomia e reconhecimento à equipa de enfermagem permitindo que enfermeiros participem na elaboração e reelaboração do diagnóstico juntamente com os médicos, valorizando-se desta forma a prática dos cuidados de enfermagem. Neste tipo de serviços, os cuidados prestados pelos enfermeiros são valorizados pela equipe médica que devido à instabilidade do doente vêm-se obrigados a questionar os enfermeiros e comunicar-lhes constantemente todas as alterações terapêuticas e as decisões tomadas sobre o

diagnóstico, para que toda a equipe de saúde acompanhe o desenvolvimento clínico do doente (Carapinheiro, 1993; Lopes, 1994).

Intrínseco às UCIs encontra-se a tecnologia aplicada diariamente para solucionar problemas que muitas vezes são intratáveis. É nestas unidades que muitas vezes são introduzidos os novos avanços tecnológicos, ou seja os equipamentos mais recentes do mercado. Estas novas tecnologias facilitam o diagnóstico, controlo e tratamento dos doentes no entanto, exigem uma integração progressiva e intensa do profissional de saúde, onde muitas vezes é necessária uma combinação adequada entre meios humanos, materiais e tempo. Aliado aos benefícios da disponibilidade constante e imediata de todos os recursos tecnológicos altamente sofisticados existentes nas UCIs reside o factor ansiedade que todo este aparato tecnológico transmite ao doente/família. Para os indivíduos, esta sofisticação tecnológica, muitas vezes, reflecte o estado crítico em que se encontra o doente, e a percepção da família é a de que o seu familiar se encontra prestes a morrer.

Contrariamente ao que se observa nos outros serviços, nas UCIs é muito difícil diferenciar os profissionais de saúde, pois todos vestem uniformes idênticos sendo impossível reconhecer as hierarquias e as respectivas funções de cada elemento pela observação do fardamento (Carapinheiro, 1993). Os familiares têm tendência a guiar-se pela observação das fardas e suas respectivas cores para estabelecer relações com os diversos profissionais do serviço. No entanto nas UCIs existe uma dificuldade em estabelecer esta relação uma vez que nunca se sabe quem abordar para obter informações, pois todos os profissionais de saúde se encontram vestidos de igual forma, sendo este mais um factor produtor de ansiedade.

O espaço físico das UCIs é caracterizado por ser um espaço amplo, onde existe a possibilidade de todos os profissionais observarem os doentes directamente acedendo de imediato aos sinais vitais de cada um pela presença dos monitores colocados junto a cada doente. São espaços que geralmente permitem uma circulação fácil dos profissionais permitindo um fácil acesso aos doentes e a tecnologia habitualmente mais utilizada. Nestes serviços, ao invés de outros serviços de internamento, o ruído da comunicação entre doentes é substituída pelos alarmes sonoros dos ventiladores, monitores e de todas as outras máquinas características destas unidades.

### **3.1 – OS ENFERMEIROS NA UCI**

Os enfermeiros que trabalham em UCIs são considerados os profissionais que melhor representam a “verdadeira enfermagem” pela sua constante actualização tecnológica e pelo acesso e partilha de procedimentos tendencialmente médicos, inacessíveis à maioria dos outros profissionais de enfermagem. Os médicos reconhecem que estes profissionais são providos de uma alta competência assim como rigor profissional, chegando a afirmar que as UCIs apenas funcionam adequadamente devido às “competências e práticas de enfermagem, que dificilmente podem ser substituídas pelas práticas médicas” (Carapinheiro, 1993,268). Estes enfermeiros são considerados altamente qualificados, necessitam de conhecer minuciosamente uma grande variedade de equipamento, sistemas e produtos, os quais são utilizados diariamente no tratamento do doente. Esta realidade contribui para comportamentos mecanicistas, automatizados, num meio em que, o diálogo e a reflexão crítica não encontram eco. O que se observa geralmente é um distanciamento entre a família e os profissionais, onde a relação terapêutica acontece de forma fragmentada e em que o doente se encontra isolado, muitas vezes tratado como um objecto, sem identidade e sem sistema de valores (Casate, 2005). Baggio (2006) afirma que a visão tecnicista do profissional de enfermagem pode afastá-lo cada vez mais do doente e por conseguinte da família. No entanto, independentemente das condições deste ambiente hostil, o diálogo com a família deve ser estabelecido e incentivado.

Os enfermeiros de hoje estão consciencializados que o processo terapêutico deve implicar a família do doente, independentemente do tipo de internamento/tratamento que o doente experiencia. Esta ideia, implícita em cada profissional, facilita o desenvolvimento de um espaço social nas UCIs onde o cenário predominante deverá passar por uma prática tecnicista associada à comunicação, em que a compreensão das necessidades psicossociais e dos significados do processo de adoecer/viver/morrer dos doentes e familiares é algo que não deixa de ser primordial. De acordo com Zussman (1992) algumas enfermeiras de UCI preocupam-se com o conforto e o estado emocional do doente mas também com o da família, integrando a mesma nos cuidados prestados ao doente. No entanto, este autor também refere que existem enfermeiros que escolhem trabalhar neste tipo de serviços para evitar relações interpessoais com doentes e familiares de forma a não se envolverem emocionalmente. A escolha destes locais de trabalho pelos enfermeiros não pode ser equacionada apenas como uma tentativa de evitarem o relacionamento entre doentes/família, pois associado à sua decisão estão várias outras variáveis como a preferência pela execução de técnicas ao estabelecimento

de relações pessoais; a existência de uma maior imprevisibilidade na natureza do trabalho diminuindo assim a rotinização dos cuidados prestados, a aquisição de novos conhecimentos e o status adquirido perante enfermeiros de outros serviços.

Os enfermeiros que trabalham nas UCIs são caracterizados por terem um sentido especial de orgulho próprio pois o nível da performance do seu desempenho e conhecimentos requeridos para a execução do seu trabalho, nomeadamente para a realização de certos procedimentos, é mais complexo que noutras especialidades, acabando por serem mais valorizados e obterem maior reconhecimento intra-pares. Logo “as competências técnicas, ao contrário de servirem apenas para defesa do doente ou para o cuidar, também servem para atribuir aos enfermeiros um grau de respeito” (Zussman, 1992, 78). Para Thelan et al (1994) a prática da enfermagem intensivista requer um conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção, tratamento e conhecimentos de âmbito geral e especializadas. Neste tipo de unidades, estas acções que são padronizadas como sendo do trabalho de enfermagem e a sua reelaboração em actos de considerável indeterminação e de elevada tecnicidade fazem com que o enfermeiro adquira uma maior visibilidade social (Lopes, 1994). Ou seja, trabalhar numa UCIs corresponde ao sempre almejado reconhecimento de qualidades e competências de enfermagem. Além de uma auto-imagem profissional positiva, o enfermeiro de cuidados intensivos necessita de experiência de vida, experiência e domínio profissional, que lhe irão conferir calma e “frieza” para que possa agir em situações de stress. Este auto-controle por parte dos profissionais de saúde é fundamental para que estes possam transmitir as famílias do doente atitudes de compreensão e ajuda.

A eficácia do atendimento e tratamento de doentes numa UCI deve-se sobretudo ao grau de preparação da equipa multidisciplinar. Integrados nesta equipa, aos enfermeiros é exigido uma diversidade de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, aplicados numa realidade em constante mutação e frequentemente sob o efeito de factores geradores de grande stress e conflitos. No entanto esta multiplicidade e diversidade de conhecimentos não resultam de qualificações adquiridas em formações ou noutros graus de ensino, mas de um “corpus de savoir-faire, criado e transmitido no terreno do trabalho” ao longo dos anos (Carapinheiro, 1993, 130). O estado clínico do doente é imprevisível exigindo ao enfermeiro uma vigilância permanente onde a reactualização e o reajuste de determinados procedimentos são uma constante nos turnos realizados (Lopes, 1994). Estes enfermeiros prestam cuidados que estão

imbuídos de um elevado grau de exigência, tanto física como emocional. Os cuidados que exigem um esforço físico muito grande, destreza mental, gestão do stress, um manuseamento de terapêutica e procedimentos, onde o acerto de linhas de cuidados é uma constante e por vezes todo este esforço e empenho não são suficientes para salvar o doente, com o desgaste consequente de toda a equipa profissional.

O contínuo estado de stress psicológico e físico deve-se a vários factores: elevado número e rotação de doentes em estado grave; reduzido número de doentes capazes de comunicar; frequente contacto com a morte e os problemas éticos envolvidos; a imprevisibilidade e especificidade do serviço; a exigência do domínio da alta tecnologia e ao sofrimento dos familiares, entre outros. Todos estes factores vão influenciar o desempenho do enfermeiro face ao doente/família fazendo com que este muitas vezes direcione mais a sua prestação de cuidados para os procedimentos técnicos do que a relação humana. Zussman (1992) defende que médicos e enfermeiros ao tomarem esta atitude, não têm como principal intenção ignorar o doente/família. O que por vezes acontece, é que o stress a que são sujeitos pela pressão de estarem a lutar com a vida do doente muitas vezes encaminha o profissional para a responsabilidade das suas actividades, fazendo com que este se preocupe mais em realizar correctamente todas as técnicas do que propriamente em comunicar com o doente/família.

Assim é frequente que a família não se sinta integrada nos cuidados prestados, acabando por considerar que estes profissionais apenas se debruçam na realização de técnicas específicas, ignorando toda a informação e apoio que lhe deveria ser fornecido, não só para os tranquilizar, mas também para prestarem cuidados tendo em conta o meio social do doente. Nas UCIs, o cuidado, por mais humanizado que se deseje, parece continuar a ser sempre insuficiente, frente às exigências psicossociais, já que a família ainda é naturalmente distanciada do doente em função da gravidade do quadro e das formas de intervenção terapêutica imediatas e invasivas de que o doente carece (Lemos, 2002; Albístur et al, 2000). De acordo com vários autores e especificando Pinho (2008), os enfermeiros valorizam a participação dos familiares na recuperação dos doentes. Eles acreditam na presença do familiar como um valor adicional ao tratamento, e flexibilizam algumas rotinas da unidade, para que esse contacto ocorra sempre que possível. No entanto, verifica-se que os enfermeiros dedicam-se de forma muito limitada aos familiares, esquecendo que eles são parte integrante da socialização do doente. É neste contexto que os tempos como o horário das visitas, são frequentemente utilizados pelos enfermeiros para descansar, tomar um café, aliviar as suas próprias

tensões e/ou reunir a equipa, em vez de interagirem com os familiares do doente.

A insegurança de alguns profissionais, devido à sua inexperiência neste tipo de unidades, compromete muitas vezes o seu relacionamento com os doentes e em particular com os familiares. Quando os enfermeiros se encontram demasiado preocupados com o seu desempenho, não conseguem estar disponíveis para escutar e estar com o outro. Quando o enfermeiro se sente inseguro perante a tecnologia, esta passa a competir com ele, e desta forma acaba por distraí-lo, perturbando inegavelmente a relação tanto com os doentes como com os familiares (Mackreth, 1988). É comum nestas situações observar a destreza com que o enfermeiro transfere para o médico a responsabilidade da transmissão de informações aos familiares. Também se verifica que, como afirma Lopes (1994) os enfermeiros assumem realizar tarefas, que muitas vezes são consideradas da responsabilidade médica, justificando que apenas as realizam para colaborar com o médico. “Em todo o caso, esta colaboração tem um alcance que ultrapassa as intenções subjectivas dos seus protagonistas, e que a constitui em estratégia de valorização, na medida em que produz oportunidades de aquisição ou consolidação de novos saberes e competências, que incrementam os seus recursos de negociação e a visibilidade social da recomposição desses recursos” (Lopes, 1994, 147).

### **3.2 – O INTERNAMENTO NA UCI**

A transferência de um doente para uma unidade de cuidados intensivos é uma experiência assustadora não só para o doente como também para a sua família (Zussman, 1992). O internamento de um familiar neste tipo de serviços tanto pode provocar sentimentos de esperança, alívio, conforto como desenvolver o aparecimento de perspectivas nefastas e muito ameaçadoras afectando o estado psico-emocional do doente e familiar. Estes sentimentos de medo, insegurança e desconfiança desencadeiam-se porque as UCIs estão culturalmente vinculadas à ideia de sofrimento, perigo constante onde a morte é uma realidade que pode ser experienciada a qualquer instante.

Muitos indivíduos não percebem as UCIs como um serviço cujo objectivo é tentar salvar o doente, mas como uma unidade onde impera o isolamento, onde as regras e rotinas são mais rígidas do que em qualquer outro serviço e como um local que antecede a morte. Este tipo de percepção associado ao facto do doente se encontrar num ambiente estranho, repleto de tecnologia sofisticada/diferenciada mas também

desconhecida, dificulta ainda mais o processo de aceitação e adaptação do familiar nestas unidades, acrescentando as incertezas em relação a doença e prognóstico. Segundo Zussman (1992, 143) “esta complexidade tecnológica da medicina de cuidados intensivos – com a monitorização permanente, testes diagnósticos, e a frequente e intimidadora visão de ventiladores – apenas aumenta a dependência das famílias.”

O internamento nestas unidades favorece uma crise física e emocional dos doentes e familiares. Esta experiência não só altera o quotidiano do doente como o da sua família emergindo significados, percepções sobre o ambiente, acolhimento, processo terapêutico estabelecido e realidade institucional. Perante um processo destes, os familiares esperam dos enfermeiros não só uma prestação directa de cuidados mas também o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na comunicação e necessidades dos familiares. Segundo vários autores, nomeadamente Daley (1984), Zaspé et al (1997), Kosco e Warren (2000) os profissionais de saúde que exercem nas UCIs continuam a centrar os seus esforços na manutenção das funções vitais do doente, dando uma importância secundária ou até mesmo irrelevante aos cuidados à família, com quem mantêm uma relação demasiado distante. Neste tipo de unidades, se os enfermeiros conseguirem estabelecer uma comunicação eficiente com os familiares estarão não só a diminuir a ansiedade, desconforto e insegurança, como poderão melhorar os cuidados prestados ao doente crítico (Inaba et al, 2005).

O desenvolvimento científico e tecnológico veio promover a concepção de novos equipamentos cada vez mais modernos, sofisticados, complexos e minuciosos, no entanto este progresso veio de uma forma indirecta influenciar a redução do doente à simples condição de objecto (Polónio, 1990, citado por Dias, 2005). Todos os recursos tecnológicos necessários para garantir a estabilidade do doente exigem muitas vezes técnicas invasivas (presença de drenos, sondas, cateteres, tubos oro-endotraqueais...) as quais são percebidas pela família como técnicas que causam dor, desconforto físico e emocional, contribuem para a percepção de que o internamento é bastante desagradável e desumano para doentes e familiares, uma vez que o doente se encontra despersonalizado.

O doente de cuidados intensivos permanece despido no leito de forma a facilitar o trabalho da equipa, em aceder facilmente ao corpo perante uma situação de emergência e para facilitar o manuseamento de determinados equipamentos. Os profissionais de saúde tendem a “objectificar” o doente/familiares recorrendo as rotinas do serviço, tratamentos, burocratização de processos e fornecendo informação escassa e

pouco objectiva (Taylor, 1988, citado por Dias, 2005). As preocupações pela “humanização do serviço” de forma a oferecer ao doente condições de conforto e de dignidade, aspectos importantes e também valorizados nas UCIs são na maioria das vezes difíceis de se concretizarem neste tipo de unidades, sobretudo porque o doente se encontra completamente indefeso e submisso aos cuidados médicos e de enfermagem. Aqui, as decisões são importantes para salvar a vida do doente, justificando-se desta forma a submissão do doente ao que lhe é geralmente imposto, independentemente do efeito devastador no equilíbrio emocional do doente e dos seus familiares, que vêm o seu familiar totalmente dependente da tecnologia, exposto, desconfortável e totalmente indefeso.

Quando médicos e enfermeiros apostam na sobrevivência do doente internado é “essencial que essa sobrevivência seja humana e socialmente aceitável e compatível com os padrões morais, culturais e socio-económicos do ser humano” (Dias, 2005, 56). Através de vários estudos realizados, Curry (1995) referencia que está comprovado que os familiares dos doentes internados em cuidados intensivos também passam por uma crise psicológica, motivada não só pelo carácter agudo e grave da patologia do doente como também pela especificidade do ambiente destas unidades. As UCIs dispõem de um espaço físico característico em que geralmente os doentes permanecem juntos, na mesma sala ou com divisões que permitem a visualização de tudo, assim como ouvir todo o tipo de alarmes, fragmentos de conversas entre os profissionais de saúde, observar o que acontece em redor do doente. Desta forma, doente e familiares conseguem ter uma percepção global de tudo o que acontece construindo as suas próprias representações sobre o ambiente da UCI.

Segundo um estudo realizado por Meivor e Thompson (1988) as necessidades frequentemente mais sentidas pelos familiares são a necessidade de alívio da ansiedade, de informação, ser aceite pelo “staff” da unidade, ter capacidade para estar com o familiar na unidade e a obtenção de alguma explicação sobre o equipamento que está a ser usado no seu familiar e o procedimento efectuado. Deste modo, e de acordo com Lopes (1995) o enfermeiro deve ser portador de determinadas atitudes, conhecimentos e valores tais como: ser capaz de reconhecer a importância da família no êxito dos cuidados e acreditar que a sua presença fará a diferença; ter uma atitude de abertura imprescindível na relação enfermeiro/família; possuir e mobilizar conhecimentos sobre etapas de desenvolvimento do adulto, estrutura e dinâmica familiar, influência da doença na família, influência da família na recuperação do doente; possuir valores que

lhe permitam observar as interações entre os membros da família e obter dados que permitam identificar necessidades, planejar, executar e avaliar intervenções de acordo com as necessidades identificadas.

### **3.3 – A DIMENSÃO TECNOLÓGICA E INFORMACIONAL NAS UCIS**

Nas UCIs a comunicação entre doentes e profissionais de saúde é dificultada por diversos factores, mas essencialmente pela realidade que os indivíduos estão a experienciar. Este tipo de doentes apresentam um quadro clínico muito grave e geralmente encontram-se entubados orotraquealmente com dificuldade ou até impossibilidade de se exprimirem não só com os profissionais mas também com a sua família.

Face a esta situação é imprescindível que os profissionais de saúde tentem minimizar esta angústia vivenciada não só pelo doente como pelo seu familiar, sendo primordial o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Segundo Bettinelli (1998) se esta relação não for estabelecida, haverá um distanciamento entre o profissional e o doente e/ou familiar, levando a um relacionamento que pode prejudicar os cuidados de saúde. Além dos factores comuns existentes em todos os serviços de internamento, nas UCIs a comunicação é ainda comprometida pelo ambiente da unidade, a intensidade da luz, os ruídos dos alarmes e a escassez de tempo que os enfermeiros referem serem alvos.

A comunicação entre enfermeiro e familiar é uma importante forma de manter a família informada sobre a realidade do doente, explicar que procedimentos se estão a realizar e quais os objectivos, o porquê de determinadas regras e normas de conduta, envolvendo o familiar a participar em determinados cuidados. Após ter realizado um estudo comparativo entre duas unidades de cuidados intensivos em hospitais diferentes, Zussman (1992) verificou a existência de uma grande variação no que respeita o tipo de informação que o doente/família desejam obter, no entanto, aqueles que foram abordados no seu estudo, apresentavam unanimidade quando referiam gostar de receber informações sobre procedimentos básicos e horários. Ora, sendo assim, o ambiente da UCI exige algo mais além da destreza e habilidades técnicas, exige cuidado global do indivíduo, em que é possível aproximar o desenvolvimento científico-tecnológico ao humanismo.

O modelo tecnicista próprio das UCIs tem tendência a ser quebrado quando a

dimensão humana é valorizada e nas situações em que a dimensão relacional pode transcender a dimensão técnica. Segundo Strauss (1985) citado por Zussman (1992,42) “uma relação terapêutica bem sucedida depende da capacidade que médicos e enfermeiros têm em construir confiança, em ajudar doentes e familiares a manterem a compostura e reconstruírem a sua identidade numa situação de debilidade ocasionada pela doença”, sendo assim primordial que seja reconhecido a individualidade de cada doente/família. Nas UCIs a comunicação entre enfermeiro e doente é difícil de estabelecer, pois como afirma Zussman (1992), nestas unidades o doente tem tendência a desaparecer, não de uma forma física, mas sim, utilizando outro significado a palavra desaparecer.

O doente desaparece no sentido em que muitas vezes a sua própria doença faz com que este seja percebido como um robot desprovido de toda a sua especificidade e individualidade. Na verdade os profissionais que trabalham nestas unidades, muitas vezes permanecem completamente alheados da biografia do doente. Quando os cuidados de enfermagem são prestados num ambiente que exige uma alta tecnicidade, o cuidar corre o risco de se tornar um mero procedimento mecanicista. É comum nestas unidades, segundo refere Lopes (1994), os enfermeiros tentarem conseguir assegurar o cumprimento da totalidade das rotinas, após as quais, não lhe resta tempo para mais nada, sentindo-se satisfeitos por terem executado todas as técnicas atempadamente. No entanto, os cuidados de enfermagem podem sempre extrapolar o procedimento técnico, sendo expressos nas atitudes relacionais.

De facto, nestas unidades existe uma produção direccionada particularmente para o desenvolvimento de cuidados muito especializados em que o uso da tecnologia faz parte integrante dos mesmos. No entanto, segundo Mcfarlane (1988) e Kitson (1988) citados por Carapinheiro (1993, 253) “no quadro normativo valorizador da relação terapêutica entre enfermeiros e doentes/família, é rejeitada a concepção tecnicista da profissão e é reforçado o seu papel psicológico” verificando-se assim a importância dos enfermeiros no estabelecimento de uma relação terapêutica eficiente. Salienta-se, no entanto, que a atitude de distanciamento pelo enfermeiro pode ser uma estratégia utilizada para o não envolvimento emocional, ou seja, predomina o cuidado com impessoal, que fornece as barreiras protectoras do envolvimento e do compromisso no cuidar. Esta actuação funciona como um mecanismo de defesa que facilita a gestão de situações de stress. O enfermeiro, utiliza estas estratégias de modo a não expor as suas incapacidades, vulnerabilidades e a não envolver-se emocionalmente (Silva, 2000).

## **4 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

### **4.1 – PROBLEMA**

A escolha do problema surge pelo facto de ser enfermeira numa UCI e de quotidianamente verificar que a circulação e partilha de informação entre enfermeiros e família é de facto imprescindível no acompanhamento e tratamento do doente, emergindo como um acto social. Sendo assim, posso afirmar que este problema surge através de uma inquietação profissional convertida em problema sociológico, no qual pretendo analisar a forma como se processa a transmissão da informação aos familiares dos doentes internados numa UCI.

Desta forma, o problema deste estudo é:

- A percepção dos enfermeiros de uma UCI sobre a importância da partilha de informação com as da UCI e as famílias dos doentes internados.

### **4.2 – OBJECTIVOS**

Em função da questão central, **o objectivo geral:**

- Qual a importância que os enfermeiros das UCIs atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes?

Determinando como **objectivos específicos:**

- Conhecer quais os factores que interferem na partilha de informação entre enfermeiro e familiares dos doentes internados nas UCIs;
- Identificar a importância que os enfermeiros da UCI atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes internados;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os factores que influenciam a comunicação do enfermeiro com a família do doente internado na UCI.

## **5 – FASE METODOLÓGICA**

A investigação é um processo que permite o desenvolvimento da ciência e o avanço de qualquer profissão, permitindo-lhe adquirir novos saberes que vão contribuir para o enriquecimento do seu corpo de conhecimentos.

Segundo Flick (2005) a investigação qualitativa consolida-se no campo das ciências sociais e é tipo de investigação bastante importante no estudo das relações sociais devido à extensa variedade dos universos de vida. A investigação qualitativa caracteriza-se essencialmente pela variedade de métodos e perspectivas, escolha correcta dos métodos e das teorias, reconhecer e analisar as diferentes perspectivas e pela reflexão do investigador sobre a investigação. Segundo Mckinlay (1995) citado por Flick (2005) nas questões de grande complexidade da saúde pública, tais como os assuntos socio-políticos são os métodos qualitativos que apresentam resultados mais relevantes, devendo ser este o método escolhido.

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 (2003) quando afirma que a metodologia é um conjunto de passos a percorrer e dos meios que conduzem aos resultados. Existem vários caminhos que podem ser seguidos pelo investigador no desenvolvimento da sua pesquisa, no entanto o que é comum a todos é a utilização de metodologia científica.

### **5.1 – TIPO DE ESTUDO**

Parte-se de um estudo exploratório e descritivo sendo o método de análise qualitativo. Os estudos exploratórios descritivos tem como finalidade desenvolver conceitos, estabelecer relações entre os mesmos ou formular hipóteses para investigações futuras (Fortin, 2003). A investigação qualitativa visa o estudo da sociedade e centra-se na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem. Este tipo de investigação exige que o “mundo” investigado seja examinado com a ideia que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo (Bogdan e Biklen, 1994). Ora assim sendo, a metodologia

escolhida é determinada pelo objecto em estudo.

Nas metodologias qualitativas, os sujeitos de estudo não são reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses, mas vistos como parte de um todo, no seu contexto habitual. Considera-se que ao reduzir pessoas a agregados estatísticos, se perde de vista a natureza subjectiva do comportamento humano, logo, os “campos de estudo não são situações artificiais de laboratório, mas interações e práticas dos sujeitos na vida quotidiana” (Flick, 2005,5). Há uma possibilidade de conhecer melhor os seres humanos e compreender como ocorre a evolução das definições de mundo destes sujeitos fazendo uso de dados descritivos derivados de registos e anotações pessoais, de falas de indivíduos, de comportamentos observados. Ou seja, independentemente do método utilizado (entrevistas ou observação directa), os dados obtidos serão transcritos em texto e é a partir deste texto que se fará a interpretação da recolha de dados, podendo afirmar-se que “a investigação qualitativa se baseia na compreensão das realidades sociais através da interpretação destes textos” (Flick, 2005, 30). Os métodos qualitativos são frequentemente escolhidos para investigações exploratórias e são muito valiosos quando os investigadores procuram informação aprofundada, acerca do como e porquê do comportamento, pensamento e significado das coisas para as pessoas.

Permitem a descoberta ou a exposição de percepções, significados, conhecimentos, realidades múltiplas e contextos profissionais. Esta metodologia torna-se apropriada sobretudo quando a amostra é reduzida e quando não existem muitos dados relativos ao fenómeno estudado. O investigador envolve-se obrigatoriamente na vida dos participantes uma vez que os procedimentos da investigação assentam no ouvir, conversar e na expressão livre dos interlocutores.

Optei por uma abordagem qualitativa, de tipo exploratório descritivo, porque, como refere Fortin (2003), pretende-se uma compreensão ampla do fenómeno em estudo, sendo o objectivo desta abordagem de investigação descrever ou interpretar muito mais do que avaliar. Considero-o exploratório uma vez que consiste numa investigação e exploração de um tema que se encontra pouco estudado e desenvolvido. Assume-se como estudo descritivo porque como referem Gil (1989), Carmo e Ferreira (1998) e Fortin (2003) implica o estudo, a compreensão e explicação da situação actual da investigação, visando obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre temas onde existem escassos trabalhos de investigação executados. Os estudos descritivos fornecem uma descrição dos dados, consistindo em discriminar os factores determinantes ou os conceitos que, eventualmente possam estar associados

ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno (Fortin, 2003).

## **5.2 – RECOLHA DE DADOS**

É importante que a questão de investigação seja muito bem definida, não só para que se estabeleça um plano de pesquisa firme, mas também porque é através dela que se definem os métodos, se escolhe o acesso ao campo e o que irá fazer parte do estudo (quem - pessoas, grupos, instituições; e o quê - actividades, estilos de vida, processos) (Flick, 2005).

Na investigação qualitativa é muito importante definir qual o campo em estudo, que normalmente pode ser uma instituição, uma família, uma subcultura, uma comunidade, um grupo específico, entre outros. Esta investigação decorreu numa organização hospitalar entidade pública empresarial (pessoa colectiva de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com capital estatutário detido pelo estado nos termos do decreto-lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro entretanto alterado pelo decreto-lei n.º 300/2007 de 23 de Agosto e do artigo 18º do anexo da lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, constituída de acordo com o decreto-lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro).

Tem como missão prestar cuidados diferenciados de saúde de qualidade à população, assegurando simultaneamente, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia através da participação em actividades de investigação, formação e ensino. Acolhe e presta cuidados respeitando a dignidade, em tempo útil, com eficácia, qualidade e a custos socialmente comportáveis, os utentes que necessitam de cuidados hospitalares, garantindo um desempenho técnico-científico avançado. Dedicar-se a promoção da saúde na comunidade que serve e satisfazer as necessidades, em saúde, de cada utente que o procuram. Os cuidados de enfermagem baseiam-se num quadro de referência cujo seu objectivo é cuidar da pessoa na totalidade das suas dimensões, através de uma relação de ajuda, coadjuvando a pessoa a restabelecer o equilíbrio, a saúde, a qualidade de vida e o sentido de vida e como finalidade ajudar a pessoa a ser autónoma e a promover o bem-estar na sua plenitude – a qualidade de vida na perspectiva do utente (<http://www.hevora.min-saude.pt>).

Segundo Flick (2005), no acesso aos indivíduos são importantes os processos de

negociação, as estratégias de referência para fazer bola de neve, e acima de tudo as competências relacionais. A questão do acesso ao terreno, às pessoas e processos que nele são de particular interesse, merece especial atenção. Neste contexto, para obter o acesso à informação que possibilitou desenvolver esta investigação foi necessário desenvolver alguns procedimentos que apresento de seguida:

- ❖ Envio de carta ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital a solicitar a autorização para a realização de entrevistas aos profissionais de enfermagem da UCI e a realização de um período de observação não participante de cinco meses (de Maio a Setembro de 2010) no referido serviço, de modo a observar o comportamento dos profissionais junto dos familiares dos doentes (Anexo A). Foi garantido o não interferir com os ritmos de trabalho das equipas, os rigorosos critérios de sigilo e o anonimato sobre as informações recolhidas e a prévia informação a todos os profissionais convidados a participar acerca de todos os procedimentos inerentes.
- ❖ Estabelecimento de contactos privilegiados na busca da informação necessária para atingir os objectivos traçados. Contacto com os enfermeiros do referido serviço, onde foi apresentado o estudo assim como a sua orientação científica. Foi solicitado à enfermeira chefe que identificasse os enfermeiros do seu serviço de acordo com o número de anos de exercício profissional e de trabalho na UCI.
- ❖ Delimitação do melhor horário para realizar a observação não participante tendo em conta a opinião da Enf.<sup>a</sup> chefe, os objectivos do estudo, as características do serviço, as normas e rotinas de modo a não causar nenhum transtorno à prática diária do serviço e obter o maior número de dados possíveis. Após ter conhecido o espaço físico desta unidade e tendo em conta os factores acima mencionados optou-se por realizar a observação no período do horário das visitas: 15-15.30 h e 19-19.30 h. Foram seleccionados apenas estes períodos pois neste serviço existem normas e procedimentos instituídos que apenas permitem aos enfermeiros fornecer informações aos familiares e comunicar com os mesmos durante este horário. Qualquer informação pedida fora deste horário é direccionada para os médicos que se encontram de serviço e, salvo raras excepções, o enfermeiro fornece informações pelo telefone ou fora do horário da visita.

- ❖ Após ter tido conhecimento de quais eram os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão para serem entrevistados, foi pedido verbalmente o seu consentimento e solicitada a permissão para a gravação das entrevistas.
- ❖ Foi de seguida elaborado o agendamento faseado das entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e do serviço (e entrevistador) para a realização das entrevistas em local determinado pelos informantes. Segundo Flick (2005), após o acesso às pessoas que irão ser entrevistadas, um dos principais problemas com que o investigador se defronta é o da disponibilidade. Todas as entrevistas foram realizadas pelo investigador e, no início das mesmas eram retiradas possíveis dúvidas sobre os objectivos desta. A fase de recolha de dados decorreu de 1 de Julho a 9 de Setembro de 2009.

As decisões de amostragem segundo Flick (2005) oscilam sempre entre o objectivo de abarcar o campo o mais vasto possível e o de realizar as análises o mais profundamente possível. A minha escolha recaiu na segunda hipótese. Ao procurar estudar se a partilha de informação entre enfermeiros e família é valorizada e colocada em prática pelos enfermeiros, numa UCI, a amostragem dos informantes recaiu sobre os responsáveis do processo isto é, informantes que tenham experiência no fenómeno de interesse. Assim optámos por uma amostra intencional constituída por enfermeiros que desempenham funções na UCI há pelo menos dois anos e com uma experiência profissional também superior a dois anos.

Morse citado por Flick (2005) define o “bom informante” como aquele que possui os necessários conhecimentos e experiência do assunto para responder às perguntas da entrevista, devendo ter capacidade de reflexão e articulação, tempo para ser interrogado e disposição para participar no estudo. Desta forma, foram realizadas doze entrevistas aos enfermeiros da UCI de um Hospital EPE, em que duas destas entrevistas foram pré-testes. No tipo de amostra total, nenhuma das entrevistas realizadas é excluída uma vez que a recolha e análise de dados tem como objectivo “manter e integrar todos os casos disponíveis na amostra.” (Flick, 2005,65).

Sendo, assim foram entrevistados 12 enfermeiros (Anexo B) cuja caracterização se apresenta no quadro n.º1.

- Idades compreendidas entre os 28-47 anos;
- Habilitações profissionais: licenciatura em enfermagem e pós-graduação;
- Anos de exercício profissional: 2-22 anos, perfazendo uma média de 13,3;

- Anos de exercício profissional em UCI: 2- 15 anos, perfazendo uma média de 7,8.

Quadro n.º1

Caracterização dos enfermeiros entrevistados

<b>Idade</b>	<b>Habilitações profissionais</b>	<b>Anos de exercício profissional</b>	<b>Anos de exercício em UCI</b>
40	Licenciatura em enfermagem	16	12
38	Licenciatura em enfermagem	14	9
35	Licenciatura em enfermagem	12	12
37	Licenciatura em enfermagem	16	14
36	Licenciatura em enfermagem	13	12
47	Licenciatura em enfermagem	22	15
36	Licenciatura em enfermagem	15	2
30	Pós-graduação	9	2
42	Licenciatura em enfermagem	20	6
33	Licenciatura em enfermagem	11	4
28	Licenciatura em enfermagem	2	2
30	Licenciatura em enfermagem	10	4
		Média = 13,3	Média = 7,8

### 5.3 - INSTRUMENTOS PRODUTORES DE INFORMAÇÃO

Flick (2005) revela-nos que o tema e a problemática de investigação, os sujeitos investigados e o tipo de informação que se procuram são os critérios de avaliação para a escolha dos métodos utilizados na investigação qualitativa, sendo a escolha tomada tendo em conta as características do material que se quer obter. Antes de empreender uma recolha de dados, o investigador deve perguntar se a informação que quer recolher com a ajuda do instrumento de medida, é o mais adequado para responder aos objectivos da sua investigação.

Como instrumentos produtores de informação foi utilizada a observação e a entrevista semi-estruturada.

#### 5.3.1 – A observação

A observação no campo de investigação “permite ao investigador descobrir

como as coisas de facto acontecem ou funcionam” (Flick, 2005, 137), sendo necessário colocar em uso não só a percepção visual mas sim um conjunto de percepções: visual, tátil, auditiva e olfactiva (Adler e Adler, 1983, citado por Flick 2005).

O campo de análise foi delimitado pelo próprio estudo em si, pois o objecto desta investigação define ele próprio os limites de análise. De forma a observar os dados mais pertinentes e não perder dados importantes optou-se por realizar a elaboração de uma grelha de observação e a realização de notas de campo. De acordo com Flick (2005,143) “a preferência por notas de campo ou por protocolos estruturados, que definem em concreto as actividades e as características da situação a registar em cada caso, dependerá da questão de investigação e da fase do processo em que se fazem as observações”. Segundo o mesmo autor, uma das principais desvantagens deste método é a limitação da perspectiva do observador, uma vez que nenhum investigador consegue captar várias situações ao mesmo tempo nem registá-las todas atempadamente. Perante este facto, cabe ao investigador, registar o que observou de uma forma reconstrutiva, tipificante, sintética e o mais rapidamente possível, tendo sido esta a postura que adoptei para não perder e inviabilizar dados importantes.

Esta observação tinha como principal objectivo adquirir dados reais sobre a partilha de informação entre enfermeiros e familiares, para posteriormente os comparar com os dados obtidos nas entrevistas.

### 5.3.2 – A entrevista

Normalmente, recorre-se à entrevista sempre que existe necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registos ou fontes documentais. Segundo Fortin (2003, 246) “a entrevista estruturada ou uniformizada é a que requer o máximo de controlo sobre o conteúdo, desenvolvimento, análise e interpretação da medida”. Não sendo a entrevista semi-estruturada uma simples conversa, mas sim um conjunto de questões dirigidas para um objectivo bem definido, que é recolher através da entrevista, dados de interesse para o estudo, requer um envolvimento estreito entre entrevistador e entrevistados (Flick, 2005).

Foi elaborado um instrumento produtor de informação (guião da entrevista – Anexo C) de modo a conseguir uma maior quantidade de informação sobre o tema em estudo e por considerar importante dar alguma liberdade de resposta aos entrevistados. Nas entrevistas semi-estruturadas o entrevistador deve decidir atempadamente quais as questões que irá colocar durante a entrevista, não sendo necessário que as perguntas

sejam realizadas pela ordem em que estão anotadas e sob a formulação prevista. É importante deixar o entrevistado à vontade para que este possa falar abertamente e pela ordem que mais lhe convier, tendo assim o entrevistador que se esforçar apenas por reencaminhar a entrevista para os seus objectivos. Neste tipo de entrevistas, por vezes, o entrevistado responde a questões que ainda não foram colocadas e cabe ao entrevistador decidir se deve colocar novamente a pergunta ou abandoná-la por esta já ter sido respondida noutra questão (Flick, 2005).

Foram realizadas duas entrevistas pré-teste. O pré-teste teve como objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do guião, o ensaio de um instrumento antes da sua utilização em maior escala (Fortin, 2003). Este pré-teste possibilitou avaliar a duração da entrevista, a atitude dos informantes perante as questões, a compreensão das perguntas e a consistência das respostas. Não foram efectuadas alterações à versão original do guião de entrevista.

A recolha dos dados deu-se por terminada quando existiam já dados suficientes, verificando-se uma saturação de informação, em que os novos dados deixaram de surgir e começaram a repetir-se. A inclusão de novo material cessa quando já nada de novo emerge (Flick, 2005).

### 5.3.3 – Implicações éticas e legais

A sensibilidade ética é hoje maior do que há anos atrás. A ética serve a pessoa e avalia as ciências, a lei, a moral, a religião e todos os comportamentos humanos. É por esta razão que a ética em saúde se torna primordial. O aumento rápido das pesquisas envolvendo pessoas tem levado a preocupações éticas, no que concerne à protecção dos direitos dos indivíduos que participam nas pesquisas em enfermagem. De acordo com Pinto (1997, 287) “em saúde tem que se olhar o homem como um nome, uma profissão, uma família, uma história. É essa pessoa concreta que é sujeito de direitos e deveres”.

Nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos os seus direitos devem ser protegidos, deve-se ter em conta: a autodeterminação; a intimidade; o anonimato; a confidencialidade; a protecção contra o desconforto e o prejuízo e o tratamento justo e equitativo. Assim, ao aplicar o instrumento de recolha de dados, todos os participantes da amostra serão informados sobre os objectivos do estudo e da sua finalidade, cabendo a estes a decisão de participar ou não. Para além destas informações, foram dadas aos participantes garantias da confidencialidade dos dados e que estes não seriam utilizados para outro fim.

## 6 – ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Este estudo implicou, como já foi referido, duas formas de recolha de dados: a observação e a realização de doze entrevistas, gravadas magneticamente. Durante a observação foi necessário preencher a grelha de observação estruturada (Anexo D) e registar algumas notas de campo das acções e interacções observadas. Quanto às entrevistas, após a sua realização o passo seguinte foi proceder à transcrição do conteúdo das mesmas, reconstruir as ideias principais, a coerência e as contradições. Tal como refere Flick (2005), após realizar a colheita de dados, nas abordagens qualitativas é necessário transcrever os dados para que estes possam ser analisados, transformando-os em texto. O texto obtido será a base do trabalho de interpretação, da análise do investigador.

Os dados recolhidos, através da transcrição integral das entrevistas formam o *corpus* da análise e será este *corpus* que será interpretado e generalizado. A interpretação dos dados é o centro da investigação qualitativa.

Posteriormente, no tratamento dos dados foi aplicada a técnica de análise categorial do conteúdo, com base no processo de categorização previamente efectuado (categorização *a priori*). Segundo Flick (2005) este tipo de análise categorial funciona melhor que por exemplo o processo por casos.

A análise de conteúdo qualitativa é um processo complexo e moroso, que exige rigor e objectividade e que segundo Vala (1989) nos permite fazer inferências válidas e replicáveis ditadas pelas referências teóricas e objectivos do investigador. A análise de conteúdo é uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o conteúdo manifesto dos mais variados tipos de comunicação. Será este conjunto de regras predefinidas que permitirá ordenar e integrar a informação recolhida em categorias seleccionadas em função do objectivo do estudo. Apesar de se assentir ao entrevistado a liberdade de resposta, existem tópicos onde as suas respostas podem ser inseridas e agrupadas (categorias). As categorias obedecem às regras da exaustividade, pertinência, exclusividade, homogeneidade e objectividade (Gonçalves, 1998).

A categorização é um processo criativo em que o investigador procura encontrar um conjunto de palavras-chave que traduzam o sentido dos indicadores. O processo de categorização obedecerá a um conjunto de regras, nomeadamente:

- Exclusão mútua (cada elemento não pode existir em mais de uma divisão)
- Homogeneidade (não misturar diversos critérios de classificação)
- Pertinência (adequação ao material e aos objectivos de investigação)
- Objectividade e fidelidade (a codificação deve ser feita da mesma forma em momentos distintos e por vários codificadores)
- Produtividade (oferecer a possibilidade de uma análise fértil)

Bardin (2007, p.113 -114)

Para a apresentação dos resultados foi elaborada uma grelha de análise - quadro resumo - de forma a facilitar a sua análise e interpretação.

Após a análise dos dados foram definidas quatro categorias tendo emergido várias subcategorias das mesmas, as quais estão apresentadas no quadro seguinte.

Quadro n.º 2 – Grelha de análise das entrevistas

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
<b>Desempenhar funções numa UCI</b>	Especificidades dos cuidados
	Competências exigidas
	Formação contínua
	Motivações
<b>A importância da informação na prática de enfermagem</b>	Centralidade Incontornável
	Disponibilidade e dedicação
<b>A comunicação entre enfermeiros e familiares numa UCI</b>	O internamento numa UCI
	Necessidades de apoio e informação
	A postura e as atitudes
	Fuga à comunicação
	Situações específicas
<b>A informação e a necessidade de formação no âmbito da comunicação e das relações interpessoais</b>	Interpretação
	Linguagem
	Competências comunicacionais insuficientes
	Carência de acções formativas

## 7 – DISCUSSÃO DOS DADOS

### 7.1 – DESEMPENHAR FUNÇÕES EM UCI

O acréscimo significativo de doentes que necessitam de cuidados intensivos tem aumentado continuamente, sendo frequente observar-se uma lotação de camas nestes serviços. No entanto, durante o período de observação que realizei pude constatar que nesta UCI raramente as camas do serviço se encontravam lotadas, sendo frequente haver pelo menos uma cama livre. Também pude verificar que os doentes internados integravam, quase todos, uma faixa etária mais envelhecida, devido às próprias características sociodemográficas da população deste distrito.

É visível a evolução tecnológica desenvolvida na área da saúde nos últimos anos. Cada vez mais as organizações hospitalares apostam em equipamentos sofisticados que proporcionam benefícios tanto aos utentes como aos profissionais de saúde. É comum observar nos serviços de cuidados intensivos uma vasta gama de tecnologia de *life-saving* (ventiladores, monitores, máquinas de hemofiltração, seringas sofisticadas, bombas infusoras, bombas de alimentação, desfibriladores, entre outros...) que não se visualizam nas enfermarias, e que permitem uma melhor qualidade no diagnóstico e nos cuidados de saúde prestados.

As UCIs são serviços com características próprias onde imperam os últimos desenvolvimentos técnicos e científicos em quase todas as intervenções desenvolvidas. Este facto contribui para um trabalho onde predominam as actividades mais técnicas e mecanicistas em que o enfermeiro centra as suas acções no domínio da tecnologia que envolve o doente e na realização de actividades de carácter invasivas, em que por vezes, o relacionamento mais próximo entre enfermeiro e doente/família é colocado em segundo “plano” e pouco valorizado. Mas será que os enfermeiros intensivistas também têm esta percepção do seu quotidiano de trabalho?

Os enfermeiros entrevistados partilham a opinião de Lopes (1994) quando caracterizam a UCI como um serviço diferenciado, onde existe uma **especificidade de cuidados** que tornam o trabalho desenvolvido diferente daquele que é realizado nas enfermarias, sendo mais complexo, mais intenso, mais exigente e de maior rigor, não só

a nível técnico como também a nível dos cuidados prestados ao doente, como é possível constatar no seguinte excerto:

*“O conhecimento é diferente, aqui trabalha-se muito, a tecnologia é outra, a atenção que tem que se ter para com o doente é outra, é, acho que é um trabalho mais exigente.” (E4)*

A própria situação dos doentes críticos que muitas vezes se encontram sedados, sem falar e numa luta desenfreada contra a morte, influencia a especificidade dos cuidados prestados onde o enfermeiro necessita de assumir uma vigilância constante, redobrando a sua atenção em tudo o que executa e reajustando simultaneamente as suas intervenções de acordo com a evolução do doente (Lopes, 1994). Neste tipo de serviços, o doente encontra-se monitorizado e o enfermeiro não pode apenas olhar para o monitor e observar os valores afixados. É fundamental que saiba interpretar a informação que a tecnologia lhe transmite, associá-la ao estado do doente e saber actuar, sendo esta interpretação e este actuar apenas adquirido quando se trabalha diariamente e ao fim de algum tempo nestes serviços, pois como afirma Carapinheiro (1993, 130) “ (...) as tarefas de enfermagem são mais especializadas, mas mais uma vez, numa especialização adquirida no terreno ao longo de muito tempo”. De acordo com Lopes (1994, 143) “ (...) a permanente vigilância que é requerida pela acentuada instabilidade das situações clínicas implica o domínio de uma diversidade de fontes de informação que incluem, para além da observação do próprio doente, as mensagens que consecutivamente são emitidas pelos diversos monitores que o circundam, e de cuja interpretação dependem os reajustamentos a introduzir nos procedimentos de trabalho”, como relata o seguinte testemunho:

*“Agora no geral, uma unidade de cuidados intensivos requer outro nível de competências, outro nível de conhecimentos, temos que ter uma abordagem múltipla por assim dizer porque uma repercussão em algo pode ter um problema de base, pode ter um problema de base que não é aquele que directamente repercute essa alteração, percebe? Temos que ter, temos que ter a capacidade rápida de contextualizar isso e rapidamente responder e nas enfermarias teoricamente temos algum tempo para responder e aqui não.” (E6)*

Todos os enfermeiros entrevistados consideram deter os conhecimentos inerentes ao trabalho na unidade pois o facto de realizarem uma multiplicidade de técnicas obriga-os a adquirirem conhecimentos e **competências específicas**, diferenciadas daquelas que são necessárias ao trabalho nas enfermarias. Estes enfermeiros defendem que muitos dos conhecimentos que possuem apenas foram adquiridos por exercerem funções em UCI, uma vez que é só nestes serviços que ela

está disponível, como podemos verificar no testemunho deste entrevistado:

*“ (...) temos que ter conhecimentos que os outros não têm, como por exemplo trabalhar com ventiladores, como fazemos hemodiálise e técnica dialítica contínua pronto, logo aí temos mais conhecimentos do que os outros enfermeiros (...) também temos mais algum conhecimento em termos de traçados cardíacos do que aqueles das enfermarias que não têm doentes, que têm esporadicamente doentes monitorizados, mas isto é inerente ao sítio onde estamos.” (E11)*

Ora, parece ser imprescindível que os enfermeiros que desempenham funções em cuidados intensivos tenham uma componente tecnicista mais desenvolvida, estejam munidos de conhecimentos científicos actualizados e desta forma preparados para manusearem equipamento cada vez mais sofisticado de forma a responderem imediatamente às diversas situações que lhes vão surgindo com o doente crítico. Nestes serviços é clara a imperiosa centralidade da tecnologia. Nas UCIs as intervenções desenvolvidas junto do doente são fulcrais para que o quadro clínico reverta positivamente, sendo os enfermeiros intensivistas obrigados a prestarem cuidados de elevada qualidade em que nos momentos críticos a rapidez, capacidade de decisão e a destreza surgem criteriosamente, exigindo ao enfermeiro uma autonomia que nas enfermarias nunca alcançaria. Esta maior autonomia nas UCIs é salientada por Lopes (2004,115) quando afirma “no entanto cada enfermeiro mantém individualmente a responsabilidade por todos os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes que lhe são designados, e pela coordenação desses cuidados com o trabalho de outros profissionais (...) não obstante manter-se uma hierarquia de autoridade esta é sucessivamente delegada a escalões intermédios e de base, descentralizando a sua concentração na figura de chefia de enfermagem, o que configura uma relativa autonomia de cada enfermeiro sobre o seu trabalho.”

Segundo o Ministério da Saúde (2003,7) *“os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos, têm de ser dotados de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia”*, logo é fundamental que os enfermeiros de cuidados intensivos detenham um conjunto de competências que lhes permita responder a todas as exigências com que diariamente se deparam. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicado em Diário da República (1996, 2960) o *“enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados*

*de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.*” Sendo assim, qualquer enfermeiro que desempenha funções encontra-se obrigatoriamente apto para prestar cuidados globais, uma vez que a Licenciatura lhe confere habilitações para desempenhar cuidados de enfermagem globais em diferentes níveis de intervenção. No entanto, de acordo com os entrevistados, este conhecimento adquirido no 1º ciclo de formação académica parece ser suficiente para trabalhar em enfermaria mas considerado escasso para executar funções numa UCI, como se pode constatar no excerto apresentado:

*“ (...) na escola dão-nos as luzes, não é? E quando se vem para aqui isto é, acho que se devem aprofundar mais os conhecimentos e acho que requer uma atenção redobrada, sobre o doente.” (E1)*

Saliento o testemunho de um dos entrevistados que afirma ser bastante importante e vantajoso para os enfermeiros exercerem noutros serviços (mais generalistas) antes de iniciarem funções numa UCI. Para este entrevistado, trabalhar numa enfermaria oferece várias vantagens ao enfermeiro, proporciona-lhe oportunidade de aprofundar e adquirir um corpo de conhecimentos gerais que lhe confere competências em várias áreas, tornando-o mais maduro e desperto para posteriormente trabalhar em serviços mais diferenciados. Ao adquirir estas competências, a integração do enfermeiro neste tipo de unidades estará facilitada uma vez que saberá como executar alguns procedimentos técnicos gerais e actuar perante algumas situações. Podemos ver a perspectiva deste entrevistado na citação seguinte:

*“ (...) se me perguntar se os meus conhecimentos eram suficientes para vir directamente acabando o curso para aqui, eu acho que não, eu acho que ninguém deve acabar o curso e vir directamente para uma unidade.” “ (...) por isso sou a favor que quando se acaba o curso deveríamos passar por alguns serviços gerais para conhecer um âmbito e um conhecimento geral para depois vir então para coisas mais específicas.” (E9)*

Após esta reflexão questiona-se o processo através do qual um enfermeiro é competente para trabalhar em UCI?

O trabalhador competente é aquele que é capaz de mobilizar, de pôr em acção de forma eficaz as diferentes funções de um sistema, integrando e mobilizando um conjunto de recursos, num determinado contexto, num determinado meio, face a determinadas condições de trabalho (Boterf, 2005). Para Boterf (2005) a competência não se reduz ao saber, nem ao “saber-fazer”, mas sim a sua capacidade de mobilizar os

conhecimentos e capacidades numa determinada condição, onde existem recursos e restrições próprias da situação em causa. Por sua vez, Bunk (1994) revela-nos que é competente quem possui um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessárias para exercer uma profissão, resolver problemas profissionais de forma autónoma e flexível e ser capaz de colaborar na organização do trabalho.

Segundo Benner (2005), a teoria administrada na escola serve para explicar e prever os fenómenos. Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático do contexto, mas a experiência é necessária e fundamental para o desenvolvimento de competências num enfermeiro. A escola, enquanto entidade formadora, possibilita a compreensão de teorias, a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos que são necessários à profissão de enfermagem. No entanto, os saberes que depois são mobilizados nas situações vão muito além destes conhecimentos pois na acção mobilizam-se saberes práticos, tácitos e por vezes até intuitivos. É na prática que é possível desenvolver um “saber-fazer” que pode avaliar e alargar a teoria, sendo assim que o indivíduo desenvolve o seu conhecimento, competência e o seu ser como profissional. Carapinheiro (1993, 132) defende que “as oportunidades de um trabalho mais técnico do pessoal de enfermagem não resultam de qualificações específicas adquiridas em programa de formação adequados, mas de um corpus de *savoir faire*, criado e transmitido no terreno do trabalho.” Logo, quando um enfermeiro inicia o seu percurso profissional, num determinado serviço e sobretudo numa UCI, não detém de imediato o domínio de todas as áreas de actuação no seu contexto de trabalho. Esta competência apenas surgirá ao longo dos anos pois como também afirma Benner (2005) é ao longo do tempo que a enfermeira adquire a “experiência” e que o conhecimento clínico se desenvolve.

O enfermeiro de cuidados intensivos executa as suas funções de acordo com a sua formação base, através dos conhecimentos adquiridos ao longo das suas trajetórias profissionais e mobilizando uma atitude reflexiva nas diversas situações com que se vai deparando no seu dia-a-dia, adquirindo desta forma um conjunto de competências científicas e técnicas que o possibilitam executar adequadamente o seu trabalho. Lopes (2006) refere que qualquer profissional na sua realidade profissional necessita de desenvolver competências para lidar com as dificuldades e até mesmo com as surpresas que lhe vão surgindo no seu quotidiano profissional. As experiências vivenciadas a nível profissional e no contexto social possibilitam que os enfermeiros se desenvolvam profissionalmente para atingir segurança na tomada de decisão, de modo a sentirem-se à

vontade para prestarem cuidados e enfrentarem a família do doente.

De acordo com os entrevistados os valores, as crenças e os conhecimentos adquiridos, ao longo das suas vivências profissionais, tornam o enfermeiro apto a lidar com as diversas situações que lhe surgem no seu quotidiano de trabalho, contribuindo para isso a sua formação académica e o envolvimento no exercício profissional diário, como podemos verificar pelo seguinte testemunho:

*“ (...) os conhecimentos gerais são ... pronto são aqueles que nós adquirimos na escola (...) depois aqui é que os conhecimentos vêm, vamos adquirindo conhecimentos consoante as várias situações que vão surgindo.” (E12)*

Mas serão a formação base e a experiência profissional suficientes para adquirir competências que promovam a qualidade dos cuidados e o bem-estar do doente/família?

A competência é atingida com o tempo, pelo quotidiano de situações profissionais, pela reflexão sobre essas situações, pela discussão de experiências entre profissionais e também pelo investimento pessoal. Constata-se desta forma que a competência é um processo contínuo, dinâmico, em permanente construção e não uma simples aplicação dessas características.

Assim como a competência é uma característica em constante construção também a evolução científica o é. A evolução científica não estagna, encontra-se em permanente descoberta, emergindo assim sucessivas mudanças que introduzem novos conhecimentos teóricos e técnicos que obrigam o enfermeiro a defrontar-se diariamente com uma necessidade constante de actualização e desenvolvimento do corpo de conhecimentos que possui, como refere o entrevistado:

*“ (...) há uma componente tecnológica que está sempre a evoluir, a esse nível é preciso uma constante actualização de conhecimentos.” (E5)*

Desta forma, é necessário associar à formação base e à experiência profissional a **formação contínua**, pois como refere Fabião et al (2005, 236) “uma formação complexa como a enfermagem pressupõe uma formação que permita ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas sendo essencial reconhecer simultaneamente a importância das dimensões existências, relacionais e efectivas”. Desta forma, verifica-se que “a aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral” (Madureira

et al, 2007;27).

De modo a poderem melhorar o desempenho das suas funções, progredindo na qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros procuram actualizar os seus conhecimentos indo de encontro às suas necessidades pois como refere Alarcão (1991) citado por Basto (2001, 19) “a formação deve ser baseada na reflexão sobre a acção na acção”. Para tal, estes enfermeiros optam por renovar leituras, pesquisar na Internet, assistir a formações, reuniões científicas e desenvolver acções de formação através da formação em serviço apostando assim numa formação contínua de forma a adquirir respostas adequadas as inúmeras situações com que se deparam diariamente no seu local de trabalho, como afirmam estes entrevistados:

*“ (...) a formação é da experiência, das situações que se vão deparando, depois da entre ajuda entre colegas e do investimento que tu tens, teu pessoal a nível de pesquisas bibliográficas, a nível de investimento numa ou outra área (...).” (E6)*

*“ (...) através de formação em serviço, direcciona-la para as nossas necessidades (...) a nossa formação deve de ir em encontro a mesmo isso, as dificuldades e as necessidade que nós, nós no dia-a-dia nos vamos deparando (...).” (E1)*

Mas porque desejam os enfermeiros trabalhar em UCI? Quais as **motivações** existentes neste tipo de serviços para que sejam considerados ideais para o seu desempenho profissional?

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros desta unidade se encontram a trabalhar por vontade própria e que para muitos trabalhar na UCI era um objectivo profissional e pessoal a atingir, como se pode ver através deste exemplo:

*“Quando me candidatei demorei cerca de três/quatro anos a ser transferido e mantive sempre a minha, tinha que ser a unidade cuidados intensivos.” (E6)*

Apenas três enfermeiros nunca tinham manifestado interesse em desempenhar funções numa UCI tendo sido abordados subitamente pelo enfermeiro director do hospital para serem transferidos para este serviço. No entanto, todos eles revelaram que após terem sido questionados sobre a sua transferência aceitaram a proposta por a considerarem um desafio e uma oportunidade única de aprendizagem, assim como testemunha este enfermeiro:

*“Olhe porque me convidaram. (...) Aceitei porque ia ser uma experiência nova e por ser um projecto que me parecia ser aliciante.” (E5)*

A diversidade de patologias, as inúmeras situações críticas, a constante

instabilidade do doente, o domínio pericial da tecnologia de ponta, as mudanças de actuação contínuas de doente para doente perante o mesmo diagnóstico e situação clínica, o prognóstico permanentemente reservado, tornam as UCIs um contexto “por excelência”, para uma maior aprendizagem, motivo pelo qual muitos enfermeiros optam por trabalhar nestes serviços, como refere este entrevistado:

*“ (...) aqui é mais, não é máquinas, é mais técnica do que humanização, não é? E... senti necessidade de aprender algo, de aprender coisas novas do que estava habituada na medicina.” (E7)*

O facto de o período de internamento dos doentes nas UCIs ser relativamente curto, ao receber doentes em estado agudo (que apresentam um desequilíbrio acelerado do seu estado de saúde, durante um período provisório terminando na recuperação ou na morte), proporciona uma elevada rotatividade de doentes levando à não rotinização de trabalho, ao contrário do que ocorre nas enfermarias” (Carapinheiro, 1993, Lopes 1994). Esta não rotinização de tarefas também está associada ao predomínio de doentes com quadro clínicos bastante reservados (numa luta constante entre a vida e a morte) e hemodinamicamente muito instáveis onde os diagnósticos são repensados inúmeras vezes e a utilização permanente de tecnologia de ponta assim como o reajuste constante dos fármacos administrados são uma realidade. Esta imprevisibilidade no trabalho influencia a satisfação e bem-estar dos enfermeiros na medida que não lhes proporciona um desgaste tão grande sendo este outro dos motivos que os leva a escolher os serviços de ponta para trabalharem.

Para além das razões acima mencionadas, outros dos motivos geralmente referenciados como motivadores na decisão de ser enfermeiro intensivista é como refere Carapinheiro (1993,362) o facto de trabalhar em cuidados intensivos corresponder “ao reconhecimento de qualidades e competências de enfermagem” uma vez que existe um papel decisivo compartilhado entre médicos e enfermeiros na recuperação e cura do doente. De acordo com a mesma autora, trabalhar nestes serviços permite ao enfermeiro uma “satisfação intelectual da produção de gestos terapêuticos que, dada a natureza das patologias que a unidade recebe, abrem espaço à extrema intercomunicabilidade das atitudes terapêuticas de médicos e enfermeiros (Carapinheiro, 1993, 261). São serviços em que se verifica um “bom” relacionamento entre médicos e enfermeiros e em que os médicos aceitam a opinião e a crítica dos enfermeiros, que consideram como uma mais-valia dentro do serviço e profissionais indispensáveis na recuperação e cura do doente. Ora, se tivermos em conta que todos estes aspectos são situações que não ocorrem nas

enfermarias pode-se compreender o que motiva os enfermeiros a desempenhar funções nestes serviços. Todavia é de salientar que apesar de todas estas características acima mencionadas serem razões para os enfermeiros desejarem trabalhar em UCI, nas entrevistas efectuadas nenhum entrevistado focou estes aspectos como predominantes na escolha em desempenhar funções neste serviço.

Para muitos enfermeiros desempenhar funções numa UCI é uma meta profissional que deve ser atingida rapidamente, não só pelas especificidades dos cuidados prestados mas por um conjunto de motivações relacionados com o grau de aprendizagem adquirido nestes serviços e pelo desafio constante em trabalhar com doentes instáveis e toda a tecnologia que os rodeia proporcionando uma não rotinização de tarefas, ao contrário do que acontece na enfermaria.

Devido às características inerentes aos cuidados intensivos e ao tipo de doentes admitidos, é exigido a estes enfermeiros competências específicas que são adquiridas durante a formação académica e através da experiência profissional desenvolvida no terreno e apostando na formação contínua.

## **7.2 – A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Na sociedade actual, o desenvolvimento da tecnologia tem permitido que a comunicação tenha vindo a ganhar maior relevo nas questões da saúde. Observa-se uma nova articulação entre os campos da saúde e a comunicação de forma a promover a saúde e o bem-estar da sociedade. Segundo Teixeira (2004, 615) “a comunicação em saúde diz respeito 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.” Para promover a saúde e prevenir a doença, é fundamental apostar na educação da sociedade em que o instrumento principal de trabalho é sem dúvida a comunicação. De acordo com o primeiro estudo nacional “comunicação hospitalar em Portugal” (2009) as organizações hospitalares-empresariais começam lentamente a apostar na comunicação, colocando este processo na lista das prioridades a alcançar.

Segundo Teixeira (2004) “os utentes avaliam a qualidade dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde tendo em conta as competências comunicacionais dos profissionais com quem interagirem.” De acordo com os dados obtidos no referido

estudo nacional “comunicação hospitalar em Portugal” (2009), de todos os profissionais hospitalares, os enfermeiros são considerados interlocutores predilectos na dinâmica da comunicação (93% dos casos). Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde é importante conhecer não só a percepção do doente como também da família, uma vez que esta se encontra directamente inter-ligada ao doente. Como afirmam Wright & Leahey (1991,13) “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e à saúde dos seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”.

Os serviços de internamento são locais providos de um ambiente totalmente diferente daquele que se vive no meio familiar, não só para o doente como para as suas famílias que, devido ao internamento do membro doente, passam também a conviver quotidianamente com o ambiente hospitalar.

Num estudo realizado por Lucchese et al (2008), que tinha como objectivos identificar as necessidades dos familiares de doentes internados num hospital geral, verificou-se que independentemente da gravidade da situação clínica do doente é importante envolver a família nos cuidados prestados, concluindo-se que uma das maiores necessidades destacadas pela família é receber informação sobre o seu familiar doente. Os familiares dos doentes sujeitam-se a um conjunto de alterações nos seus quotidianos de forma a poderem acompanhar física e emocionalmente o doente, o que por vezes ocasiona um desequilíbrio familiar e emocional. De acordo com o estudo acima mencionado (2008, 131) “a falta de informação provoca danos significativos aos membros da família que precisam organizar-se e compreender as rotinas do hospital”. Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente é importante que estabeleça um relacionamento interpessoal com o doente/família, de modo a poder ajudar esta díade a adaptar-se às novas necessidades impostas pela doença, onde a comunicação aberta é a chave para facilitar e alcançar um bom sucesso neste processo de readaptação, diminuindo assim a ansiedade e o stress acumulado nestas situações.

É desta forma que me questiono sobre qual a percepção dos enfermeiros sobre a importância da comunicação na prática de enfermagem?

Após a análise do conteúdo das entrevistas pude aferir que os entrevistados consideram que a comunicação assume uma **centralidade incontornável** na prática de

enfermagem, sendo um processo ubíquo e contínuo no local de trabalho, chegando a defini-la como um dos pilares da prática de enfermagem, vejamos:

*“A comunicação na prática de enfermagem é o pilar, é um dos pilares.”* (E6)

Para estes enfermeiros, a comunicação em enfermagem não engloba apenas o diálogo entre enfermeiro/doente, mas sim, o diálogo com todos os intervenientes (médicos, enfermeiros, doentes, familiares, técnicos de exames complementares de diagnóstico ...) no processo de saúde/doença. A transmissão de informação entre os diferentes grupos profissionais assume importante relevo na medida que permite entender o fundamento de actuar de determinada forma face as inúmeras situações experienciadas em campo, assim como perceber a evolução clínica dos doentes e prognóstico das diversas patologias existentes. Só comunicando com a equipa multidisciplinar, partilhando ideias e opiniões se conseguirá estabelecer uma continuidade e uma melhoria dos cuidados prestados.

*“É essencial, acho que é essencial, essencial na passagem da informação, na maneira como nós recebemos e passamos a informação, na maneira como passamos os nossos conhecimentos aos outros, quer seja ao doente, aos familiares e entre pares e com outros profissionais.”* (E5)

Através dos exemplos acima referenciados pode-se verificar que estes enfermeiros têm a percepção que a informação na prática de enfermagem assume um papel primordial não só na continuidade dos cuidados, como perante a equipa multidisciplinar e os familiares, com o objectivo de diminuir a probabilidade de ocorrer erros terapêuticos. Alguns dos entrevistados referem mesmo que a não valorização da comunicação por parte dos enfermeiros demonstra a sua “imperfeição profissional”.

*“ (...) quem não dá importância a comunicação fica muito aquém de ser um bom profissional com tudo, com os doentes, com a equipa, com as famílias, com tudo, acho que é essencial.”* (E9)

Pode verificar-se que para estes enfermeiros a partilha de informação em enfermagem não engloba somente o doente e toda a equipa multidisciplinar, os familiares também são considerados intervenientes essenciais neste processo complexo. O familiar é quem, geralmente, melhor conhece o membro da família doente e assim justifica-se que estes estejam incluídos no processo de comunicação se tivermos em conta que “os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (...) utilizarem metodologia científica, que inclui a identificação dos problemas de saúde em

geral e de enfermagem, no indivíduo, família, grupos e comunidade” (decreto-lei n.º 161/96,2960). Além disso, são os enfermeiros os profissionais de saúde que permanecem mais tempo junto do doente, logo aparecem como aqueles que estão melhor posicionados para informar a família sobre o estado do doente (Marion et al, 2003), sendo a transmissão de informação um acto de sua inteira competência de acordo com o decreto-lei n.º 161/96 (p.2962), onde se pode ler que faz parte dos deveres do enfermeiro “esclarecer o utente e os seus familiares, sempre que estes o solicitem, sobre os cuidados que lhe prestam.” De acordo com um dos entrevistados, os enfermeiros são um elo de ligação entre doente e família em que a informação transmitida assume relevo significativo, como se pode constatar no seguinte relato:

*“ (...) nós somos o elo, o elo de ligação entre doente e família, somos nós que ... que estamos, estamos mais perto do doente, somos nós que fazemos o elo quando, quando o familiar vem, o estado em que o doente está. Somos nós que transmitimos as informações e acho que pronto o nosso papel é mesmo o elo de ligação.” (E1)*

De acordo com Siqueira et al (2006) o diálogo com os familiares dos doentes ajuda-os a diminuir o sofrimento, a ansiedade e a controlar medos e fragilidades emocionais causadas pela hospitalização. No entanto, para um dos entrevistado, mais importante do que estabelecer um diálogo com a família é demonstrar **disponibilidade e dedicação** à mesma, pois muitos não procuram informações exaustivas mas sim apoio que os ajude a ultrapassar o momento difícil em que se encontram.

*“Em relação a família acho que é muito importante não só, não só uma comunicação. (...) As vezes, é mais importante, nós mostrarmos disponibilidade para a pessoa do que estarmos com aquela explicação exaustiva sobre o que se está a passar com o doente (...) eles assimilam mais, se calhar nós mostrarmos dedicação e disponibilidade.” (E12)*

Mas há quem considere que a família, neste processo de comunicação, não é apenas um elemento que necessite de ajuda, mas sim, alguém que por vezes pode ajudar o enfermeiro a entender o comportamento, as angústias e o medo do doente, pelo que se torna fundamental inseri-la como parceira no processo de cuidados. Através do exemplo que se segue verifica-se que a família pode colaborar com o enfermeiro na descodificação de mensagens que o doente por vezes não consegue verbalizar ou que não referencia, revelando-se uma mais-valia na relação entre o doente e o enfermeiro, de que é exemplo uma situação experienciada na prática por uma das enfermeiras entrevistadas:

*“Há situações que têm dores inespecíficas e agente vai perguntado, mesmo as famílias,*

*as vezes há doentes que são reservados que têm vergonha de dizer onde dói por exemplo, e agente tem que perguntar as famílias para sabermos até que ponto entre aspas ele nos pode esconder.” “ (...) é importante (...) falarmos com eles (doente) e ver com a família.” (E7)*

Assim, é fundamental que o enfermeiro desenvolva na sua prática diária cuidados diferenciados e personalizados sem nunca esquecer que além das rotinas e dos procedimentos técnicos, a escuta e a atenção adequada aos familiares fazem parte integrante dos cuidados que deve prestar. Ao desenvolver-se um diálogo entre enfermeiros, doentes e familiares promove-se um relacionamento de confiança entre esta tríade contribuindo para uma maior qualidade dos cuidados prestados (Siqueira et al, 2006).

Verifica-se também que estes enfermeiros percebem a importância e complexidade deste processo. Para eles, a partilha de informação é essencial para desenvolver cuidados personalizados e de qualidade no doente/família sendo imprescindível o enfermeiro saber comunicar e ouvir pois se não existir uma correcta interpretação do que é dito por um dos intervenientes, a comunicação será prejudicada podendo danificar a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família.

*“Acho que é importante o enfermeiro saber comunicar, quer com o doente quer com os familiares e essencialmente saber ouvir, ouvir aquilo que eles nos dizem e às vezes aquilo que nos querem dizer mas que não dizem.” (E4)*

Pode-se então dizer que tão importante como deter competências no âmbito terapêutico é deter competências comunicacionais de modo a poder responder e tranquilizar o doente e os membros da família, o que pressupõe uma formação adequada nesta área. Para tal, o enfermeiro deve “perceber a importância do relacionamento, (...) da comunicação, da disponibilidade, de forma efectiva e com qualidade” (Siqueira et al, 2006, 76) dominando conceitos e estratégias de comunicação, estando apto para desenvolver qualquer tipo de diálogo, utilizar clareza na transmissão de informação e possuir boa capacidade de interpretação do conteúdo das mensagens. Sendo assim, o enfermeiro deve adquirir competências a nível da comunicação, durante o seu processo de formação escolar e desenvolvê-las com base na experiência profissional, pois a qualidade da comunicação é decisiva para uma maior satisfação quer do doente, quer dos seus familiares. Verifica-se que um dos entrevistados partilha essa opinião quando referencia que a comunicação se vai construindo ao longo da vida profissional.

*“ (...) é algo que tu vais construído enquanto te vais construindo profissionalmente.” (E6)*

Apesar de os enfermeiros considerarem a comunicação importante no exercício profissional, houve quem admitisse que por vezes este processo é esquecido e não é colocado em prática, não referindo as causas de tal comportamento.

*“Acho que é importante (...) apesar de as vezes uma pessoa esquecer um bocado e contra mim as vezes falo.” (E11)*

*“ (...) eu acho que as vezes agente ... foge até um bocado, foge entre aspas.” (E4)*

Verificou-se assim que a comunicação na prática de enfermagem é concebida pelos enfermeiros, no plano teórico, a partir da sua centralidade incontornável que engloba todos os intervenientes do processo de doença. Os familiares são quem geralmente acompanham o doente durante o internamento onde o acesso à informação constitui um dos seus direitos e um dos deveres do enfermeiro. O diálogo com os familiares deve ser estabelecido tendo em conta que a família é quem melhor conhece o doente podendo contribuir com informação significativa para uma melhor qualidade na prestação de cuidados. No entanto, é importante que o enfermeiro não percepcione os familiares apenas como um elo de ajuda entre enfermeiro/doente mas também como indivíduos que devido ao processo de doença, necessitam de ajuda e apoio.

Apesar do fornecimento de informação fazer parte das competências do profissional de enfermagem e, dos enfermeiros entrevistados estarem cientes do seu importante papel no processo comunicativo e de fornecimento de informação ao doente/familiar, são muitos aqueles que, por razões que não conseguem explicitar, assumem não desenvolver este processo como seria preconizado.

### **7.3 – A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E FAMILIARES NUMA UCI**

Como referiram alguns dos entrevistados existe ainda, na sociedade actual, uma conotação negativa quando se fala do **internamento numa UCI** pois para muitos indivíduos estas unidades são sinónimos de sofrimento, morte, locais onde impera a tecnologia não havendo lugar para uma relação mais próxima entre doentes/familiares e enfermeiros. Vejamos a percepção deste entrevistado sobre a forma como os indivíduos visualizam os cuidados intensivos:

*“ (...) é um mundo à parte e depois é assim lá fora é “ah cuidados intensivos? Tão todos a morrer!” É essa a percepção: “tão todos ligados às máquinas, eles não vivem sem as máquinas.” Algumas vezes é verdade outras não é bem assim, mas pronto são pessoas que tão*

*mal, tão a morrer, a partida é o que as pessoas pensam.” (E11)*

De facto as UCIs, como tenho vindo a mencionar ao longo deste trabalho, são locais cujos “profissionais e doentes estão cercados de técnicas para cuidados de emergência, de medicamentos prontos a serem manipulados, de tubos prontos a serem objecto de manobras médicas e de enfermagem, num cenário de risco e perigo constante” (Carapinheiro, 1993, 123) que se traduz num ambiente ameaçador tanto para o doente como para os seus familiares sendo necessário um investimento do profissional de enfermagem não só no domínio das técnicas como também, no relacionamento com doentes e família “suavizando” desta forma os cuidados prestados. Para tal, é essencial que o enfermeiro não deixe de utilizar um dos instrumentos básicos dos cuidados de enfermagem – a comunicação. Segundo Ferreira e Fontes (2009), de todos os cuidados de enfermagem desenvolvidos numa UCI, comunicar com a família é considerado um dos mais importantes. Ao questionar os entrevistados sobre qual a importância da partilha de informação entre enfermeiro e familiares numa UCI, as respostas foram unânimes destacando-se a relevância que ela assume como instrumento básico do cuidar, o que se pode constatar pelo seguinte excerto:

*“É um elo, é pá e se calhar até não é só um elo, é algo mais é a base, é o pilar, é o pilar dos cuidados, é um dos pilares dos cuidados e a comunicação não se esgota só na comunicação com o doente, é com o doente e com o meio envolvente onde temos a família sem dúvida nenhuma (...).” (E6)*

Como já foi referido anteriormente o internamento de um familiar em meio hospitalar, afecta toda a família. Esta é obrigada a alterar o seu quotidiano, passando grande parte do seu tempo na unidade a conviver com diversos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros. A família passa por um processo em que o medo do desconhecido impera num ambiente peculiar e diferente de todos os outros serviços de internamento, caracterizado como “estranho” e “agressivo”, em que por vezes reconhecer o seu familiar se revela uma tarefa quase impossível pelo facto do doente se encontrar vulnerável no leito, desprovido de toda a roupa, com inúmeras técnicas invasivas e rodeado por uma imensidão de tecnologia de *life-saving* que relembra constantemente o perigo eminente de morte. Ao ambiente intimidador acrescenta-se a linguagem técnica e “robusta” utilizada, própria de quem domine esta área e imperceptível para os leigos. Para além disso, é atribuída aos familiares uma responsabilidade para a qual não se encontram preparados, ao serem solicitados pela equipa médica a tomarem decisões importantes sobre a vida do doente, face ao estado

grave e comatoso que muitos apresentam (Marion et al, 2003). Perante este quadro, e juntamente com a mudança de papel dos familiares, as famílias ficam envolvidas num emaranhado de emoções de raiva, perda, luto antecipado, sofrimento, desespero, apresentando distúrbios de humor, ansiedade, elevados níveis de stress e dificuldade em lidar com a situação. Através do discurso dos entrevistados pode verificar-se que estes enfermeiros têm a noção da “cascata” de emoções experienciadas pelos familiares quando entram numa UCI.

*“ (...) acho que deve ser extremamente assustador para quem vem de fora ver um familiar ali deitado, ligado as máquinas como as pessoas costumam dizer (...).” (E2)*

*“E a nível de carga emocional acho que é bastante específico (...) o sítio de maior carga emocional, se calhar será mesmo o sítio de uma unidade de cuidados intensivos, não é? E nisso a nível de carga emocional e de stress para as famílias, quer para os doentes quer para as famílias, acho que é bastante mais elevado do que em determinados serviços.” (E9)*

Estas emoções e sentimentos são experienciadas pela família não no seu domicílio, mas na unidade junto do doente, à mercê de toda a equipa, sendo os enfermeiros que mais perto experienciam este sofrimento e angústia, identificando quais os cuidados específicos que estas famílias necessitam. Desta forma, é importante que os enfermeiros de UCI concebam a família não só como um membro portador de informação pertinente e importante para a melhoria dos cuidados prestados ao doente mas também como indivíduos com **necessidades de apoio e informação**, em que a comunicação é a base de todo o processo. Após terem realizado uma pesquisa, Matsuda et al (2003) citado por Siqueira et al (2006) afirmam que em todos os serviços e particularmente nas UCIs, o inter-relacionamento e a comunicação entre enfermeiro e família favorecem uma melhoria da qualidade de vida não só do doente e família como também para o enfermeiro. Para que a relação entre profissionais de enfermagem e família seja facilitada é importante que o enfermeiro consiga demonstrar capacidade de informar evidenciando “segurança, conhecimento técnico e científico, paciência, respeito, disponibilidade, privacidade, empatia, saber ouvir e explicar o que é questionado” (Ferreira e Fontes; 2009, 36). Passo a ilustrar a perspectiva dos enfermeiros entrevistados sobre a necessidade de partilhar informação e apoiar as famílias com doentes internados em UCI:

*“ (...) A unidade é um mundo à parte daquele que as pessoas geralmente estão habituadas e que conhecem e nós temos que nos pôr um bocado da parte deles, do lado deles (...) acho que a comunicação aqui com os familiares, acho que é muito importante o apoio que*

*podemos dar aos familiares é muito importante. (...) dou um bocadinho de apoio, acho que as pessoas gostam de sentir apoio porque eles estão perdidos.” (E11)*

São vários os autores (Marion et al, 2003; Kutash e Northrop, 2007; Molter, 1979 citado por Verhaeghe et al, 2007) que após terem realizado investigações em familiares que possuem membros da família internados em UCI, identificaram que as maiores necessidades sentidas pelos familiares prendem-se com necessidades associadas a informação e ao conhecimento. A necessidade de informação “é universal e extremamente importante para todos os membros da família independentemente da idade, género, posição socio-económica e social (Stillwell, 1984; Kreutzer e tal, 1994, Mendonça & Warren 1998; Bijttebier et al 2000 citados por Verhaeghe et al, 2007, 1489).

A incerteza gerada pela falta de informação produz sentimentos de perda de controlo da situação e incapacidade em ajudar o familiar doente. Num estudo realizado por Verhaeghe et al (2007), com familiares de doentes em estado crítico internados em UCI, verificou-se que os familiares necessitam de informação para entender a gravidade inerente ao estado do doente e facilitar o processo de obtenção de esperança evitando desta forma oscilações de emoções desnecessárias. A transmissão de informação não irá apenas reduzir os níveis de ansiedade e de stress como irá ajudar os membros de família a estabelecer uma esperança realista e aumentar as reservas de energia habitualmente dispendidas em grau elevado nestes internamentos (Verhaeghe et al, 2007; Friedman, 1998 e McClowry,1992 citados por Marion et al, 2003).

De acordo com alguns autores (Soares citado por Ferreira e Fontes, 2009; Molter, 1979; O’Neill Norris & Grove, 1986; Lynn-McHale & Bellinger, 1988; Forrester et al, 1990; O’Malley et al, 1991; Kleinpell & Powers,1992; Bijttebier et al, 2001 citados por Verhaeghe et al, 2007) muitos enfermeiros intensivistas consideram o cuidado às famílias competência dos psicólogos e assistentes sociais e subestimam a sua importância na transmissão de informação aos familiares considerando-a de competência médica. No entanto os enfermeiros entrevistados demonstraram não partilhar esta opinião valorizando e considerando-a como uma das suas obrigações profissionais.

*“ (...) temos obrigação de os acompanhar e saber transmitir o porquê de o doente estar aqui, o porquê de ter aquelas maquinas todas ligadas a ele, pronto na prática nós, nós, temos esta responsabilidade de transmitir a família além do estado do doente, não é? Como ele está, como ele tem passado, a evolução dele (...)” (...) “ (...) temos esta responsabilidade (...) de*

*facilitar-lhes (...) a entrada aqui, o ponto de eles não ficarem melindrados com este aparato quando entram, com este aparato todo tecnológico que existe aqui dentro.” (E1)*

Também foi referido que a transmissão de informação numa UCI por parte dos enfermeiros depende das práticas habituais no contexto de cada UCI ou seja, se nesse serviço existirem procedimentos “rotinizados” de valorização, por parte de todos os profissionais, da comunicação entre enfermeiros e familiares, os enfermeiros serão “socializados” para essa prática e irão accioná-la no seu desempenho quotidiano. Se os profissionais desvalorizarem a comunicação, os enfermeiros não se encontrarão motivados para a para a desenvolver e, no momento de accioná-la, irão delegá-la nos médicos.

*“Eu acho que é muito importante (...) os mecanismos da passagem de informação dos enfermeiros dependem da cultura que essa unidade tem. Se desde o início de, de quando a unidade nasce é assumido que... os enfermeiros também devem passar alguma informação, acho que os enfermeiros tomam parte nessa atitude de falar com os familiares. Se quando esse grupo se forma, se não é dada essa ideia às vezes as pessoas ficam um bocadinho na retranca e encaminham mais para os médicos a passagem da informação do que necessariamente eles que deveriam também passar a informação.” (E5)*

Os familiares necessitam receber uma vasta gama de informação, no entanto pormenores sobre o prognóstico do doente, tratamento efectuado, evolução do estado clínico e planos de transferência são temas identificados por Molter (1979, citado por Marion et al, 2003) como necessidades de informação prioritárias, em que as famílias desejam ser informadas a qualquer hora sobre alterações no estado do doente. Esta é a necessidade identificada pelos membros de família como a mais importante (Molter, 1979, citado por Verhaeghe et al, 2007). De acordo com os entrevistados 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, como se pode comprovar através do seguinte excerto:

*“ (...) as vezes eles não querem saber muitos pormenores, querem só saber como é que passou a noite, se esteve bem, se está melhor. Muitas vezes é, acham que por o doente estar de olhos fechados ou de não responder está muito mal e as vezes agente temos que explicar que não, que eles as vezes estão assim simplesmente ou porque estão sedados ou porque estão a fazer medicamentos para estarem assim e que se estivessem sem estarem sedados ou isso, não estariam melhor só por estarem com os olhos abertos ou só por estarem a vê-los ou, as vezes é nestas pequenas coisas que eles... que eles querem realmente ouvir e saber (...) são pequenas*

*coisas que eles ficam mais tranquilos. As vezes basta estas informações mais simples para eles ficarem mais tranquilos.” (E4)*

Como já foi referido anteriormente, o familiar não necessita apenas de informação sobre o estado global do doente, também necessita de apoio. É frequente, durante a visita, visualizar os familiares “estáticos” junto do doente sem saberem se podem ou não aproximar-se e, o que podem e devem fazer, sendo indispensável a presença de um enfermeiro para lhes explicar toda a funcionalidade do equipamento que rodeia o doente e ajudá-los a perceber quais as atitudes que podem e devem tomar junto do seu membro de família. No entanto, existem situações em que mesmo após todos estes esclarecimentos os membros de família ficam de tal modo intimidados com o aparato da UCI que não conseguem deixar de focar os seus olhos em todos os monitores e aparelhos circundantes, sendo mais uma vez necessário a intervenção dos enfermeiros de modo a direccioná-los novamente para o doente enfatizando a importância que as visitas, o toque e a comunicação assumem na recuperação do doente, como refere este entrevistado:

*“ (...) há muitos familiares que preocupam-se mais com as máquinas e ver os valores que ali estão e ver se aquilo está a alarmar ou não, do que propriamente olhar para o familiar e agente temos que às vezes os chamar a atenção nesta parte e às vezes dizer mesmo: “não se preocupe com a máquina fale com o seu familiar que ele ouve ou ele está aqui ou ele gosta de sentir, pode-lhe tocar, pode ...” (E11)*

Outro tipo de apoio que os enfermeiros realizam quando comunicam com os membros de família, centra-se no auxílio que fornecem ao familiar de modo que consiga lentamente enfrentar e ultrapassar a situação que experiencia. É exemplo disso, o relato deste enfermeiro, que pude testemunhar durante a observação directa:

*“ (...) nós tivemos um senhor (...) a pouco tempo que não se aproximava da mãe. O senhor não se aproximava e a partir do momento em que nós fomos falando com ele, ele foi falado connosco e aproximando-se portanto aquela barreira e o medo que tinha foi-se desvanecendo, isso é uma das vantagens.” (E8)*

A comunicação com os familiares não os ajuda apenas durante o internamento do doente, a informação fornecida durante todo este período servirá de apoio e será uma mais-valia para os membros de família quando o doente tiver alta hospitalar e regressar ao domicílio. É exemplo, a situação descrita por este enfermeiro:

*“ (...) nós tivemos um doente cá também muito tempo em que a senhora era, era uma senhora que era muita assídua as visitas, nunca falhou em visita alguma e nós fomos-lhe contando as várias situações e como é que ele ia estando e fomos transmitindo. O que é que isto*

*originou? Originou que o senhor teve alta ao contrário das nossas expectativas, que pensamos que nunca iria sair daqui mas teve alta, que regressou a sua vida ... a sua actividade... não tem pesadelos, não tem absolutamente nada mas tem uma curiosidade em saber sobretudo o que se passou e a familiar é quem pode fazer isso, eles as vezes até têm pesadelos e precisam que a família explique o que se passou, isto também foi muito pertinente.” (E8)*

Apesar dos entrevistados considerarem a partilha de informação entre enfermeiro e familiares numa UCI bastante importante, ao depararem-se com todas as rotinas e procedimentos técnicos estes profissionais deixam de perceber algumas necessidades importantes sentidas pelos doentes e familiares, deixando de prestar cuidados personalizados e centrados na pessoa/família, dando voz a um cuidado mais global e técnico, onde a concentração se restringe às acções de alta complexidade e muitas vezes minuciosas, comprometendo as relações inter-pessoais. Foram alguns os entrevistados que referiram que por vezes não comunicam com os familiares devido à falta de tempo, indisponibilidade ocasionada por tarefas que ficaram pendentes por diversos motivos e que devem ser cumpridas em momentos em que o processo comunicativo entre enfermeiro/familiar poderia ser estabelecido.

*“ Muito importante, acho que é extremamente importante (...) e nota-se e é assim, nós às vezes acabamos por não fazer... não temos disponibilidade e tempo para fazermos as coisas como deveriam ser.” (E10)*

No processo de comunicação entre enfermeiros e familiares nas UCIs **a postura e as atitudes** (a sua forma de estar, a forma como se dirige, ouve, responde às questões colocadas, esclarece as dúvidas...) adoptadas pelos enfermeiros perante os familiares são igualmente importantes para o início de uma relação comunicativa. De uma forma global, todos os enfermeiros entrevistados verbalizaram que, para se iniciar a relação enfermeiro/família e apaziguar os sentimentos experienciados pelos membros de família que contactam pela primeira vez com UCIs, o enfermeiro deve optar por identificar-se e abordá-los logo na primeira visita, se possível, à entrada do serviço e acompanhá-los até à unidade do doente. De seguida é necessário explicar-lhes o modo de funcionamento, as normas e rotinas do serviço, o porquê de determinados procedimentos, o material que rodeia o doente e a sua finalidade, (re)fortalecer a ideia de que estas unidades são locais cuja atenção para com o doente é redobrada e os cuidados prestados de alta complexidade de modo a tentar salvar o doente, desconstruindo assim a percepção que se tem destas unidades de internamento. Fornecer informações sobre o estado e evolução clínica do familiar, procedimentos realizados, medicação efectuada, cuidados

prestados e englobar a família no que for possível também são comportamentos que além de acalmar os familiares irão promover sentimentos de orientação e segurança, de modo a que não se sintam perdidos. Vejamos um excerto que ilustra a forma como os enfermeiros abordam os familiares nas primeiras visitas:

*“ (...) principalmente nas primeiras visitas, se não houver uma abordagem com alguma cautela, com alguma prontidão, de maneira a que os familiares dos doentes quando chegam não recebam um choque tão grande logo ao princípio, se lhe explicarem porque é que aquela pessoa tem um tubo na boca e está cheia de fios e está com aparelhos que estão sempre a apitar e se não se for logo atrás da pessoa explicar as coisas, pode haver um grande choque nos familiares que às vezes é muito difícil de suplantar.” (E5)*

Apesar de quase todos os entrevistados terem verbalizado realizar o acolhimento do familiar à entrada da unidade, na observação directa que realizei, pude constatar que nem sempre os enfermeiros acolhem e acompanham o membro de família até à unidade do doente. Alguns enfermeiros optam por dirigir-se sempre ao familiar quando este se encontra junto do doente. Outros, devido ao excesso de trabalho ou por se encontrarem envolvidos nas suas tarefas apenas verificam se o familiar já entrou quando olham para a unidade do doente e se deparam com ele. No entanto, independentemente do enfermeiro, sempre que o membro de família entra na unidade pela primeira vez, o acolhimento é realizado logo que possível, salvo raras excepções (dias em que existem muitos doentes instáveis, um grande número de técnicas invasivas para realizar, transferências imediatas que devem ser realizadas para receberem outros doentes ou orientação de alunos). Apenas um enfermeiro verbalizou nunca acolher o familiar à entrada da unidade, afirmando ser uma lacuna da sua parte.

Nas UCIs o horário estipulado para os doentes receberem visitas é limitado em número e em tempo. Cada doente apenas pode receber a visita de três pessoas, uma de cada vez, por um período que habitualmente também é de curta duração. Estas normas, parecem influenciar a comunicação entre enfermeiros e membros de família, uma vez que, se tivermos em consideração os factores tempo e número associados à visita, exige-se que os familiares consigam gerir o tempo para que todos possam estar com o doente no horário estipulado, relacionar-se com os enfermeiros, recolher orientações, esclarecer dúvidas, receber apoio e ajuda. De facto, exige-se da família, muito em pouco tempo. Sendo assim, as normas de visita estabelecidas limitam o período de contacto de cada familiar junto do seu familiar e enfermeiros condicionando também o tempo de comunicação entre todos estes diferentes actores (Knobel, 2006). No entanto, há quem

justifique que estas normas foram instituídas tendo em conta as especificidades das UCIs e o estado em que se encontram os doentes. Vejamos

*“A unidade é extremamente específica, nós não podemos estar, prestar, são doentes que habitualmente precisam de cuidados em situações completamente desprovidas de toda a roupa e não se pode estar a permitir que as pessoas empolam por uma unidade de cuidados intensivos e invadem a privacidade de qualquer um deles, percebe?” (E8)*

Na observação directa que realizei neste serviço, pude verificar que apesar de existir um período estipulado para as visitas (15.00-15.30h e 19.00-19.30h) a equipa de enfermagem não cumpre com rigor este regulamento, pois geralmente as visitas permanecem além do tempo permitido, salvo raras excepções em que têm de sair à hora exacta ou um pouco antes devido a instabilidade respiratória e/ou hemodinâmica de algum doente e/ou a admissão de outro doente na unidade. Nestes casos, os enfermeiros dirigem-se aos familiares, questionam-nos sobre a existência de mais algum familiar para visitar o doente e caso haja, pedem para se revezarem justificando o motivo de tal pedido. Também pude observar que perante algumas situações específicas (admissões de doentes; a família ser de longe e não conseguir estar presente no horário das visitas; o familiar estar muito ansioso e necessitar de ver o doente para ficar mais calmo; a visita não conseguir conciliar o seu horário de trabalho com nenhum dos horários da visita estipulado) os enfermeiros autorizam a entrada do familiar fora do horário de visita e por vezes, chegam a deixar entrar dois familiares por doente sendo esta excepção mais frequente no horário da visita da noite (19.00-19.30h). De acordo com Knobel (2006) estes enfermeiros estão a tomar uma atitude correcta pois autorizar uma flexibilização no horário de visita e na permanência do familiar junto do doente, facilita não só o contacto entre familiar e doente, mas também entre familiar/doente/enfermeiro, permitindo desta forma o desenvolvimento do processo de comunicação. Vejamos a percepção que estes enfermeiros têm sobre o horário das visitas e as excepções realizadas, nalgumas circunstâncias:

*“ (...) nós até facilitamos muito, as vezes pedimos as pessoas ou para esperarem lá fora quando houver possibilidade agente vamos lá, (...) mesmo que a gente não fala naquele período das 3H as 3H30 muitas vezes mandamos as pessoas esperarem um bocadinho lá fora que agente depois, pronto explica, tira as dúvidas (...) as vezes mesmo a hora da visita tem de ser alterada, não entram as 7H30 entram as 8H pronto, é consoante a disponibilidade.” (E3)*

Sendo o horário da visita considerado reduzido pela maioria dos enfermeiros entrevistados, questiono-me se durante este curto período de tempo os enfermeiros

dedicam o seu tempo aos familiares e, se não o fazem, o que os leva a não terem este procedimento?

Na observação directa que realizei pude constatar que os enfermeiros, momentos antes da hora da visita chegar, verificam entre eles e assistentes operacionais se todas as condições se encontram reunidas para receber as visitas e autorizam a entrada das mesmas quando possível. Caso não seja possível, o enfermeiro responsável pelo turno assume esta impossibilidade e comunica à secretária de serviço quanto tempo irão necessitar para que tudo esteja pronto a fim de as mesmas poderem entrar. Só após unanimidade de todos os elementos é que é autorizada a entrada dos familiares na unidade.

Foram vários os enfermeiros que defenderem que habitualmente tentam organizar o trabalho de modo a que todos os cuidados prestados ao doente sejam realizados no período pré e pós-visita, deixando a hora da visita liberta para o familiar estar junto do doente e do enfermeiro, salvo raras excepções como dias de excesso trabalho em que existem doentes muito instáveis que requerem uma administração constante de diversos fármacos e uma maior vigilância por parte de toda a equipa de saúde, turnos em que é necessária a realização de várias técnicas invasivas ao doente: entubação orotraqueal, colocação de cateteres venosos centrais, entubações orogástricas, quando existem vários doentes a realizarem técnicas dialíticas em simultâneo; quando é necessário ir com o doente ao serviço de imagiologia realizar exames complementares de diagnóstico, na preparação de várias transferências, em situações de admissões, entre outras. Nestas situações, é comum a atenção da equipa ser direccionada para os procedimentos ainda por terminar e a atenção para com os familiares deixa de ser prioritária.

As admissões de doentes neste tipo de serviços são por vezes situações inadiáveis, tornando-se uma prioridade, sendo habitual os familiares saírem sem receber informações sobre o doente, pois a atenção dos enfermeiros está focalizada nos novos doentes. Pude observar que por vezes, nestes turnos mais agitados, durante todo o tempo da visita, os enfermeiros encontram-se ocupados a realizar diversos tipos de trabalho: preparar medicação, testar equipamentos, falar com o médico sobre a situação clínica de determinado doente, estabilizar hemodinamicamente o doente, entubar orotraquealmente outro doente, preparar a unidade para receberem algum doente novo abstraindo-se dos familiares que se encontram na unidade e lutando “desenfreadamente” para conseguirem terminar todas as tarefas, respondendo rapidamente às questões

colocadas pelos familiares. Os seguintes trechos comprovam as atitudes dos enfermeiros durante o período da visita:

*“ (...) nós tentamos a hora da visita pronto, se pudermos evitar que se façam determinadas técnicas ou reservamos a hora da visita aquela meia hora para os familiares, tentamos evitar ou que haja admissões se puder, pronto se a admissão tiver que ser, pronto mas se puder aguardar aguarda-se, se puder aguardar para pôr um cateter, aguarda-se.” (E4)*

*“Há aqueles turnos impossíveis em que há situações de urgência, a hora da visita tentamos estabilizar para que os familiares possam entrar, mas as vezes há turnos tão difíceis em que nós não conseguimos (...) as vezes acaba por ser a hora da visita que nós conseguimos ter mais disponibilidade para as nossas coisas, não quer dizer que a comunicação não seja importante com as famílias. É muito importante mas as vezes há que estabelecer prioridades, as vezes é necessário preparar as medicações nesta hora e não temos outra hora para o fazer e acaba por ser roubada entre aspas a hora dos familiares (...).” (E9)*

Alguns enfermeiros assumem ter algumas dificuldades comunicacionais com os familiares o que poderá significar, nalguns casos, **fuga à comunicação**, se tivermos em conta que existe também quem defenda que muitas vezes é difícil utilizar o horário da visita para partilhar informação com os familiares não só pelas situações atrás mencionadas mas também porque a carga de trabalho é sempre muito grande sendo a prioridade destes enfermeiros prestar cuidados ao doente. O factor tempo foi uma das justificações apresentadas pelos enfermeiros quando não conseguem dar resposta a todas as solicitações de que são alvo. No discurso dos entrevistados, verifica-se que o factor tempo está relacionado com o factor trabalho, como limitadores no processo de partilha de informação entre enfermeiros/familiares.

*“ (...)há sempre coisas importantes a fazer e, e nós as vezes não conseguimos despende o tempo necessário para visitas porque estamos entretidos em fazer qualquer coisa e o tempo se calhar devíamos dar pouco mais de, de tempo a visita e as vezes não o conseguimos ter para despende. Acho que a grande limitação é essa. As vezes não conseguimos ter tempo para estar ali um bocadinho com eles porque o nosso tempo está de tal maneira, as vezes absorvido, não é sempre, está de tal maneira as vezes absorvido que agente acaba por não conseguir lá chegar, conseguirmos chegar a eles e dar-lhes a informação adequada.” (E1)*

Um dos enfermeiros defendeu que a falta de tempo que por vezes se verifica para dedicar atenção à família seria colmatada se o rácio de enfermeiros fosse maior, pois desta forma o número de doentes por enfermeiro seria menor, haveria mais tempo disponível e o profissional de enfermagem poderia dispor de mais tempo para estar junto ao familiar:

*“ (...) aí teríamos se calhar mais tempo para lhes (familiares) dar, se houvesse um maior número, se calhar o tempo para cada um em termos de tarefas não ficava tão, tão, tão absorvido em termos de práticas e teríamos mais tempo para despende depois a família (...).”* (E1).

Assim como há enfermeiros que se resguardam no factor tempo para justificar a sua indisponibilidade para partilhar informação com os familiares, existem enfermeiros que advogam que este factor não pode servir de desculpa, existindo sempre alguma disponibilidade por parte destes profissionais desde que exista “boa vontade”, e que não se trata apenas de uma questão de rácios de enfermeiros por doente, que poderia mudar o comportamento destes enfermeiros. Verifica-se que para alguns entrevistados a disponibilidade que o enfermeiro dispõe para dedicar alguns minutos à família não depende apenas do trabalho e do tempo, mas sobretudo da personalidade/formação, sensibilização, bom senso e percepção que cada profissional tem sobre a importância que a partilha de informação entre enfermeiro/família assume.

*“ (...) eu acho que faz mesmo parte da percepção da pessoa, se tivéssemos mais, um rácio melhorado em termos de enfermagem se as pessoas não tiverem preparados para falar com as famílias ou sensibilizados, o resultado seria idêntico.”* (E5)

*“ (...) e depois depende da sensibilidade do enfermeiro que está e do bom senso para se aproximar ou não e para ter um tipo de conversa melhor ou pior (...).”* (E6)

De facto, foram muitos os enfermeiros que referiram ser “obrigados” a dedicar o tempo da visita não só aos familiares mas essencialmente a aproveitar o tempo disponível para executar e terminar tarefas que não conseguiram terminar durante todo o turno. As tarefas mais referenciadas prendem-se com o preparar e administrar terapêutica, montar e testar equipamentos como por exemplo ventiladores, fechar balanços, resolver situações burocráticas e o registo de notas de enfermagem. Estes registos transcrevem a informação indispensável sobre o comportamento do doente ao longo do turno de modo a que médicos e enfermeiros revejam as evoluções clínicas e reequacionam procedimentos efectuados e muitas vezes definem novas decisões (Lopes, 1994). De acordo com Siqueira et al (2006, 74) “a preocupação com os aspectos administrativos do cuidado consome parte significativa das horas de trabalho do enfermeiro” gerando uma falta de tempo para que estes fomentem o processo comunicativo.

Também houve quem referisse que a hora da visita, por vezes, serve como um momento para o enfermeiro se “desligar” do árduo dia de trabalho a que foi submetido e

que esta postura é mais frequente quando os doentes estão internados há muito tempo, em que enfermeiros e familiares já se conhecem e todos sabem que os profissionais se encontram disponíveis para retirarem dúvidas quando necessário.

Vejamos então alguns excertos que melhor demonstram a percepção dos enfermeiros sobre o seu comportamento no horário das visitas:

*“ Nós temos aquele período de visita como sabe, que é pequeno, aquele período de meia hora, dois períodos de meia hora, o que nós realmente fazemos, já em Lisboa também acontecia e se calhar em todas as unidades, aproveitamos esse período muitas vezes para fazer notas ou preparar a terapêutica de saída desse turno e às vezes se a pessoa não tiver a noção que é muito importante essa passagem de informação para os familiares pode ficar afectada essa informação, por a pessoa direcciona-los, porque há outras prioridades.” (E5)*

*“ (...) o período de visita por si já é curto, nós aqui temos meia hora das 3 às 3 e meia e das 19 às 19 e 30 e o que é que acontece, esse horário também coincide com muitas tarefas que nós temos que fazer, porque coincide por exemplo nomeadamente na manhã com o terminar do turno da manhã, que nós temos que fazer, administrar medicação, fechar balanços, pronto e isso, quer a gente queira quer não, temos essas tarefas para cumprir e acabamos por vezes não ter tanta disponibilidade para o familiar (...)”(E10)*

Durante o período de observação directa que efectuei pude constatar que, habitualmente, na hora da visita, quando o turno o permite, os enfermeiros reúnem-se em torno da mesa de registos sentam-se e aproveitam esta meia hora para realizarem diversas tarefas e para descontraírem: escrever registos de enfermagem na folha do doente, realizar folhas de transferência, orientar alunos que estão sob a sua supervisão, concluir algumas rotinas que estão por terminar, brincar com os diversos elementos da equipa, ler alguma revista, trocar SMSs, realizar chamadas pelo telemóvel, observar a escala do pessoal de enfermagem, falar de férias ou de assuntos pessoais. A atitude perante os membros de família na hora da visita varia consoante o enfermeiro. Existem aqueles que se levantam de imediato quando um familiar entra na unidade do doente e procuram esclarecer dúvidas, explicar tudo, dialogar um pouco e disponibilizam-se para ajudar independentemente do número de vezes que o familiar tenha entrado na unidade, os que apenas se levantam passado algum tempo ou quando verificam alguma ansiedade ou medo por parte dos membros de família, aqueles que apenas se dirigem ao familiar do seu doente se este os interromper, outros que se dirigem a todos os familiares comunicando com cada um e demorando mais ou menos tempo consoante o assunto que discutem e ainda, os mais atarefados que tomam uma atitude de “sempre

ocupadíssimos” desejosos que nenhum familiar se lembre da sua existência, que olham para o familiar, cumprimentam-no à sua chegada e partida com um simples “boa tarde ou boa noite” e um “até amanhã”. Ao analisar os testemunhos dos entrevistados, verifica-se que por vezes os enfermeiros não se dirigem de imediato ao familiar por inúmeras razões e não apenas por não estarem disponíveis.

Os enfermeiros referem que por vezes é necessário dar espaço ao familiar, daí não o abordarem logo, outro dos motivos apontados para o distanciamento face ao familiar é por já existir uma relação estabelecida entre enfermeiro e familiar o que permite que estejam à vontade e se necessitarem de algo, ambos sabem que se encontram disponíveis. Habitualmente se o doente se mantiver estável, sem grandes alterações, o enfermeiro também espera e só passado alguns minutos é que aborda o familiar. De acordo com Ferreira e Fontes (2009) o enfermeiro não pode deixar apenas as famílias entrarem na UCI, é fundamental que as apoie e utilizando uma linguagem adequada os questione sobre as dúvidas que permanecem, sem nunca deixar de observar as suas expressões faciais, reacções, comportamentos e emoções independentemente do estado clínico em que se encontra o doente e do tempo de internamento que possui pois muitas vezes é através destas expressões que o enfermeiro percebe que o membro de família tem dúvidas e necessita ser esclarecido. Este interesse demonstrado pelos enfermeiros em conhecer os membros de família e estarem disponíveis sempre que a família o solicitar irá influenciar positivamente a partilha de informação.

*“Depende, há situações em que espero, há outras em que se vejo que realmente a pessoa está, não sei está mais comovida ou está ... vou lá e falo com ela e tento tranquiliza-la. Se vejo que a pessoa não está tranquila mais ansiosa vou e tento ... há outras ocasiões que espero que eles, aquelas pessoas que tem os familiares já cá há mais tempo e que sabem que estamos ali e que se precisarem podem ou se tiverem dúvidas podem vir falar connosco espero.” (E4)*

*“Tens colegas que estão a escrever as suas notas e se for preciso em vez de terem uma posição normal quase se fecham sobre o placar, sobre o placar para escrever os registos ou seja do género “não me incomodes!” Não é bem, não é bem o lema, acho que, acho que deveríamos estar um bocado mais disponíveis.” (E6)*

É de referir ainda que foram vários os enfermeiros entrevistados que demonstraram valorizar o processo da partilha de informação entre enfermeiro/familiares mas que depois revelaram um comportamento não coincidente ou seja um comportamento de um enfermeiro muito “atarefado” com pouco tempo

disponível para comunicar com os familiares. Por outro lado, também ocorreram situações de enfermeiros que na prática não se dirigiam aos familiares e que após a entrevista modificaram o seu comportamento estando sempre disponíveis e estabelecendo um diálogo duradouro com os membros da família.

Pode dizer-se que a transmissão de informação entre enfermeiro e familiar numa UCI é um processo plausível de ser executado, no entanto, quando é estabelecido sofre inúmeras interrupções relacionadas com a própria dinâmica do serviço, de que se destaca a constante atenção que os doentes requerem, a execução contínua de procedimentos, a estabilização hemodinâmica e eléctrica do doente, os apelos constantes do médico ou um alarme que toca obrigando o enfermeiro a dirigir-se ao mesmo e perceber a razão do alarme. Todos estes factores vão influenciar o tipo de diálogo desenvolvido uma vez que independentemente das causas da interrupção, quando esta situação ocorre, raramente o diálogo é restabelecido havendo mesmo algumas situações em que a comunicação é dada por terminada. Na observação que realizei pude também verificar que alguns enfermeiros apresentam dificuldade em interagir com as famílias e que não estimulam os membros de família a colocarem as suas dúvidas e anseios. Talvez este comportamento, nalguns enfermeiros, esteja associado à falta de treino e/ou experiência profissional pois de acordo com Ferreira e Fontes (2009) a experiência profissional é um factor que pode influenciar o processo de comunicação uma vez que os anos de exercício fornecem ao enfermeiro algum “traquejo” para estarem mais despertos para as reacções dos familiares quando lhes é comunicada uma notícia mais “delicada”. Deve-se ter em conta que no início da sua actividade profissional, o enfermeiro tem maior dificuldade em desenvolver o processo comunicativo com os familiares, pois apesar de possuir uma preparação teórica, não possui ainda a prática quotidiana adquirida em campo. Através dos testemunhos destes dois enfermeiros, um que exerce há dois anos e outro há dezasseis, conseguimos verificar que os anos de exercício profissional parecem influenciar o processo de comunicação:

*“Nós aqui devemos ter uma preparação própria para muitas vezes abordar os familiares em certas situações de risco, que eu considero, para mim, se calhar alguns colegas, mas também podem dizer o mesmo, que nós não sabemos como é que agente as vezes fica assim um bocadinho, bem agora vou lá “o que é que eu hei-de dizer? E se ele me perguntar aquilo, o que é que eu respondo?” (...) as vezes é a maneira como é que agente há-de abordar o familiar, pronto, para não causar aquele choque logo drástico mas também querer dizer o que realmente*

*se passa. Eu, as vezes tenho um bocado dificuldade, as vezes penso muitas vezes antes de ir ter com o familiar, bem o que é que eu vou dizer e se ele me perguntar isso, como é que eu vou responder (...)*” (E3)

*“Eu acho que às vezes é importante, mesmo sem haver perguntas de familiares, isto depois, isso vai-se percebendo ao longo do tempo. As vezes ir começando a falar e explicar algumas coisas que acabam por agente ir percebendo que são alguns receios e acabam por não perguntar por timidez por medo e eu acho que agente vai com o tempo.”* (E9)

Um dos entrevistados verbalizou a importância de existir um enfermeiro de referência para a família, considerando-o uma mais-valia na relação e na comunicação que se pode estabelecer e desenvolver entre esta díade, o que vai de encontro com o que observei, se tivermos em consideração que os familiares procuram o enfermeiro de referência (o primeiro com quem falaram na UCI) para dialogarem, receber informação e apoio:

*“Eu acho que se deveria tentar que o enfermeiro, aquele enfermeiro, o enfermeiro A, estivesse com, sempre distribuído ao mesmo doente ou aos mesmos doentes, para quê? Conseguir ter um conhecimento mais profundo do doente porque não se dispersa, não é? Acaba por estar mais presente quando vem os familiares, é aquele enfermeiro que está com aquele doente, é aquele enfermeiro que supostamente poderá (...) encetar uma conversa com aqueles familiares, não é?”* (E6)

A especificidade do serviço, em termos de técnicas e organizacionais também influencia, de forma indirecta, a transmissão de informação, pois cada técnica exige algum tempo para ser executada e apesar dos enfermeiros, sempre que possível, deixarem a execução das mesmas para o período pós-visitas, por vezes é necessário proceder à sua realização na hora de visita. Este passa a ser um tempo “roubado” aos familiares, diminuindo a permanência dos mesmos dentro da unidade, junto do doente e enfermeiros. Vejamos o testemunho desta enfermeira:

*“ (...) você até só para fazer um penso tem que ir buscar uma luva, as compressas, tem que por a luva, tirar a anterior, tem que voltar a por outra luva, só o facto de as técnicas serem tantas é obvio que pode sempre prejudicar porque muitas das vezes na visita das quinze estamos no encerramento do turno da manhã o que as coisas tem que estar a ser feitas para se deixar feito para o turno seguinte. Há estas preocupações e é inevitável que muitas das vezes as respostas sejam dadas um pouco mais a correr sem dúvida alguma (...) nessa altura acaba por ficar lesado sem dúvida alguma e tem influência com as técnicas.”* (E8)

O espaço físico da UCI foi referido por vários enfermeiros como condicionante na partilha de informação por não proporcionar privacidade nem tranquilidade. A

unidade é pequena, sem janelas, a luminosidade é artificial e existem várias máquinas e monitores que se encontram constantemente a alarmar o que não facilita a concentração daqueles que tentam comunicar. Os doentes encontram-se todos na mesma sala, separados por cortinados que individualizam as boxes e que apenas estão corridos quando o doente recebe cuidados. Sendo assim, na hora da visita a privacidade não existe, o doente pode ser observado por todos os que se encontram presentes e quando algum familiar deseja falar com o enfermeiro responsável pelo doente, o diálogo pode ser ouvido por todos os que rodeiam aquela “box”, uma vez que não existe um local próprio para comunicar com os familiares.

Segundo um estudo realizado por Kutash e Northorp (2007) sobre as vivências que os familiares de UCI experienciam nas salas de espera concluiu-se que as famílias consideram estas salas, locais próprios para receberem informações sobre o doente e obterem apoio emocional, concedido não só pelos profissionais de saúde mas também por outras famílias, uma vez que todas experienciam sentimentos idênticos. Nalguns casos mais específicos, alguns enfermeiros entrevistados verbalizaram solicitar a sala de reunião dos médicos para comunicar com os familiares ou então fazem-no no corredor. Durante o período de observação que realizei, não tive oportunidade de verificar este procedimento por parte de nenhum elemento da equipa de enfermagem. Verifica-se que os enfermeiros consideram que as características físicas da UCI (sobretudo a ausência de uma sala de visitas) limitam o desenvolvimento do processo da transmissão de informação:

*“Se calhar mais o espaço físico, não temos onde atender propriamente se houver assim uma conversa assim mais reservada, acho que só por isso se calhar o espaço físico.” (E2)*

*“ (...) os factores limitadores, (...) todo o espaço em si que é um espaço específico, porque é um espaço pequeno com muitos aparelhos, com muitos barulhos (...)” (E10)*

Num entanto, nem todos os enfermeiros partilham a opinião de que as características físicas limitam a transmissão de informação entre enfermeiro/famíliares pois existe quem consiga ter outra perspectiva e defender que o facto de as visitas partilharem o mesmo espaço físico que os enfermeiros proporciona um contacto mais próximo e fácil entre esta díade, facilitando a abordagem para a comunicação e o desenvolvimento da mesma.

*“Para já o espaço, o espaço físico, é um serviço muito mais pequeno em que as visitas nos estão sempre a ver, nós estamos sempre a ver as visitas, por isso se calhar neste sentido a comunicação é mais fácil (...)” (E4)*

Molter (1979) citado por Verhaeghe et al (2007) afirma que vários estudos demonstram que nem sempre os familiares recebem a atenção merecida, sendo as suas necessidades por vezes negligenciadas. É frequente visualizar-se nas UCIs uma dificuldade de comunicação e um distanciamento entre profissionais de saúde e familiares relacionado com o facto de existir um distanciamento afectivo como mecanismo de defesa por parte do profissional, nomeadamente quando tende a evitar temas delicados em **situações específicas** como doenças cujo diagnóstico é incerto ou terminal ambas as situações causadoras de grande ansiedade (Teixeira, 2004; Siqueira et al, 2006). Os doentes em fase terminal ou em constante luta contra a morte são uma realidade nas UCIs traduzindo-se para o enfermeiro em situações geradoras de grande ansiedade e stress, pelo facto da morte ainda ser um problema com o qual os indivíduos têm dificuldade em lidar e também por representar o fracasso profissional.

Quando confrontados se estas situações comprometem as suas relações com os membros de família, os profissionais reconhecem que há uma influência indirecta no estabelecimento do diálogo, e revelam as dificuldades experimentadas na comunicação e na verbalização da informação. Alguns dos entrevistados assumem refugiar-se noutras tarefas para justificarem a sua ausência junto dos familiares nestes momentos. Esta atitude é justificada por Silva (2000) citado por Siqueira et al (2006) quando salienta que situações de possível morte dentro dos serviços provocam nos enfermeiros momentos de grande tensão emocional, em que o procedimento mais comum, centra-se no escape para não demonstrarem as suas emoções, incapacidades e vulnerabilidades, tendo sempre como objectivo o não envolvimento emocional. Este não envolvimento dos enfermeiros pode não ser um comportamento intencional, mas sim, um comportamento de defesa pois só desta forma conseguem enfrentar situações diárias e realizar uma adequada prestação de cuidados (Siqueira et al, 2006). Por sua vez, Teixeira (2004) defende que os profissionais de saúde tendem a não estimular as perguntas por parte dos utentes/família, optando por uma postura mais faladora do que ouvinte, onde a perspectiva, preocupações e expectativas da doente/família não são encontradas nem valorizadas, o que ocorre essencialmente quando o profissional possui dificuldades em desempenhar o seu papel de apoio e segurança.

Alguns enfermeiros referiram ter mais dificuldades em abordar familiares não só na fase terminal mas também quando se trata de doentes jovens, de dadores de órgãos, de pessoas conhecidas ou amigos. Vejamos o seguinte relato:

*“ (...) quando temos pessoas para dadores... essas situações acho que é muito*

*complicado (...) é complicado as vezes, eu falo por mim é complicado eu lidar com essa situação e quando é pessoas mais novas, doentes mais novos, é mais complicado.” (E7)*

Podemos verificar através do relato que se segue, as dificuldades que os enfermeiros têm em estabelecer o processo comunicativo nas situações específicas acima mencionadas. Este caso ocorreu com um dos entrevistados e reporta a situação de um familiar de um profissional da instituição de saúde:

*“Eu lembro-me de um caso muito bem porque foi o marido de uma colega nossa que teve um acidente em que o filho dela morreu, e que nós conhecíamos do hospital, morreu na hora do acidente e o marido dela veio para aqui (...) eu lembro-me perfeitamente que estava neste turno quando o marido entrou e a dificuldade era conseguir chegar perto dela e: “o que é que eu vou dizer, o que é que eu vou fazer?” E porque é uma situação tão catastrófica que por mais que eu diga, por mais que eu faça, eu acho que nunca vou conseguir e pronto a equipa vai conseguindo e nós as tantas não conseguimos mais do que até chegar e chorar durante, juntamente e se calhar é o que agente consegue, é o nosso apoio e eu continuo a achar que não faz mal se for preciso chorar junto da família e se agente conhecer então, se calhar é a nossa maneira de apoiar e de estar presente e no fundo não comunicamos e comunicamos porque é o nosso apoio ... e sei que naqueles dias ali seguintes foi muito difícil e que agente tentava arranjar tudo em redor para fazer mas pronto, eu lembro-me nitidamente que fui um dia para casa e disse: “não, eu não vou poder fazer isso porque eu vou ter de conseguir chegar varias vezes perto dela e mesmo que não diga nada vou conseguir estar ali tocar-lhe” e, pronto. E no dia a seguir eu vim e disse: “não, hoje vou!” E eu cheguei lá e eu não foi preciso eu dizer nada porque o que a colega simplesmente queria era falar (...) porque eu acho que naquele dia ela foi muito melhor do que foi um dia antes porque eu se calhar não cheguei lá porque arranjei todas as coisas para fazer e mais alguma e tentar esquivar-me um bocadinho no fundo de estar ao pé dela e acho que isto no fundo acaba por ... faz-nos crescer em todos os sentidos apesar do apoio que agente consegue dar eu fui para casa neste dia muito melhor eu disse: “não, consegui ultrapassar isso e fui muito mais útil para ela.” Percebi nitidamente que ela precisava era de falar e mais nada era daquelas colegas que eu acho que tinha mais força do que nós, quando nós percebemos isso foi muito mais fácil de estar junto dela.” (E9)*

No entanto, também são inúmeras as situações em que ao longo da sua actividade profissional o enfermeiro deseja abordar o familiar e não sabe como ajudá-lo ou responder às perguntas colocadas, não só devido à gravidade do estado do doente, mas também porque não detém um conhecimentos e competências capazes de dar suporte às questões colocadas. Perante estas situações alguns enfermeiros adoptam uma atitude de enfrentamento e avançam com uma postura comunicativa que de alguma forma ajuda os familiares. Segundo Pontes, Leitão; Ramos (2008, 317) “para alcançar

uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos.” Estas situações geralmente permanecem no imaginário dos entrevistados e emergem sempre nos seus relatos para descreverem experiências deste tipo, vejamos:

*“Há uma situação que me marcou (...) que era de um rapaz novo, com uma patologia eu hematológica que já se sabia o destino dele, precisava de um transplante e havia uma compatibilidade a nível familiar com uma das irmãs que recusou este transplante e abordei a comunicação com aquele pai, na fase final de vida do rapaz, como podes perceber, toda aquela emoção, toda aquela carga que estava naquele pai, não é revolta para com aquela filha mas é revolta para com o mundo, para com a situação, tu não tens resposta, percebes? Ouves, ouves e estás, se calhar já foi muito importante, se calhar não, foi muito importante porque já encontrei o senhor duas ou três na rua e ele conhece-me e fala-me. Ajudou-o de alguma forma. Se foi melhor se foi pior não sei, na altura eu não tinha nada para lhe dizer, mas também abandoná-lo e deixá-lo sem rede também não, fiquei e estive, estive, esta marcou-me muito!” (E6)*

Outro exemplo é o relato desta enfermeira, que não nos descreve nenhuma situação em concreto, no entanto, sabe que já ajudou muitos familiares por não se ter afastado dos mesmos quando estes precisavam, mesmo estando com as lágrimas a rolar pela face, porque não teve medo nem vergonha de se expor. Vejamos:

*“ (...) as vezes uma pessoa abala assim já quase a fugir um bocado porque as lágrimas estão a começar, eu já chorei, não tenho vergonha de dizer que já chorei em frente a familiares. Não é chorar, chorar compulsivamente como eles mas já fiquei com as lágrimas nos olhos e com as lágrimas a escorrer pela cara abaixo porque não posso abalar porque naquela altura estou a fazer falta e tenho que lá ficar e não consigo, também sou humana e há certas coisas que nos tocam.” (E11)*

Enquanto esta enfermeira considera que chorar em frente dos doentes não é sinal de fraqueza, também exista quem não considere esta postura mais correcta e perante uma situação similar, cujas lágrimas “traem” a postura, há enfermeiros que optam por deixar os familiares sozinhos com o doente por consideram que não prestam a ajuda adequada aos familiares:

*“ (...) estou-me a recordar de uma situação, que foi uma situação que me marcou imenso, uma senhora que tinha dado entrada (...) essa senhora tinha cerca de 75 anos e no dia da mãe estava a almoçar com o filho e durante esse almoço a senhora sofreu um engasgamento, entrou em paragem e foi para a unidade, entretanto veio (...) a falecer no outro dia a seguir, portanto nem 24 horas passaram desde a admissão e recordo-me de que quando,*

*pronto os médicos contactaram a família para virem porque a senhora iria..., pronto, não havia mais nada a fazer, iriam desinvestir e recordo-me do marido da senhora chegar junto dela e pronto, ficar inconsolável e daquilo mexer muito comigo e de eu não conseguir..., e é assim, automaticamente comecei a chorar e não consegui comunicar com o senhor nem dizer nada ao senhor, apenas colocar, coloquei a mão sobre o ombro do senhor mas não fui capaz e eu própria tive de sair junto da doente e do familiar porque não me sentia em condições de dizer qualquer coisa que fosse e pronto, se calhar é uma defesa nossa que temos, não é?... às vezes tentar, pronto, não enfrentar a situação, mas eu também acho que não estava a facilitar em nada a situação, portanto estar a chorar junto do senhor e de não conseguir dizer nada, então optei por me afastar naquele momento.” (E10)*

O internamento numa UCI traduz-se, para os familiares, num conjunto de emoções difíceis de gerir, devido não só ao estado crítico em que se encontra o doente, mas também por todas as características “agressivas” inerentes às UCIs. De forma a minimizar os sentimentos e emoções experienciados pelos familiares, os enfermeiros entrevistados afirmam ser essencial conceber estas famílias como membros que necessitam de apoio e informação e ajudá-los no que for possível. O apoio a estes familiares passa por acompanhá-los dentro da unidade, fornecer-lhes informação que os ajudará a explicar ao doente os momentos que vivenciou durante o internamento e realizar ensinamentos à família sobre novos comportamentos que o doente terá que adoptar no domicílio, entre outros.

Quanto ao apoio informacional que os familiares desejam obter os entrevistados revelam que a informação transmitida necessita de ser adequada a cada situação e que deve ser dirigida para aspectos os práticos que envolvem o estado do doente nomeadamente as melhorias ou não do estado do doente, a finalidade de determinada medicação, dos equipamentos que rodeiam o doente e das técnicas invasivas realizadas. De forma a poder fornecer esta informação é necessário que seja estabelecida uma relação entre enfermeiro e familiar onde, as posturas e atitudes do profissional são componentes que irão influenciar positivamente ou não a relação. Apesar de todos os enfermeiros, durante as entrevistas, terem demonstrado valorizar o processo comunicativo, por vezes o estabelecimento do mesmo não é realizado, verificando-se na prática que alguns profissionais elaboram estratégias de fuga à comunicação, essencialmente durante o horário nobre de atendimento dos familiares – o horário da visita.

Outros, apesar de afirmarem comunicarem facilmente e com frequência com os

familiares, a observação realizada, permitiu revelar que isso nem sempre acontece. Existem no entanto aqueles, apesar de em menor número, que dedicam parte do seu tempo não só à relação com os familiares do doente por quem estão responsáveis, mas com todos os familiares que entram na unidade, disponibilizando-se para retirar qualquer tipo de dúvida.

Verificou-se ainda que existem situações específicas como o conhecimento prévio do doente internado ou do familiar deste doente, doentes em fase terminal, doentes jovens em estado bastante crítico, situações de dadores de órgão, que geram dificuldades na abordagem dos familiares e em que alguns profissionais optam por diferentes estratégias de fuga como afastar-se do familiar e compenetrar-se nas suas tarefas de modo a não terem oportunidade para poderem dialogar. Perante as mesmas situações, outros optam por abordar os familiares independentemente da dor e angústia que estes momentos acarretam.

Pelas especificidades da UCI, constata-se também que frequentemente a comunicação é que é interrompida por inúmeras situações (alarmes que soam, médicos que interrompem o enfermeiro, medicação que termina e que tem de ser repostada, algum doente que fica instável hemodinamicamente, entre outros) ou que, devido ao espaço físico não apresentar nenhuma sala para receber as visitas, o diálogo estabelecido entre familiar e enfermeiro é partilhado por todos aqueles que se encontram junto ou próximo da unidade do doente, não havendo privacidade.

#### **7.4 – A INFORMAÇÃO E A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO E DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

É imprescindível que os enfermeiros intensivistas saibam adequar a comunicação a cada situação tendo em conta o indivíduo, o tempo e o objectivo a concretizar (Ferreira e Fontes, 2009). A comunicação adequada e de qualidade, entre enfermeiros e familiares, é aquela em que existe troca de informação entre emissor e receptor, num contexto que engloba o processo de doença/saúde, deixando espaço para esclarecimento de dúvidas sobre o prognóstico e evolução clínica do doente, procedimentos técnicos e invasivos, normas e rotinas da unidade, aspectos físicos, burocráticos, éticos, prevalecendo sentimentos de confiança, ajuda e apoio (Ouimette et al, 2004), como relata o seguinte entrevistado:

*“ (...) as pessoas necessitam muito que lhes seja explicado o porquê da pessoa, do*

*doente estar desta ou daquela forma e têm n dúvidas e chegam ali e às vezes inibem-se um bocadinho até de perguntar, mas temos de ser nós a desempenhar essa função e tentar perceber o que é que as pessoas querem saber e quais são as dúvidas que têm.” (E10)*

São vários os enfermeiros que referem sentimentos de frustração quando os familiares não compreendem o que lhes é transmitido. Segundo os enfermeiros, esta não compreensão muitas vezes está associada ao facto do membro de família não estar preparado ou não querer aceitar a informação que habitualmente traduz o estado complexo em que o doente se encontra. Mas serão só estes os motivos que levam às dificuldades de **interpretação** da informação transmitida?

*“ (...) os quartos eram com duas camas, intensivos cada uma, a senhora do lado tinha acabado de sair do bloco de uma situação de neo (plasia) já com irradiação para a coluna, estava cheio de dores, estava desesperada correu com as visitas dela eu e ...e a senhora pediu o máximo de silêncio (...) o outro menino que estava ao lado era um moço jovem com ...que tinha sido operado tinha feito uma fixação da cervical porque com o acidente tinha ficado tetraplégico e estava perfeitamente comatoso e o pai decidiu trazer todos os amigos dele para aquela visita e eu expliquei-lhe que não iam poder entrar porque não só, porque, não ia ter nenhum factor positivo para o moço, porque o moço (...) não ia se aperceber de nada e tínhamos outra doente que estava consciente e pedia que a deixassem em paz. Eu pedi isso ao pai e ele para além de não ter percebido absolutamente nada, insultou-me, fez queixas ... mas, a sensação que eu tive foi de plena frustração porque a pessoa quer proteger um dos doentes que naquele momento precisava mas depois temos uma pessoa completamente, porque o pai estava num desespero brutal e achava que tinha que ajudar o filho de alguma maneira, que é uma situação totalmente compreensível. Eu não consegui, não consegui movê-lo dos intuitos dele, nem consegui fazê-lo perceber que não era por aí e que neste momento tinha que se respeitar um pouquinho alguém que também estava consciente, isso foi uma frustração brutal porque a pessoa está com muito boas intenções mas ninguém está a perceber nada e acaba por ser um pouquinho... aborrecido, a pessoa aborrece-se por uma situação que era lógica.” (E8)*

*“As vezes os próprios familiares não estão... como é que hei-de de dizer, falta-me a palavra, eles próprios não estão disponíveis, receptivos aliás, receptivos, eles próprios não estão receptivos ou porque acham que os pais ou os familiares não estão a receber os cuidados que deviam receber ou porque ele está muito mal e eles não ouvem o que agente lhe diz, eles ouvem e percebem o que querem ouvir e perceber e agente fala e repete, repete, repete.” (E11)*

Pelas considerações expostas pode dizer-se que os familiares com doentes internados em UCI quando comunicam com os enfermeiros, nem sempre conseguem apreender a mensagem que lhes é verbalizada. As informações transmitidas aos membros de família são interpretadas por cada um de acordo com a idade, nível sócio-

económico e cultural, experiência de vida, grau de conhecimento, níveis de stress e ansiedade, fase de aceitação em que o familiar se encontra, relutância em colocar questões sobre a gravidade do doente, o que por vezes pode ocasionar dificuldades de interpretações da mensagem verbalizada pelo enfermeiro (Benner et al, 1999; citado por Marion et al, 2003; Matsuda et al, 2003 citado por Siqueira et al (2006); Teixeira, 2004, Ferreira e Fontes, 2009). Desta forma, é importante que os enfermeiros de UCI compreendem que nalgumas famílias as necessidades de informação são maiores pelas razões atrás mencionadas e não por os familiares não quererem enfrentar o estado crítico do doente ou por não estarem disponíveis para receber a informação transmitida. As dificuldades de interpretação não se prendem apenas com as características associadas ao receptor mas também com o teor da mensagem emitido e a forma como é transmitida pelo emissor. O estado em que o doente se encontra (entre a vida e à morte) e o não haver melhorias clínicas, são situações que também dificultam a comunicação, pois os enfermeiros transmitem informação de conteúdo sempre idêntico onde frases como “está igual a ontem”, “ mantém-se na mesma”, “temos que aguardar para ver”, “agora é um dia de cada vez” são alguns exemplos de expressões frequentes que os familiares têm dificuldade em entender. Segundo Ferreira e Fontes (2009, 37) as dificuldades de comunicação entre enfermeiros e família também surgem nas “situações em que não há evolução do quadro clínico do paciente restringindo a informação clínica a “o quadro apresenta-se estável”, ou nas situações em que há necessidade de comunicar o agravamento do estado clínico”, situações que pude observar nalguns casos específicos e constatar nalgumas entrevistas efectuadas:

*“ (...) o estado em que o doente se encontra limita-nos as vezes um bocado a informação aos familiares (...). Dias após dias o estado é sempre o mesmo e a nossa informação fica limitada porque, durante esses dias estamos sempre a repetir a mesma coisa: “está estável, ele está, foi evoluindo um bocadinho” e eles vêm a espera de outra informação, não é? E já confrontei várias vezes, a pessoa, apanhar a pessoa, os familiares duas ou três vezes e eles: “vocês, as vezes” dizerem: “vocês dizem sempre o mesmo” (...).” (E1)*

Ora verifica-se que “as enfermeiras de UCI não devem ser apenas dotadas tecnicamente como devem estar disponíveis e aptas para relatar aos familiares o estado clínico do doente” (Marion et al, 2003,211). Segundo os entrevistados, as UCIs possuem uma linguagem própria (pericial e com códigos próprios), característica das unidades, em que só os profissionais de saúde compreendem. No entanto, estes enfermeiros têm noção que esta **linguagem pericial** apenas deve ser utilizada entre

profissionais, pois o uso de termos técnicos fará com que os membros de família não entendam o que lhes é verbalizado podendo, nalguns casos, quebrar a relação enfermeiro/familiar, pelo afastamento do membro de família que não entende o que lhe é transmitido. Um dos contributos para a partilha de informação com os familiares é utilizando uma linguagem que se adequa a cada indivíduo. A linguagem corrente e sem termos técnicos, é a que deve ser utilizada para que os familiares possam compreender melhor o problema (Marion et al, 2003). A transmissão da informação deve ser recorrer a uma linguagem clara, acessível, compreensível, objectiva, sem termos difíceis, credível, “consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Isto significa que a informação é fornecida “à medida” das necessidades dos familiares e adaptada ao seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo” (Teixeira; 2004, 617; Zavaschi, 1993 e Lourenço, 1998 citado por Ferreira e Fontes, 2009). É importante que o enfermeiro transmita calma, segurança, sendo por vezes necessário repetir a mesma informação várias vezes de modo a que a mensagem seja apreendida pelo receptor. Para que não existem interpretações incorrectas o enfermeiro deve esclarecer e validar a informação percebida pelos familiares, ficar atento aos “sinais” manifestados, tentar interpretá-los e perceber o que realmente os familiares desejam saber quando colocam determinadas questões (Verhaeghe et al, 2007; Ferreira e Fontes, 2009).

Os enfermeiros entrevistados são unânimes e partilham a opinião dos autores mencionados quanto à linguagem e postura que deve ser utilizada quando transmitem informação aos membros de família.

*“É assim se for uma pessoa com limitações a nível da aprendizagem, que se vê que é uma pessoa que se calhar tem..., é mais velhota e que tem a quarta classe antiga e que não tem muitas habilitações literárias, temos que usar termos simples, não vou usar termos técnicos nem científicos. Tem que se utilizar uma linguagem que seja perceptível para a pessoa, utilizar termos simples enquanto que, se for uma outra pessoa com um grau académico mais elevado e que até tenha algum conhecimento na área da saúde tem que se utilizar outros termos, não é? Adequar-se consoante a pessoa que está perante nós.” (E10)*

Por mais dolorosa que seja a informação transmitida é fulcral que o enfermeiro mantenha uma postura profissional e que seja verdadeiro para com os membros de família. Os familiares desejam e necessitam saber a verdade por mais difícil que ela seja e não apreciam informação positiva que não traduza a realidade, pois este tipo de informação leva a construção de falsas esperanças e mais tarde, quando o estado clínico do doente se tornar mais evidente irão perceber que a informação transmitida foi falsa,

ocasionando o afastamento e uma perda de confiança no enfermeiro (Verhaeghe et al, 2007; Knobel 2006; Ferreira e Fontes, 2009). Deste modo, as respostas às questões colocadas devem ser sinceras, verdadeiras e reais contribuindo positivamente para a relação enfermeiro/familiar apaziguando o stress, ansiedade e medo experienciados pelos familiares. Os enfermeiros entrevistados afirmam revelar sempre a verdade aos familiares independentemente da gravidade do estado clínico do doente:

*“ (...) nós aqui tentamos sempre uns com os outros dizer o que realmente está a acontecer porque não vale a pena iludir as pessoas (...)”* (E3)

Relativamente ao tipo de informação que os enfermeiros transmitem aos familiares, todos os entrevistados afirmam revelar apenas informações relativas à tecnologia, estado geral do doente, motivo de internamento, objectivo de alguma terapêutica administrada, normas e funcionamento do serviço e cuidados de enfermagem prestados. Tudo o que se refere a diagnóstico, evoluções e estratégias clínicas, resultados de análises e exames complementares são informações que os enfermeiros afirmam (e que pode observar), remeter de imediato para o médico que se encontra de serviço na unidade, uma vez que são de competência médica. Esta atitude é justificada por Carapinheiro (1993) como sendo uma forma dos enfermeiros evitarem possíveis conflitos com a parte médica, pois é habitual visualizarem-se desentendimentos entre estas duas equipas quando os enfermeiros assumem a postura médica referenciando informação de teor clínico.

*“ (...) nós aqui as informações, costuma ser informação mais gerais para que serve aquelas linhas, aqueles tubos, a situação se está crítica, se está normal. Se os familiares começam a entrar em pormenores de diagnóstico: “E como é que correu? Como foi a cirurgia? Como estão as análises?” Estas informações mais específicas nós remetemos para o médico. (...)”* (E9)

Verificou-se que alguns os enfermeiros verbalizaram ter algum cuidado nas informações que prestam e na linguagem que utilizam por ser uma forma de se protegerem legalmente e para não transmitirem a ideia de que está “tudo bem” com o doente e depois o quadro clínico reverter subitamente e ficarem “mal vistos” pelos familiares. Houve quem relatasse que após ter experienciado um acontecimento negativo com o conteúdo de uma informação verbalizada a um familiar ter mudado a partir desse dia, o seu comportamento nesta matéria. Alguns enfermeiros entrevistados defendem que a postura como informante vai mudando ao longo do tempo e que a experiência profissional é decisiva quando ocorrem situações mais delicadas, como por

exemplo referir que o doente está bem e após alguns instantes piorar ou até morrer.

*“E se calhar se nós ao darmos a ideia ao familiar; olhe ele está muito melhor, ele agora está muito melhor, e se depois, se alguma vez nos acontecer no nosso trajecto profissional, se esse doente eventualmente piorar muito ou falecer, leva-nos a pensar que no futuro temos de ser mais cautelosos a dar essa mensagem, essa informação.” (E5)*

Também foram vários os enfermeiros que afirmaram questionar o familiar sobre o grau de parentesco que possui com o doente antes de prestarem informações de modo a perspectivarem qual o tipo de informação que vão transmitir. Todos os enfermeiros verbalizaram fornecer informação de conteúdo idêntico aos familiares mais próximos, modificando o tipo de informação quando o cuidador não tem nenhum grau de parentesco com o doente.

*“ (...) preciso saber com quem estou a falar, se é um familiar directo, se é um primo não sei de onde, tento não dar informações que não deva dar.” (E2)*

Para que o enfermeiro consiga fornecer uma prestação de cuidados humanizada e personalizada quer ao doente quer aos membros de família, tendo em consideração as necessidades de cada um, o processo comunicativo terá que ser eficiente. Para que a transmissão de informação seja efectuada eficazmente e para que se desenvolva um bom relacionamento entre enfermeiro/família é importante que o enfermeiro, como profissional de saúde, desenvolva as suas habilidades e competências através não só da experiência adquirida em campo/prática clínica, mas também investindo em formação na área da comunicação e das relações interpessoais. Como já foi referido, foram vários os enfermeiros que referiram ter diversas dificuldades no campo da comunicação, revelando desconhecimento sobre como abordar determinadas questões, evidenciando-se que as suas **competências comunicacionais são insuficientes**.

*“ (...) as vezes posso sentir um bocadinho como é que eu hei-de abordar a pessoa, mas abordo não é, só não abordo se não conseguir mesmo chegar (...) uma coisa que eu sinto (...) é em relação aos telefonemas a declarar os óbitos, nós aqui é sempre feito pela parte clínica. Acho que se tivesse um dia nessa situação não sei como é que iria abordar, pronto, não sei o que é que diria, com que palavras.” (E3)*

*“ (...) eu acho que é preciso ter alguma sensibilidade para comunicar isso, desde coisas tão básicas como chegar ao telefone e dizer: “olhe, bom dia” como é que a gente vai dizer bom dia a uma pessoa que a seguir vamos dizer: “olhe, bom dia a sua esposa morreu!” (E5)*

Verifica-se ainda que existe uma necessidade sentida pelos profissionais de enfermagem em desenvolver as suas competências comunicacionais, no entanto

segundo os entrevistados existe igualmente uma **carência de acções formativas** no âmbito da comunicação. De facto, os programas formativos sobre esta temática são escassos ou até nalgumas situações inexistentes. Segundo o 1º Estudo Nacional “Comunicação Hospital em Portugal” (2009) a necessidade de formação específica em técnicas de comunicação é sentida por 71% das instituições nacionais, cujas conclusões assentam que os hospitais portugueses não formam os seus profissionais de modo a que estejam preparados para darem informações negativas. Os enfermeiros entrevistados consideram as formações neste âmbito bastante importantes para adquirir novos conhecimentos, aprender a melhor forma de comunicar situações mais complexas, relembrar pormenores que ao longo da actividade profissional foram sendo esquecidos, entre outros. Apesar de estes profissionais considerarem a formação nesta área pertinente o que se verifica é que a maioria apenas teve contacto com algum tipo de formação sobre o processo comunicacional durante o seu percurso académico. O motivo apresentado por tal acto prende-se com o facto das organizações de saúde não apostarem em formações deste âmbito havendo quem refira que mesmo em termos de literatura, ao contrário de outros países, em Portugal não existem estudos sobre esta temática, vejamos:

*“ (...) acho que, que é muito importante nós termos formação ... dos vários tipos de comunicação que podemos aplicar e acho que sim, que é muito importante.” (E1)*

*“(...) e no caso mais delicado em que nós temos de dizer a uma pessoa que o familiar morreu, acho que temos de estar preparados para dizer isso de uma maneira que, normal, às vezes são coisas que nos parecem de senso comum mas que não são dadas sensatamente.” (E5)*

*“ (...) não há muita formação sobre isso, não há.” (...) (E10)*

Embora tenham sido poucos os enfermeiros que realizaram e/ou assistiram formação sobre comunicação e relações inter-pessoais, verifica-se que foram consensuais ao afirmarem que estas formações foram uma mais-valia para o seu crescimento pessoal e profissional e através delas puderam desenvolver as suas competências e habilidades comunicacionais.

*“Trouxe (mais-valias), trouxe algumas indicações, que às vezes são coisas que nós não pensamos, uma coisa tão simples como essa do... “Bom dia, olhe...” para daqui a bocadinho dizermos: “olhe, a sua esposa morreu!” (...) estava a dizer há bocado, nós estamos ali sobre a pressão de pensar, tenho que dar a medicação a este tipo e agora está aqui este gajo com montes de perguntas, se calhar às vezes já estamos a olhar para um lado e para o outro e não estamos a olhar o interlocutor nos olhos, por exemplo, só esta atitude de estar a olhar uma*

*peessoa nos olhos e falar com a pessoa com calma são estratégias todas que se calhar era necessário nós aprendermos ou reaprendermos.” (E5)*

O processo comunicacional entre enfermeiros e familiares ocorre num processo de relacionamento que tem a interacção como base. A comunicação não se restringe apenas a transmissão contínua de informação entre emissor e receptor, é bastante mais complexa na medida que é necessário entender o teor da mensagem, significado, símbolos e a forma como é descodificada pelo receptor. A interpretação do teor da informação entre os intervenientes deste processo depende de vários factores como as habilitações literárias, nível de cognição, idade, cultura, estrato sócio-económico, experiências de vida, níveis de stress, entre outros. Por vezes, mesmo quando o enfermeiro utiliza uma linguagem adequada às características e contexto do familiar, a informação transmitida não é interpretada como o enfermeiro desejaria, observando-se maior dificuldade em situações cujo conteúdo da informação é sempre idêntico, como: “está igual a ontem”, “vamos ver”, pois é difícil para os familiares que desejam que o doente melhore rapidamente, aceitarem informação idêntica todos os dias.

É fundamental que os enfermeiros valorizem o diálogo e saibam fomentar estratégias de comunicação para manter uma relação eficiente com os familiares. Para tal, a informação deve ser oferecida no momento oportuno, utilizando uma linguagem objectiva, clara e verídica tendo em conta os valores, crenças e cultura do indivíduo. Todos os entrevistados afirmaram que apenas revelam informações relativas aos cuidados de enfermagem, encaminhando as informações de cariz clínico para a equipa médica. Esta atitude configura uma forma de se protegerem a nível legal.

São vários os enfermeiros que demonstraram e afirmaram que as suas competências comunicacionais são insuficientes e que a formação contínua nesta área seria bastante pertinente, e uma mais-valia, para o seu desempenho profissional. No entanto, são unânimes a referir que é escassa a formação sobre esta temática, em Portugal.

## 8 – CONCLUSÃO

O avanço e o aperfeiçoamento tecnológicos conduziram a modificações significativas na dinâmica e no processo de cuidados nas UCIs. Como principais consequências dessa mudança, emergiu a necessidade da tomada de decisões face a situações críticas e, por vezes, um maior tempo de permanência dos doentes nestas unidades. Esses factos têm levado à constatação da importância da relação e comunicação entre os profissionais que aí trabalham, os doentes internados e os seus familiares. Assim, merece particular atenção o relacionamento que se estabelece entre os actores envolvidos no processo do tratamento do doente crítico na UCI. A incerteza associada ao estado do doente gera uma necessidade, continuamente expressa, de informação por parte dos familiares destes doentes. Estas constatações, fruto da minha experiência profissional, conduziram à reflexão sobre a importância que a comunicação e a partilha de informação tem nas unidades de cuidados intensivos, quer para a família, quer para os enfermeiros, protagonistas centrais, no contacto directo e imediato com a família. Adiciona-se a essa realidade a rotinização e a impessoalidade da informação, que geralmente ocorre, na sala de espera nos corredores das unidades.

Após uma longa reflexão sobre esta temática, emergiu a questão central que serviu de orientação a este estudo: Qual a importância que os enfermeiros das UCIs atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes? Foi de acordo com esta questão central que optei por realizar este trabalho, tendo como principais objectivos: conhecer quais os factores que interferem na partilha de informação entre enfermeiro e familiares dos doentes internados nas UCIs; identificar a importância que os enfermeiros da UCI atribuem à partilha de informação com os familiares dos doentes internados e analisar a percepção dos enfermeiros sobre os factores que influenciam a comunicação do enfermeiro com a família do doente internado na UCI.

Da análise do conteúdo das entrevistas e da observação que realizei, emergiram quatro categorias (desempenhar funções numa UCI; a importância da informação na prática de enfermagem; a comunicação entre enfermeiros e familiares numa UCI; a informação e a necessidade de formação no âmbito da comunicação e das relações interpessoais) cujas principais conclusões se apresentam de seguida.

As UCIs são espaços e contextos de trabalho com características próprias que os tornam serviços peculiares onde existe diversos factores ansiogénicos quer para os familiares quer para os enfermeiros. Os enfermeiros intensivistas desempenham um conjunto de actividades que requerem um alto nível de exigência, uma atenção minuciosa, habilidades intelectuais e psicomotoras bastante desenvolvidas o que lhes confere um grau mais tecnicista e mecanicista, levando-os frequentemente a desvalorizar a importância da esfera relacional de que a comunicação e a informação são elementos essenciais, quer para o doente, quer para a família.

O desempenho de funções numa UCI tem subjacente, factores pessoais e profissionais. A ambição e motivação para desempenhar funções numa UCI prende-se muitas vezes com a realização profissional. É nestes serviços, onde impera a tecnologia, que os enfermeiros adquirem um elevado nível de conhecimentos, colocam em prática e desenvolvem todas as competências que adquiriram ao longo do seu percurso académico e profissional desenvolvendo um conjunto de actividades que os torna enfermeiros diferenciados e socialmente valorizados. A elevada rotatividade de doentes e o estado crítico em que se encontram leva a uma não rotinização e a uma constante imprevisibilidade do trabalho, proporcionando aos enfermeiros um menor desgaste comparativamente a outros serviços onde impera uma maior rotinização dos cuidados assistenciais e uma menor exigência de perícia tecnológica e interventiva.

Os enfermeiros entrevistados consideram o trabalho desenvolvido nas UCIs dinâmico, complexo e bastante intenso com características peculiares. Afirmam desempenhar funções que vão desde as actividades menos complexas, comuns a todos os serviços (realização de higiene, administração de medicação...) até à execução de técnicas invasivas e ao domínio da tecnologia, só acessíveis aqueles que ali exercem. As actividades que desempenham requerem rapidez, observação pormenorizada, domínio científico e tecnológico de modo a poderem responder imediata e adequadamente a qualquer desequilíbrio do estado do doente. Estas competências são adquiridas no terreno, ao longo dos anos, através das situações experienciadas e em que a perícia adquirida noutros trajectos é considerada uma mais-valia e a formação académica “por si só” insuficiente. A necessidade de uma actualização constante, que lhes permita acompanhar o desenvolvimento tecnológico e científico, é uma exigência permanente no quotidiano destes enfermeiros

A comunicação e a partilha de informação assume uma centralidade incontornável na prática de enfermagem na medida que os enfermeiros transmitem

informação não só entre pares, mas com toda a equipa multidisciplinar, doente e familiares, pois só assim conseguem estabelecer uma continuidade e uma melhor qualidade na prestação de cuidados. A importância da comunicação e informação à família na prática de enfermagem é valorizada pelos enfermeiros entrevistados, considerando-a um pilar da enfermagem. Nas concepções expressas, o processo de partilha de informação é considerado inerente às competências de qualquer enfermeiro, no entanto, reconhecem e admitem ignorarem frequentemente esta competência, não encontrando justificações para esta forma de agir na prática quotidiana.

Encontra-se legislado que os familiares têm o direito de receber informação sobre o doente internado e que compete aos enfermeiros esclarecê-los sobre os cuidados de enfermagem prestados, sendo estes profissionais o elo de ligação privilegiado entre doente e familiares. Da mesma forma, a família não só assume um papel primordial no processo de partilha de informação evidenciando ser uma ótima fonte de informações sobre o doente, como necessidade de ver apaziguadas as suas incertezas e angústias sobre o estado do seu familiar. Apesar disso, os enfermeiros das UCIs, escudados nos procedimentos técnicos e nas intervenções especializadas, parecem ignorar as necessidades da família, ao nível da comunicação e informação e relegar esta competência profissional para um segundo plano na sua esfera de prioridades.

O excesso de trabalho e a falta de tempo emergem como as justificações apontadas a secundarização do contacto com os familiares. Estas justificações, não encontram eco na observação realizada, através da qual foi possível observar que nas UCIs existem dias em que os momentos de pausa e de descontração são notórios, entre os diferentes profissionais da Unidade. Os pretextos acima mencionados parecem ser antes uma forma dos enfermeiros justificarem a sua fuga à comunicação. Independentemente da carga de trabalho existente, durante o horário das visitas, a escala de prioridades numa UCI não se modifica, no topo superior encontra-se o doente, depois a tecnologia, as actividades que ainda estão por terminar, todos os registos escritos (de enfermagem, burocráticos) e só depois, quase na base desta escala, se verifica, nalguns enfermeiros, uma preocupação efectiva em estabelecer um diálogo, interagir, trocar experiências e informação com os familiares esclarecendo-os e apoiando-os. Apesar de todos os enfermeiros reconhecerem a importância em dialogar, esclarecer, orientar, apoiar os membros de família, estas actividades ainda não são reconhecidas como prioritárias dando lugar preferencialmente às actividades mecanicistas e tecnicistas.

Verifica-se também que são inúmeros os factores que prejudicam e nalguns

casos inibem o processo comunicacional numa UCI. A informação transmitida entre enfermeiro e familiar é sem dúvida, muitas vezes, afectada pelo tempo que o enfermeiro dispõe para dialogar e pelo trabalho que frequentemente têm por terminar. No entanto, foram identificados outros factores limitadores neste processo informativo, tais como as próprias características da UCI (alarmes constantes, espaço físico, inexistência de uma sala para visitas, doentes em risco de vida, dificuldades em aceitar a morte), inexperiência no processo comunicativo e profissional e os mecanismos de defesa criados pelos enfermeiros, nomeadamente no que concerne à comunicação das “más notícias”.

Quanto se equaciona a necessidade de formação/actualização no âmbito da comunicação e das relações interpessoais evidencia-se que os enfermeiros têm a percepção das especificidades inerentes ao processo comunicacional. De facto, a comunicação e a partilha de informação apenas será de qualidade se a mensagem for entendida na totalidade pelos interlocutores deste processo e se o enfermeiro permitir que o familiar coloque todas as suas dúvidas, medos e anseios respondendo-lhe ao que deseja saber, estando atento as expressões verbais e não verbais tendo em conta o universo de significados do receptor, colocando em prática comportamentos como a escuta, compreensão e diálogo sincero.

Alguns enfermeiros referem ficarem “frustrados” quando o teor da mensagem não é interpretado e decodificado pelos familiares que têm dificuldade em lidar com a situação crítica do doente e/ou por permanecerem na fase de negação. No entanto, a interpretação correcta do conteúdo das mensagens não depende apenas das causas salientadas pelos enfermeiros mas relacionam-se com diversos factores como o uso de linguagem adequada (corrente, acessível, objectiva e sem termos técnicos), as características socio-económicas e cultural, idade, sexo, experiências de vida, níveis de stress de cada um, entre outras. As situações de doentes cujo quadro clínico não se altera promove também uma dificuldade de interpretação pelos familiares que não conseguem compreender porque motivo as informações fornecidas são sempre semelhantes. Salienta-se ainda que o tipo de informação transmitido aos familiares varia sempre de acordo com o grau de parentesco com o doente em que os anos de experiência do enfermeiro assumem uma centralidade importante no processo de comunicação com os familiares.

Apesar de os enfermeiros referirem que as suas competências comunicacionais são insuficientes, salientado as dificuldades que enfrentam em comunicar e transmitir

informação aos familiares, questiona-se se tais dificuldades emergem de carências formativas, da ansiedade gerada pela comunicação de “más notícias” ou da escala de prioridades atribuída à própria comunicação e partilha de informação com a família na sua prática quotidiana.

Apesar das dificuldades expressas no domínio da comunicação com os familiares, são poucos os enfermeiros que participam em formações relacionadas com a comunicação e o processo de transmissão de informação. A maioria apenas teve contacto com estas temáticas na sua formação académica de base. Ressalta-se que em Portugal esta temática não é frequente ser abordada em muitas acções de formação. Desta forma, verifica-se que se por um lado, se assiste a uma evolução científica e tecnológica crescente com níveis de sofisticação cada vez mais elevados, por outro lado parece existir uma desvalorização de outro tipo de actividades consideradas, essenciais ao desempenho de qualidade, mas sempre minorizadas e relegadas para um plano secundário no trabalho de enfermagem nas UCIs. Deste estudo parece ressaltar a importância de formação relacionada com competências de comunicação e relações interpessoais que permitissem a actualização e o desenvolvimento de competências sobre a partilha de informação com os familiares. Com isto não se pretende inferir que os enfermeiros intensivistas passassem automaticamente a valorizar a comunicação, no entanto, esta formação poderia ajudar a dissipar as dificuldades expressas.

Para finalizar deixo como sugestão a realização do mesmo estudo noutras UCIs de Portugal de modo a verificar se a importância que os enfermeiros atribuem à comunicação e transmissão de informação seguem as mesmas tendências e, portanto, resultados similares aos encontrados neste estudo.

## 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBÍSTUR, M. (2000) - “**La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos.**” Revista Médica Uruguay. N.º 16, pp. 243-256. Disponível em: <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf> (Acesso em 26-10-2009)
- ATKINSON, B. (1988) – “**A unidade de cuidados intensivos.**” Revista Nursing. N.º 1, pp. 3-6
- AYRES, J. (2004) – “**O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.**” Revista Saúde e Sociedade. Dezembro. V.13, nº 3, pp.16-29
- AYRES, J. (2005) – **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Setembro. V.10, nº 3, pp. 549-560
- BAGGIO, M. (2006) – **O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem.** Revista Electrónica de Enfermagem. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm) (Acesso em 18-10-2006)
- BARDIN, L. (2007) – **Análise de conteúdo.** 3ª Edição. Lisboa: Edições 70
- BASTO, M.; MAGÃO, M. T. (2001) – **Práticas de Enfermagem: Algumas Reflexões sobre o estado da Arte de Investigação.** Revista de Investigação em Enfermagem. N.º 4, pp. 3-11
- BENNER, P. (2005) – **De Iniciado a Perito.** 2ª Edição. Coimbra: Quarteto
- BERNOUX, P. (1995) – **La sociologie des entreprises.** Paris. Éditions du Seuil
- BETTINELLI, L. (1998) – **Cuidado solidário.** Passo fundo. Pé Berthier
- BUNK, G. (1994) – “**La transmisión de las competencias de la formación y perfeccionamiento profesionales.**” Revista Europea de Formación Profesional. N.º 1, pp. 8-14
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. (1994) – **Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos.** Lisboa. Porto Editora
- BOTERF, G. (2005) – **Construir as competências individuais e colectivas; resposta a 80 questões.** Porto: Edições Asa
- Breath healt e Escola Nacional de saúde (2009) – **1º estudo nacional “comunicação hospitalar em Portugal”.** Disponível em <http://www.inforpress.pt/IMPRESA/investigacion/a-comunicacao-nos-hospitais->

[portugueses-vf.pdf](#) (20-01-2010)

- CARVALHAL, R. (2003) – **Parcerias na formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectivas dos Actores**. Loures. Lusociência
- CASATE, J. C; CORREA A,K. (2005) – **“Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.”** Revista Latino-americana de Enfermagem. Vol. 13, pp 105-111. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf> (11-10-2009)
- CARAPINHEIRO, G. (1993) – **Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**, Porto, Edições Afrontamento
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M.(1998) – **Metodologia de Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta
- CECAGNO et al (2004) – **“Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença”**. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá. V.26. nº1. pp.107-112. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1622/1063> (05-08-2009)
- CHAVEZ, C.; FABER, L. (1987) – **“Effect of on education – orientation program on family members who visit significant other in the intensive care unit.”** Heart & Lung, 16 (1), pp. 92-99
- Código Deontológico do Enfermeiro (2005) – **Dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp 456 -458
- COLLIÈRE, M. F. (1989) – **Promover a vida: Da prática das Mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- CURRY, S. (1995) – **“Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em UCI.”** Revista Nursing. Novembro. Ano 8 n. ° 94. pp. 26-30
- CRESWELL, J. W. (2003) – **Research design qualitative & Quantitative and mixed methods approaches**. 2ª Edição. London: Thousand Oaks. Sage Publications.
- DALEY, L. (1984) – **“The perceived needs of families with relatives in the intensive care setting”**. Heart & Lung. 13 (3) p.231-337.
- D’ANTONIO P. (2004) – **Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study**. Archives of Psychiatric Nursing. Volume 18 (1). Pp 11-16

- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de Abril de 1998 – **Código deontológico do enfermeiro**. Diário da República de Portugal. I SÉRIE A. Disponível em <http://biblio.esear.pt/pdf/CD.pdf> (20-09-2008)
- Decreto-lei n.º 161 de 04 de Setembro de 1996 – **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Diário da República de Portugal. I SÉRIE. Disponível em [http://www.esslei.ipleiria.pt/files/\\_161\\_96\\_43590f65e0c9b.pdf?swp\\_esslei\\_portal=5d998d5644a7823bf70c0212c102ea4b](http://www.esslei.ipleiria.pt/files/_161_96_43590f65e0c9b.pdf?swp_esslei_portal=5d998d5644a7823bf70c0212c102ea4b)
- DIAS, M. (2005) – **A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico**. Lisboa. Climepsi Editores.
- DORNELLES, M. (2004) – **O desafio de se comunicar o que se quer falar**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/tramse/med/textos>. (05.10.2008).
- DUBAR, C (1991) – **La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles**. Paris : Armand Colin.
- FABIÃO, A. et al (2005) – “**Formação: Contributo para a Qualidade.**” Revista Servir. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde. Vol.53, nº5. Set./ Out
- FERREIRA, A; FONTES, A. (2009) – “**Do outro lado da porta...Falar com a família numa unidade de cuidados intensivos.**” Revista Sinais Vitais. Nº85.Julho
- FILHO, V. (2003) – **O processo dialógico na atenção terapêutica psicossocial**. Contribuições de Paulo freire. Anais do III Colóquio internacional Paulo Freire. J.Pessoa. Disponível em [www.paulofreire.vfpb.br/paulofreire/files/seminarios/oral19.pdf](http://www.paulofreire.vfpb.br/paulofreire/files/seminarios/oral19.pdf) (18.04.2010)
- FLICK, U. (2005) – **Métodos qualitativos na investigação científica**. 1ª Edição. Lisboa: Monitor
- FORTIN, M. F. (2003) – **O Processo de investigação**. 3ª Edição. Loures: Lusociência
- FREIDSON, E. (1984) – **La profession médicale Paris** : Payot
- GHIGLIONE, R; MATALON, B. (2001) – **O inquérito teoria e prática**. 4ª Ed. Oeiras: Celta Editora
- Gil, A.C. (1989) – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas
- GIDDENS, A. (1997) – **Sociologia**. 2.ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

- GWYN, R. (2002) - **Communicating Health and Illness**. Edição Sage pub. London
- GONÇALVES, A. (1998) – **Métodos e técnicas de investigação social**. Braga: Universidade do Minho, Instituto de ciências Sociais.
- HALL, J.; SCHIMIDT, E.; WOOD, J. (1998) – **In principles of critical care**. New York. McGraw Hill
- HESBEEN, Walter (2001) **Qualidade em enfermagem – pensamento e Acção na perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência
- HOSPITAL ESPIRITO SANTO DE ÉVORA, E.P.E – disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt> (20-03-2010)
- INABA et al (2005) – “**Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.**” Revista Escola de enfermagem USP (on-line), 39 (4), pp 423-429. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400008&script=sci_abstract&tlng=pt) (20-10-2009)
- KNOBEL, E. (2006) – **Condutas no paciente grave**. 3ª. edição. São Paulo. Editora Atheneu
- KOSCO, M.; WARREN, N. (2000) – “**Critical care nurses perceptions of family needs as met.**” Critical care nursing. Quartely 23 (2) pp. 60-72
- KUTASH, M.; NORTHROP, L. (2007) – “**Familiy members’ experiences of the intensive car unit waiting room.**” Journal of Advanced Nursing. 60 (4), pp.384-388
- LEMOS, R.C.A, (2002) – “**O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade.**” Revista Lat Am Enferm. n.º 10. pp 345-357
- LOPES, N. (1994) – **A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem** – Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar, Tese de Mestrado em Sociologia do Trabalho, Lisboa, ISCTE
- LOPES, M. J. (2006) – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau
- LOPEZ, F. (1995) – “**Critical care family needs inventory: a cognitive researchutilization approach.**” Critical care nurse, August. pp.21-26
- LUCCHESI, A.; et al (2008) – “**The needs of members of the families of general hospital inpatients.**” Sao Paulo Medical Journal vol.126, n.2, São Paulo. Mar. 2008

p.128-131. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v126n2/a13v1262.pdf> (31-09-2008)

- LYNN-Mchale, D.; BELLINGER, A. (1988) – “**Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses perceptions.**” *Heart & Lung*, 17 (4), pp. 447-453
- MACKERETH, P. (1988) – “**A comunicação.**” *Revista Nursing*. Lisboa. N.º 1. Fevereiro. pp 17-19
- MADUREIRA, Isaura et al (2007) – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner.** *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. N.º 71. Março. pp. 27-30
- MARCON, S; et al (2002) – **Compartilhando a situação de doença: o quotidiano de famílias de paciente crónicos**, in Elsen. Maringá, Eduem
- MARION. L.M.; et al (2003) – “**Understanding uncertainty and minimizing families’ anxiety at the time of transfer from intensive car.**” *Nursing and Health Sciences* (5) pp. 207-217
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doentes – direitos e deveres.** Publicação da Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos serviços de Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. 72p.
- OUIMETTE, P. et al (2004) – **Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients.** *Journal of Traumatic Stress*. V. 17, n.º 1. Fev. 2004. pp 1-9
- PARENTE, P. et al (1998) – **Ética nos cuidados de saúde.** Coimbra: Formasau, 1998
- PATTERSON, E. (1998) – **O processo de aconselhamento.** 1ª Edição brasileira. São Paulo. Martins Fontes Editora, LTDA
- PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda
- PHIPPS, W. et al (1995) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta
- PONTES, A. ; LEITÃO, I. ; RAMOS, I. (2008) – “**Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial ao cuidado.**” *Revista Brasileira de enfermagem*. Brasília. Maio-Junho. 61(3). pp 312-318. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf> (20-02-2010)

- PINHO, L. (2008) – **“O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva.”** Departamento de enfermagem. Revista de escola de enfermagem de USP. Vol.42, n.º 1, São Paulo. Março
- QUEIRÓS, A. (2001) – **Ética e Enfermagem.** 1ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (1992) – **Manual de investigação em ciências sociais.** 1ª Edição. Lisboa: Gradiva
- RILEY, J. (2004) – **Comunicação em Enfermagem.** 4ª Edição. Loures: Lusociência
- ROUSSEL, L. (1975) - **Le mariage dans la société française contemporaine : faits de population données d'opinion.** Préf. d'Alain Girard. - Paris : Presses Universitaires de France
- SAMPAIO D, GAMEIRO, J.; (1985) – **Terapia Familiar.** Porto edições afrontamento. Biblioteca das ciências humanas do homem: psicologia, psiquiatria, psicanálise.
- SHEEHY, S. (2001) – **Enfermagem de Urgência.** 4ª Edição. Loures: Lusociencia
- SILVA, M.H. (2009) – **Importância da avaliação das necessidades da família do doente, para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.** Revista Sinais Vitais. N.º 85. Julho pp 45-48
- SILVA, M.J. P, (2000) – **Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma.** Revista Mundo Saúde nº 24. pp: 249-254
- SINGLY, F. (1992) – **La famille l'état des savoirs.** 2ª Edição. Paris Editions la découverte
- SIQUEIRA, B. et al (2006) – **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência.** Arq. Med. ABC. 31(2): pp. 73-77, jul.-dez. 2006. Disponível em <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf> (24-12-2009)
- SMELTZER, S.C ; BARE, B.G (2002) – **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogam
- STREUBERT, H. J. e CARPENTER, D.R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista.** 2ª Edição. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda
- STUART, G.W.; LARAIA, M. (2001) – **Enfermagem psiquiátrica.** 6ª Edição.

Porto Alegre, Artes Médicas

- SUNDEEN, S.J et al (1998) – **Nurse-client interaction: implementing the nursing process**. 6ª Edição. St Louis. Mosby, Incorporated.
- TEIXEIRA, C. (2004) – **Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. Análise psicológica**. Setembro 2004, vol. 22, n.º 3, pp.615-620
- THELAN, Lynne A. et al (1994) – **Enfermagem em Cuidados Intensivos**. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta
- VALA, J. (1989) – **A análise de conteúdo. Metodologia das Ciências Sociais**. 3ª Ed. Porto: Edições Afrontamento
- VERHAEGHE, S. et al (2007) – “**How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?**” *Journal of Clinical Nursing* 16 (3), pp1488-1497
- ZASPE, C. et al (1997) – **Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit**. *Intensive and critical care nursing*. 13 (1), pp12-16
- ZUSSMAN, R. (1992) – **Intensive Care. Medical Ethic and the medical profession**. Chicago, The university of Chicago press
- WALL, K. (2005) – **Famílias em Portugal**. 1º Edição. Lisboa. Imprensa de ciências sociais
- WRIGHT, L.; LEAHEY , M. (1991) – **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3ª Edição. São Paulo. Editora Roca
- WORSLEY, P. (1977) – **Introdução à Sociologia**. 3ª Edição. Lisboa: Publicações Dom Quixote

## **ANEXOS**

**ANEXO A**

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**



**ANEXO B**  
**TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS**  
**(CD-ROM)**



**ANEXO C**

**GUIÃO DA ENTREVISTA**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

TEMA	QUESTÕES
Características do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que idade tem?</li> <li>• Que habilitações profissionais possui?</li> <li>• Teve dificuldades de adaptação/integração ao serviço? Quais?</li> </ul>
Motivações para trabalhar em UCI Conhecimento/competências exigidas Formação pós-graduada/contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porque veio trabalhar para a UCI? O conhecimento/competências exigido nas UCI's é igual aos outros serviços? Porquê e de que forma?</li> <li>• Considera que é necessária formação complementar para trabalhar neste tipo de serviços? Porquê?</li> </ul>
Importância que os enfermeiros atribuem à comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a importância da comunicação na prática de enfermagem? Exemplos</li> </ul>
Importância que os enfermeiros atribuem a comunicação com os familiares dos doentes internados na UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a importância da comunicação entre enfermeiros e os familiares dos doentes internados na UCI? Porquê? Exemplos</li> </ul>
Processo de comunicação Enfermeiro/família na UCI Experiências a nível da comunicação enfermeiro/familiar na UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera a UCI um serviço com características específicas. Considera que essas características podem influenciar o tipo de comunicação desenvolvido com os familiares? Em que medida?</li> <li>• Para si, quais são os factores facilitadores/limitadores da comunicação entre enfermeiro/familiar do doente numa UCI?</li> <li>• Como comunica com os familiares dos doentes ou pessoa significativa?</li> <li>• Quais as informações que costuma fornecer aos familiares dos doentes ou pessoa significativa?</li> <li>• Que tipo de linguagem utiliza quando estabelece comunicação com os familiares dos doentes ou pessoa significativa?</li> <li>• Consegue lembrar-se de alguma situação em que não conseguiu comunicar/informar/responder as questões do familiar? Pode descrever esta situação?</li> </ul>
Importância da formação no âmbito da comunicação com o familiar/pessoa significativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera necessária a formação no âmbito da comunicação para os profissionais de enfermagem que exercem em UCI? Frequentou alguma?</li> </ul>

**ANEXO D**

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO**





**ANEXO E**

**CURRICULUM VITAE**