



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos

Raquel Sofia Correia Ferreira

Coimbra, dezembro de 2017



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

**O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a
ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma Unidade de Cuidados
Intensivos**

Raquel Sofia Correia Ferreira

Orientadora: Professora Doutora Maria da Conceição Baía Saraiva,
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro de 2017

“O desejo de ir em direção ao outro, de se comunicar com ele, ajudá-lo de forma eficiente, faz nascer em nós uma imensa energia e uma grande alegria, sem nenhuma sensação de cansaço.”

Dalai Lama

DEDICATÓRIA

Ao Hélder,

Pela força, apoio, carinho, amor, compreensão e por tudo mais...

Ao Afonso,

O meu companheiro a partir de uma determinada fase

Aos meus pais e amigos,

Pela força, pela preocupação e pela ajuda nos momentos difíceis

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para que este estudo de investigação se tornasse uma realidade.

Direcionando, as minhas primeiras palavras de agradecimento vão para a Professora Maria da Conceição Baía Saraiva, orientadora deste trabalho. Pela disponibilidade, pelo incentivo constante e pela partilha da sua sabedoria.

Ao meu marido por estar sempre comigo, obrigado!

Aos meus amigos pelas constantes palavras de incentivo ...

À minha colega de Mestrado, Ana Rita, pelos momentos que partilhámos ao longo deste percurso formativo.

Ao Diretor e à Senhora Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva, assim como ao Conselho de Administração do Hospital que tornaram possível a realização deste estudo.

A todos os participantes que aceitaram fazer parte deste estudo de investigação.

A todos que tornaram este trabalho possível e que nele participaram direta ou indiretamente...

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

E – Entrevista

Ed- Edição

Et al. – E outros

Nº- Número

P. – Página

PP.- Páginas

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's - Unidades de Cuidados Intensivos

RESUMO

O processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva acarreta dificuldades à maioria dos enfermeiros. Neste contexto, os enfermeiros tendem a refugiar-se em todo o aparato técnico e nos conhecimentos técnico-científicos colocando em segundo plano a comunicação.

Estes aspetos justificam a seleção do tema do presente estudo: “o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)”. Neste sentido, desenvolvemos um estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, tendo como objetivo geral compreender como se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI.

Elegemos como instrumento de recolha de informação a entrevista semi-estruturada, foram realizadas oito entrevistas e os participantes foram enfermeiros que exercem a sua atividade profissional no Serviço de Medicina Intensiva de um hospital da região Centro de Portugal.

A informação obtida foi analisada com o recurso à técnica de análise de conteúdo segundo as fases descritas por Bardin (2014), que permitiu organizar e agrupar a informação em categorias, depois em subcategorias e em indicadores. O processo de análise e codificação teve por base as questões definidas no guião das entrevistas.

Resultaram quatro categorias que são: O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente; Fatores dificultadores do processo de comunicação; Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação; A família no processo de comunicação.

Salientam-se as seguintes conclusões: na prática diária os enfermeiros valorizam a comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente no contexto de uma UCI é complexo e constitui-se como uma vertente terapêutica. Os fatores dificultadores do processo de comunicação estão centrados no enfermeiro assim como na pessoa doente. Para efetivar e facilitar o processo de comunicação o enfermeiro mobiliza várias estratégias. Na sua prática cuidativa, de abordagem holística, o enfermeiro procura envolver a família no processo de comunicação. Esta prática permite-lhe por um lado, obter contributos da família para tranquilizar a pessoa doente e para descodificar algumas mensagens da mesma. Por outro lado, permite-lhe cuidar da família da pessoa doente apoiando-a no processo de comunicação e na gestão de emoções.

Palavras – chave: Unidade de Cuidados Intensivos; Processo de comunicação; Pessoa em situação crítica; Ventilação mecânica invasiva.

ABSTRACT

The process of communication with the person undergoing invasive mechanical ventilation presents difficulties for most nurses. In this context, nurses tend to take refuge in the whole technical apparatus and in the technical scientific knowledge, placing the communication in the background.

These aspects justify the selection of the theme of the present study: “the communication process between the nurse and the person undergoing invasive mechanic ventilation, in the context of the Intensive Care Unit (ICU)”. In this sense, we developed a qualitative, exploratory – descriptive study, with the general purpose of understanding how the communication process between the nurse and the person undergoing invasive mechanical ventilation is developed in the context of an ICU.

We chose as an instrument to collect information the semi-structured interview eight interviews were carried out and the participants were nurses who work in the Intensive Medicine Service of a hospital in the Central region of Portugal.

The information obtained was analyzed using the technique of content analysis according to the phases described by Bardin (2014), which allowed to organize and group the information into categories, then subcategories and indicators. The process of analysis and coding was based on the issues defined in the interview script.

There are four categories, to know: The process of communication nurse/sick person; Factors that hinder the communication process; Strategies mobilized by nurses in the communication process; The family in the process of communication.

The following conclusions are drawn: in daily practice, nurses value communication with the person undergoing mechanical ventilation. The process of communication nurse/sick person in the context of an ICU is complex and constitutes a therapeutic aspect. The factors that hinder the communication process are centered on the nurse as well as on the sick person. In order to facilitate and facilitate the communication process the nurse mobilizes several strategies. In its caring, holistic approach, the nurse seeks to involve the family in the communication process. This practice allows you, on one hand, to obtain contributions from the family to reassure the sick person and to decode some messages from the same. On the other hand, it allows you to take care of the sick person's family by supporting them in the process of communication and managing emotions.

Keywords: Intensive Care Unit; communication process; person in critical situation; invasive mechanical ventilation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização dos participantes	60
Tabela 2 – O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL.....	24
1 - PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	25
1.1 - COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	26
1.2 - COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL.....	29
1.3 - COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE.....	37
2 - A COMPLEXIDADE DO CUIDAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	40
2.1 - A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	43
2.1.1 - A família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	45
3 - O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA.....	47
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	54
1 - TIPO DE ESTUDO.....	55
2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	56
3 - CONTEXTO E PARTICIPANTES.....	58
3.1 - CONTEXTO.....	58
3.2 - PARTICIPANTES.....	59
3.2.1 - Caracterização dos participantes.....	59
4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO.....	62
5 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	64
6 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	66
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
1 - O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE.....	74
2 - FATORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	84
3 - ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	94

4 - A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.....	106
CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do hospital em relação ao estudo de investigação

ANEXO II – Transcrição da entrevista de um dos participantes

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da entrevista

APÊNDICE II – Consentimento informado entregue aos participantes

INTRODUÇÃO

Comunicar com aqueles que nos rodeiam faz parte do nosso dia a dia, sendo a comunicação indispensável para a sobrevivência dos seres humanos. “A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência” (Sequeira, 2016, p.3). Segundo este autor a comunicação é fundamental nas profissões da área da saúde, uma vez que são profissões de relação que implicam a interação constante com as pessoas doentes, famílias e cuidadores.

A comunicação deverá assim ser parte integrante do exercício profissional dos enfermeiros de modo a que possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência, o que é fundamental para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem (Bertone, Ribeiro, & Guimarães, 2007). Neste contexto emerge a comunicação terapêutica que “consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma relação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas” (Sequeira & Coelho, 2016, p. 97).

Tendo em conta a diversidade de situações com que o enfermeiro se depara na sua prática diária o mesmo tem de recorrer à utilização de diferentes formas de comunicação entre as quais, a comunicação não-verbal que poderá assumir relevante importância (Sá & Machado, 2006). Tal como referem Ramos e Bortagarai (2012) “a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor” (p.164).

A hospitalização conduz à rutura da ligação da pessoa doente com o ambiente que lhe é familiar e com as pessoas que lhe são significativas, o que pode originar tristeza e stress. O internamento da pessoa em situação crítica numa UCI pode gerar à pessoa doente desconforto, impessoalidade, isolamento social, perda de identidade e de autonomia, neste sentido a comunicação assume relevante importância.

Porém, a comunicação com as pessoas em situação crítica nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) representa um desafio para a equipa de enfermagem e exige

habilidades bem desenvolvidas, dado que neste contexto são inúmeras as barreiras à comunicação. Assim, por exemplo, as alterações da consciência, a sedação, a presença de via aérea artificial e a necessidade de ventilação mecânica invasiva podem constituir-se como obstáculos ao processo de comunicação.

Face a este tipo de pessoas doentes Saraiva e Martinho (2011) referem que “Cada enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de competências nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades do doente em estado crítico, rumo à sua satisfação e excelência do cuidar” (p.8).

A seleção do tema – processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI é justificado pelo facto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva representar uma situação particular em que a comunicação e a interação com o meio se encontram comprometidas. Esta situação exige do enfermeiro conhecimentos, competências que lhe permitam mobilizar estratégias comunicacionais. Não obstante, o ambiente inerente a uma UCI predispõe a que facilmente se descure algo tão importante como o processo comunicacional e que se identifiquem barreiras.

Enquanto enfermeiros temos como objetivo prestar cuidados de qualidade aquele que é o beneficiário dos mesmos, sendo desta forma a investigação importante para o desenvolvimento da profissão e para a tomada de decisões adequadas (Martins,2008).

Face ao exposto formulámos como questão de partida “Como se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?”

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

- ✓ Descrever e analisar de que forma se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- ✓ Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- ✓ Identificar as estratégias de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- ✓ Perceber de que forma o enfermeiro estimula a comunicação da família, quando presente, com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Para a concretização destes objetivos realizámos um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem exploratória – descritiva e utilizámos como instrumento de colheita de informação a entrevista semi-estruturada.

O presente trabalho encontra-se organizado em três partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico/conceitual onde realizamos uma abordagem aos conceitos centrais do estudo de investigação (processo de comunicação; a complexidade do cuidar numa unidade de cuidados intensivos; o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva). A segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico onde se encontra retratado todo o percurso percorrido desde o tipo de estudo, a questão e objetivos da investigação, o contexto e participantes, o instrumento de colheita de informação, os procedimentos formais e éticos assim como o tratamento da informação. A terceira parte por sua vez, corresponde à apresentação, análise e discussão dos resultados. Por fim têm lugar as conclusões e as referencias bibliográficas.

Com a realização deste estudo de investigação e com os resultados do mesmo pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE

A COMPLEXIDADE DO CUIDAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS

**A família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados
Intensivos**

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

No desenvolvimento de um estudo de investigação é fundamental a realização de enquadramento teórico de forma a permitir a ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

O Enquadramento teórico ou fase conceptual caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação. Tal como refere Fortin (1999) “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (p.39).

Nesta primeira parte foi então realizada uma abordagem teórica de um conjunto de assuntos de forma a clarificar conceitos importantes relacionados com o tema em estudo. Assim abordamos o processo de comunicação, a complexidade do cuidar numa UCI e o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

1 - PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Etimologicamente o termo comunicar provem do latim *comunicare* e significa “por em comum”, “entrar em relação com” e partilhar sobretudo ideias, emoções e cultura (Nunes como referido por Coelho & Sequeira, 2013).

Segundo Phaneuf (2005):

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela. (p.23)

Segundo Pereira (2008) a comunicação “é o elemento básico da vida social a partir da qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais” (p.49). “Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, para descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência, a comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afecto e amor” (Passadori como referido por Coelho & Sequeira, 2013, p.57). A comunicação é assim uma das principais ferramentas para o desenvolvimento humano podendo ser considerada como a condição fundamental da vida humana. De acordo com Phaneuf (2005), uma comunicação compreende duas componentes principais: uma parte informativa, ligado ao domínio cognitivo (o quê da mensagem) e uma parte mais afetiva ligada à maneira como é transmitida (o como).

Desta forma, a comunicação é o intercâmbio compreensivo de significados por meio de símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não – verbal (Ramos & Bortagarai, 2012).

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

Desta forma, as pessoas ao interagirem comunicam entre si trocando informações, o que pressupõe a existência de um emissor e de um recetor, provocando neste último modificações que, por sua vez irão influenciar e condicionar o emissor. Assim, quando comunicamos para além de trocarmos informações também determinamos comportamentos e atitudes (Pereira, 2008).

Por sua vez, Teixeira (2004) define comunicação em saúde referindo que corresponde ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos objetivando a promoção da sua saúde.

Para o autor supracitado,

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental (p. 616).

1.1 - COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

O internamento hospitalar é uma experiência desagradável para quem o experiencia, uma vez que a pessoa doente está longe do ambiente que lhe é familiar e das pessoas que lhe são significativas, num ambiente desconhecido e despersonalizado, preocupado com a evolução clínica e alvo de procedimentos invasivos, tudo isto leva a um emergir de dúvidas e ao despertar de um turbilhão de sentimentos.

Neste contexto a comunicação assume um importante papel, como instrumento básico do cuidado em enfermagem, pois a comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções que podem influenciar o comportamento das pessoas (Pereira, 2008).

Segundo Moreira, Moleiro, e Tomás (2000) a comunicação em enfermagem abrange assim um sentido mais amplo que a comunicação em geral. A comunicação enfermeiro/pessoa doente é parte integrante do processo terapêutico de relação/interação de afinidade, de conhecimento mútuo e de aceitação. De acordo com os mesmos autores, se não houver um bom relacionamento enfermeiro/pessoa doente existe o risco da diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

O prestador de cuidados e a pessoa cuidada ao comunicarem podem influenciarem-se mutuamente, neste sentido a reação da pessoa cuidada pode informar-nos sobre o significado que ela atribui à nossa mensagem, assim como só a nossa reação enquanto

prestador de cuidados pode informá-la do que nós compreendemos sobre o que ela diz ou sente (Phaneuf, 2005).

A partir da comunicação desenvolvida com a pessoa doente o enfermeiro identifica as suas necessidades, informa sobre os procedimentos a realizar ou situações que ele deseja saber, promove o relacionamento da pessoa doente com outras pessoas doentes, com a equipa multiprofissional ou com familiares assim como promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros. (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

Assim, segundo Coelho e Sequeira (2013) a comunicação é uma habilidade indispensável ao desempenho profissional, uma competência/capacidade interpessoal, e sem dúvida é o elo de ligação entre o enfermeiro e aquele que é o beneficiário dos cuidados, sendo um elemento indispensável na qualidade das relações, na identificação do processo saúde – doença e na prestação de cuidados. A comunicação poderá ser impessoal (robótica), pessoal (compreensiva) e, por conseguinte, terapêutica.

A comunicação enfermeiro – pessoa doente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa doente, criar oportunidades de aprendizagem e despertar na pessoa doente sentimentos de confiança, permitindo que se sinta satisfeita e segura (Pontes et al., 2008).

Loch, Gauer, e Casado como referido por Coelho e Sequeira (2013) salientam que a comunicação para ser terapêutica,

... deve ter como objectivo a interacção, ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa sujeito de cuidados e simultaneamente contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, considerando-se assim, um instrumento vital para uma análise criteriosa e uma tomada de decisões que conduza a um agir ético. (p.58)

Porém, a comunicação terapêutica não é uma simples troca de mensagens entre o enfermeiro e a pessoa doente, mas sim uma ação que deve ser planeada e individualizada e não ser realizada somente por impulsos e de forma intuitiva (Pontes et al., 2008). A comunicação terapêutica é um método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa doente, isto é um processo que permite reunir informações relativas ao estado de saúde da pessoa e responder com uma abordagem verbal ou não-verbal com vista ao bem-estar da mesma.

Para que o enfermeiro possa intervir de forma positiva perante a pessoa recetora dos cuidados deve ter conhecimentos relativos às bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades no que se refere ao estabelecimento de um relacionamento interpessoal pois, um relacionamento interpessoal benéfico favorece a troca de informações a partir de estratégias utilizadas e a criação de um universo propício para a identificação de problemas (Hildegard E. Peplau como referido por Pontes et al., 2008).

Segundo Stefanelli e Carvalho (2012) no que se refere à comunicação terapêutica é necessário que o enfermeiro seja flexível, eficiente e coerente, a flexibilidade traduzida pela capacidade em ajustar-se às condições esperadas e inesperadas, as mensagens enviadas devem apresentar clareza e simplicidade e a sua transmissão deve ocorrer no momento em que há disposição do recetor para ouvi-las o que transpõe eficiência, já no que se refere à coerência a mensagem tem de ser coerente com o momento que o recetor vivencia.

A comunicação terapêutica é crucial na profissão de Enfermagem (Gefael como referido por Coelho & Sequeira, 2014) porém, é importante que os enfermeiros também tenham presente que de entre as mensagens emitidas algumas são voluntárias ou intencionais e respondem às necessidades do momento, contudo, outras são involuntárias tornando desta forma difícil que toda a comunicação seja terapêutica (Phaneuf, 2005).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) no capítulo IV, n.º2 do artigo 9º “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais ...”. A comunicação terapêutica é parte integrante do papel autónomo do enfermeiro e exige pensar de uma maneira diferente (Gefael como referido por Coelho & Sequeira, 2014).

A realidade é que muitas das vezes durante o processo de hospitalização a atenção dos enfermeiros dirige-se para a doença e não para a pessoa doente, acabando assim por não existir espaço para um cuidado de proximidade que reconheça aqueles que são os medos, as angústias, preocupações, incertezas e as necessidades da pessoa doente, Neste contexto a humanização apresenta-se como uma forma de resgate do cuidado como um processo de respeito e valorização do ser humano que se efetiva através da comunicação sendo que, humanizar, significa acolher a pessoa doente em toda a sua essência e compreender a pessoa doente na sua singularidade (Morais, Costa, Fontes, & Carneiro, 2009).

A comunicação é essencial na tríade enfermeiro – pessoa doente – família/pessoa significativa porque permite “colocar em comum”, o seu sucesso traduz-se em sentimentos de segurança, confiança e conforto para a pessoa doente e para o

familiar/pessoa significativa, isto é uma boa relação com o beneficiário dos cuidados é indispensável ao enfermeiro que deseja humanizar as suas intervenções, pelo contrário a sua ineficiência dificulta o processo de humanização do cuidado (Oliveira, Oliveira, Lucchese, Alvarenga, & Brasil, 2013).

Assim, nesta relação (enfermeiro – pessoa doente – família/pessoa significativa) o enfermeiro precisa de recorrer à comunicação de forma a identificar as necessidades da pessoa doente, transmitir informações solicitadas, promover a educação em saúde e facilitar a interação com a pessoa doente, familiares e com a equipa multiprofissional para a partilha de experiências (Oliveira et al., 2013).

Na interação dialógica entre o cuidador e o ser cuidado a comunicação apresenta-se como a “mola impulsionadora” no que se refere à humanização do cuidado em Enfermagem, uma vez que possibilita à equipa identificar e compreender as necessidades da pessoa vulnerabilizada pela doença e hospitalização (Morais et al., 2009).

Segundo Riley (2004) o processo de comunicação apresenta-se como um valioso instrumento para um cuidado genuíno e humanizado, dado que auxilia na descrição e compreensão da experiência vivida pelo ser humano vulnerabilizado pelo processo de hospitalização. O enfermeiro que comunica de forma responsável é aquele que naturalmente se foca no processo de enfermagem; considera o mundo da pessoa doente e da família na prática do cuidar; assume o papel de advogado da pessoa doente; aprecia o seu papel de confidente da pessoa doente; mantém a sua admiração perante a vida humana e trata cada pessoa doente como um indivíduo; procura estar atento e cultivar a sua intuição, com uma abordagem para o conhecimento da pessoa doente.

1.2 - COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

O processo comunicacional contempla as expressões verbais (com a representatividade da linguagem no diálogo) e as não-verbais (que representam a essência da construção das relações humanas) (Cardoso, Cezar-Vaz, Bonow, & Sant’Anna, 2011), seja qual for o modo da comunicação, verbal ou não-verbal, ela está sempre presente na intervenção terapêutica e o significado está vinculado ao contexto em que ocorre (Ramos & Bortagarai, 2012).

Assim, o ser humano possui dois modos de comunicar, para expressar as suas necessidades ao mundo: a *linguagem verbal ou psicolinguística*, neste modo de

comunicação, o ser humano apropria-se da palavra tendo como finalidade expressar as suas necessidades ao mundo que o rodeia e a *linguagem não-verbal ou psicobiológica*, este modo de comunicação envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais (Stefanelli & Carvalho, 2012).

Tal como refere Phaneuf (2005) a comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo: o plano cognitivo é intelectual e informativo, relaciona-se com os factos e os acontecimentos transmitidos por meio de palavras; o plano afetivo corresponde às emoções e sentimentos da pessoa e é traduzido no comportamento não-verbal que subentende as palavras.

Segundo a mesma autora,

A comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra. É um arranjo de palavras-símbolo que dá um sentido ao que queremos exprimir (...) A linguagem é uma ferramenta magnífica. Pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. (p.82)

A linguagem é um atributo tipicamente humano. A sua dinâmica está relacionada com a natureza das ideias expressas, com a personalidade dos interlocutores e com os diversos fatores emocionais.

O enfermeiro deve ser sensível à oportunidade de iniciar determinada conversa com o beneficiário dos cuidados, muitas vezes o momento é decisivo para a receção, ou não, de determinada mensagem assim como o profissional de saúde deverá adaptar a mensagem à situação física e psicológica da pessoa doente, bem como ao contexto onde a conversa decorre (Ferreira & Dias, 2005). Tal como refere Phaneuf (2005) “Há, nos humanos, momentos de grande sensibilidade que se repercutem sobre a sua permeabilidade e a susceptibilidade em relação ao que lhes é dito. Nesses momentos, as suas interpretações são facilmente subjectivas e manchadas de emotividade.” (p.91).

O enfermeiro ao interagir com uma pessoa ou um grupo deverá exprimir-se de forma a ser compreendido e fazer aceitar o que ele pretende transmitir, desta forma a sua maneira de se exprimir deve ser: simples, de forma a que os termos utilizados sejam familiares às pessoas que escutam; clara, os conceitos utilizados deverão só ter uma interpretação; breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver; apropriado ao tempo e às circunstâncias, o enfermeiro deverá escolher o momento mais conveniente em função da hora do dia e do estado da pessoa doente de forma a recolher ou comunicar as informações necessárias; adaptável às reações da pessoa doente, o

enfermeiro deverá estar em condições de apreender qualquer oposição, qualquer incompreensão ou qualquer emoção que pode modificar o seu curso (Phaneuf, 2005).

No decorrer de uma relação de ajuda, o enfermeiro recorre a várias técnicas de comunicação verbal tais como, a reprodução, a reformulação de sentimentos, a elucidação, a síntese, o levantamento de questões, o feedback, a revelação de si, o parecer, a informação e a confrontação (Ferreira & Dias, 2005).

A reprodução, permite no decorrer de uma relação de ajuda, parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspeto da comunicação, tendo como finalidade facilitar o contacto com as vivências da pessoa doente, de o encorajar na sua exploração assim como objetivar o conteúdo comunicado;

A reformulação, facilita o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções;

A elucidação, ajuda a pessoa doente a perceber a situação no seu conjunto tendo o enfermeiro o papel de ajudá-lo a refletir sobre a parcela ignorada por ele mesmo;

A síntese, a pessoa doente encontra-se frequentemente confusa com tudo o que está a passar com ela, desta forma, o enfermeiro deverá fazer sínteses;

O levantamento de questões, no decurso de uma relação de ajuda é possível recorrer a uma ou outra questão de forma a encorajar a pessoa doente a prosseguir na conversa;

O feedback é uma técnica de comunicação, que permite a uma pessoa compreender como ela é entendida pelos outros e comparar essa perceção com a que ela tem de si mesma;

A revelação de si, no decorrer de todo o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente a simplicidade é fundamental e passa pela utilização de palavras de fácil compreensão, de forma a que o recetor perceba a mensagem na integra, sendo o enfermeiro uma pessoa, o decurso de uma relação de ajuda pode ser “invadida” por pensamentos, emoções e necessidades que podem influenciar a qualidade da relação, a fadiga física, uma dor, uma preocupação pessoal pode influenciar o envolvimento do enfermeiro na situação da pessoa doente (Ferreira & Dias, 2005).

A comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde é produzida, constituindo assim um sistema comunicacional único. As pessoas ao interagirem entre si, a comunicação entre elas não passa só pelas palavras, mas também pelas mensagens não verbais que as acompanham, podendo estas por si só representarem um ato de comunicação particularmente eficaz (Pereira, 2008).

No processo comunicativo, as trocas verbais são naturalmente importantes, contudo, estas representam uma pequena parte no estabelecimento de uma boa comunicação, dado que é estimado que apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais (Stuart & Laraia como referido por Coelho & Sequeira, 2014). “A comunicação não-verbal, enquanto linguagem corporal, destituída de palavras, mas cheia de expressão e significados.” (Moraes et al., 2009, p. 326).

Como refere Phaneuf (2005) “A comunicação não-verbal é uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado.” (p.68).

Através da comunicação não-verbal é possível perceber as dificuldades na verbalização, a insatisfação do utente face ao cuidado que recebe, uma vez que neste tipo de comunicação observa-se um processo de exteriorização do ser psicológico (Silva como referido por Moraes et al., 2009).

O enfermeiro ao dominar as habilidades da comunicação deve considerar os meios de comunicação não-verbal, pois esta assume grande importância na interação uma vez que, transmite atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal e funciona como substituto da linguagem se o discurso for impossível (Ferreira & Dias, 2005).

A Comunicação e a relação de ajuda não se limitam a um conjunto de atitudes a privilegiar e técnicas a aplicar, estas devem estar repletas de valores humanistas manifestados pela qualidade da presença, pelo respeito e pela autenticidade do enfermeiro. Assim tem-se como comportamentos que prejudicam a comunicação ou a favorecem: a postura e as atitudes corporais; os gestos; a distância ou proxémica; o contacto visual; a expressão facial; a voz; a respiração; o silêncio; a aparência geral; o toque (Phaneuf, 2005). Abordamos seguidamente algumas formas de contacto ligadas à comunicação não-verbal que podem ser utilizadas para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos (Ramos & Bortagarai, 2012).

A Postura e as atitudes corporais

No processo de interação, “Comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito” (Phaneuf, 2005, p.35).

De acordo com Pereira (2008),

A postura é um sinal muitas vezes involuntário, mas que pode participar no processo de comunicação e revelar atitudes interpessoais: a hostilidade, a amistosidade e a superioridade (porte direito, cabeça levantada para trás, mãos nas ancas) ou a inferioridade. Pode ainda revelar o estado emocional (sobretudo de tensão ou descontração, de agrado, de desagrado), a confiança que a pessoa tem em si própria ou a imagem de si. (p.65)

O facto de o enfermeiro virar a cara e o corpo na direção da pessoa doente é sinal de interesse. Ao adotarmos uma postura inclinada para a pessoa à qual nos dirigimos mostra-lhe, que por um momento, a pessoa doente se torna o centro das nossas preocupações assim, nas nossas relações humanas, a inclinação para o outro é uma marca de interesse e de procura de intimidade (Phaneuf, 2005).

Os gestos

Os gestos na comunicação humana funcionam como auxiliares da linguagem verbal ou até mesmo como seus substitutos (Pereira, 2008). Tal como refere Phaneuf (2005) os nossos gestos e os nossos comportamentos enquanto prestadores de cuidados traduzem o nosso estado interior, ao falarmos de gestos não podemos deixar de mencionar o gesto de cuidar, a mão que toca no corpo, que realiza o tratamento, que alivia o sofrimento, não pode, da mesma forma que a palavra, manter-se impessoal e puramente técnica, há formas de fazer estes gestos que, pela sua delicadeza e doçura, os tornam mais humanos e comunicam à pessoa doente o nosso interesse e em determinados casos a nossa compaixão.

A distância ou proxémica

Segundo Ferreira e Dias (2005) o enfermeiro ao cuidar deve ter presente três dimensões fundamentais: o tempo de contacto, as posições físicas assumidas e a distância utilizada durante a relação.

Nas nossas trocas humanas o intervalo que estabelecemos entre nós para comunicar é diferente de acordo com o carácter de intimidade da relação. Uma distância maior corresponde às comunicações de negócios/sociais e uma distância mais reduzida às nossas relações próximas, entre estes dois tipos de relação existe um espaço para as nossas relações com as pessoas doentes, de maneira a criar com as pessoas cuidadas uma certa intimidade ao mesmo tempo que se evita os comportamentos de fusão,

respeitando o seu espaço pessoal e não nos tornando demasiado invasivos (Phaneuf, 2005). Segundo Pereira (2008), sendo a distância interpessoal também considerada como um indicador da relação entre as pessoas, existem características que diferenciam a distância dos contatos íntimos (até um metro), da pessoal (1 metro a 2,50 metros), da social (2,50 metros a 3,60 metros) e da pública (3,60 metros em diante).

“A utilização de grandes distâncias pelos enfermeiros é uma forma de afastamento do utilizador dos cuidados de saúde, levando a uma relação superficial em que não há intimidade.” (Ferreira & Dias, 2005, p. 88).

O contacto visual

O olhar e o comportamento visual representam assim um elemento essencial nas relações interpessoais, pela sua evidência e pela sua capacidade de estimular a comunicação e envolver o interlocutor (Pereira, 2008). Desta forma o olhar é outra habilidade que o enfermeiro deve saber utilizar ao cuidar, o olhar atento faz com que o beneficiário dos cuidados sinta que é importante para o enfermeiro (Ferreira & Dias, 2005). Tal como refere Phaneuf (2005) os olhos são os espelhos da alma e é nos olhos do outro que, durante uma conversa, detetamos a sua abertura, o seu interesse ou a sua distração, o olhar franco e direto do enfermeiro acusa uma comunicação honesta e autêntica assim como traduz a sua consideração pelo beneficiário dos cuidados e o seu interesse em estar ali com ele.

A expressão facial

Segundo Phaneuf (2005):

A face humana é móvel e carregada de expressão. Transmite as nossas reacções ao que vemos, ouvimos, percebemos interiormente. As palavras de uma pessoa têm sempre um impacto sobre o interlocutor que as recebe; o seu inconsciente interpreta-as de uma maneira positiva ou negativa segundo as circunstâncias e o “terreno” emotivo prévio. (p.37)

De acordo com a mesma autora num processo de comunicação enfermeiro-pessoa doente é fundamental que a expressão facial da enfermeira vá ao encontro do estado emotivo da pessoa a quem se dirige.

A voz

“A voz, tal como um instrumento subtil, vibra com a emoção; está em ligação com o que sentimos. Ela pode demonstrar troça e revelar mesmo o não dito.” (Phaneuf, 2005, p.39)

Existe uma relação muito estreita entre as manifestações paralinguísticas e o estado emocional do locutor por exemplo, falar depressa e em tom mais elevado pode significar ansiedade, já falar baixo e devagar está mais associado a uma pessoa deprimida, o tom de voz também pode permitir avaliar um comportamento com positivo ou negativo, por exemplo, a ira pode ser comunicada através do aumento da intensidade da voz (Pereira, 2008).

Tal como refere Phaneuf (2005) o tom de voz assume relevante importância sendo que, demasiado agudo é sinal de tensão, demasiado duro afasta e uma voz com um tom choroso torna-se rapidamente irritante. Assim, o tom seguro da voz é uma das características da autoconfiança e da autoafirmação, estas atitudes essenciais ao enfermeiro na sua relação com as pessoas doentes. O ritmo da palavra também é relevante, um ritmo demasiado rápido expõe o nervosismo ou pode ser indicativo para a pessoa doente de que o enfermeiro não tem tempo para se ocupar dela.

A respiração

No que se refere à respiração esta serve de suporte à voz e está sujeita aos impulsos da emotividade, tal como refere Phaneuf (2005):

... a respiração da enfermeira serve para o reconhecimento da outra pessoa, contribui para a pôr à vontade, para pôr-se em fase com ela a fim de criar uma “afinação”, de lhe fazer ver a prestadora de ajuda como um ser humano semelhante a ela, capaz de a compreender e de a ajudar. (pp.40-41)

O Silêncio

Um momento de pausa no diálogo, não é apenas uma passagem em branco não produtiva, mas pode tornar-se numa estratégia de comunicação. Permite manifestar respeito pela pessoa assim como favorece nela a introspeção, a reflexão, o contacto com as suas emoções (Phaneuf, 2005).

O silêncio permite ao enfermeiro observar com mais atenção as expressões da pessoa doente assim como permite que o enfermeiro e a pessoa doente organizem os pensamentos desta forma, respeitar o silêncio pode facilitar a comunicação e demonstrar interesse e respeito pela pessoa (Ferreira & Dias, 2005).

A aparência geral

A aparência geral e a forma de vestir do enfermeiro também transmitem mensagens às pessoas com quem contacta. A utilização de uniforme, a simplicidade e uma apresentação pessoal impecável devem ser procuradas pelo enfermeiro, uma vez que representam uma marca de respeito por si e pelos outros (Phaneuf, 2005).

O toque

“A pele é o órgão mais extenso do nosso corpo. Qualquer experiência tátil ou de proximidade determina a sua representação a nível cerebral, enquanto experiência total mútua e única.” (Roxo, 2008, p.80).

O toque consiste numa forma de comunicação não-verbal que é essencial durante a vida do ser humano, uma vez que através dele podemos transmitir carinho, confiança e estímulo, podendo significar para a pessoa doente a sua valorização enquanto pessoa, assim quando o silêncio se impõe, o toque é fundamental para comunicarmos com os que cuidamos, demonstrarmos que essa pessoa é importante e que nos preocupamos com ela e não apenas com a sua doença (Saraiva & Martinho, 2011).

O Toque é um tipo de contato repleto de calor humano que é muitas das vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação (Benner, 2001), assim como permite ao enfermeiro mostrar interesse pela pessoa e compreensão pelo que está a vivenciar e quando a mão do enfermeiro se estende para a pessoa doente de forma a manifestar a sua compreensão, as palavras tornam-se, por vezes, inúteis (Phaneuf, 2005).

O toque é um instrumento que assume relevante importância na comunicação não-verbal. O toque, tal como referem Ferreira e Dias (2005):

Pode comunicar carinho, bem-estar e facilitar a aceitação da doença e a recuperação da saúde ajudando a estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha. (...) o toque não é simplesmente um contacto pele com pele, uma vez que envolve a completa comunicação e interacção recíproca da globalidade das pessoas utilizador dos cuidados/enfermeiro, como dois sistemas abertos. (p.85)

Segundo os mesmos autores, o toque é uma poderosa forma de comunicar, que se deve revestir de espontaneidade, intuição e de conhecimento, de forma a o enfermeiro seleccionar o momento em que o mesmo deve acontecer. Este tipo de comunicação também permite ao enfermeiro identificar algumas alterações físicas da pessoa doente que podem representar importantes indicadores da situação de saúde do beneficiário

dos cuidados (coloração da pele e a sua humidade, as mãos a tremer, gestos...) e desta forma direccionar os cuidados a serem prestados.

Após a abordagem da comunicação verbal e não-verbal podemos referir que as duas se complementam no decorrer do processo de comunicação, sendo fundamental que haja concordância perante as duas formas de comunicação uma vez que se não existir pode dificultar o estabelecer da relação terapêutica. De acordo com Phaneuf (2005), importa ter presente que,

o que provém do não verbal é retido melhor do que as palavras (...). É preciso não esquecer que as mensagens silenciosas do olhar, da expressão facial ou da postura são, em grande parte, inconscientes, e podem trair, contra a nossa vontade, os nossos verdadeiros sentimentos. (p.92)

1.3 - COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE

Cuidar constitui a base da profissão de enfermagem pois, o cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro/pessoa doente (Riley, 2004). É fundamental o desenvolvimento de competências comunicacionais para o exercício da Enfermagem pois, tal como Ferreira e Dias (2005) realçam,

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

Direccionando-nos para a definição conceptual de competência, verificamos que a competência é a capacidade de realizar uma função, ou uma tarefa, de acordo com critérios de desempenho estabelecidos, está assim associada à pessoa ou ao cargo profissional e existe quando uma pessoa diz apresentá-la e o outro reconhece que a possui efetivamente (Ferreira & Dias, 2005).

Para a sua prática profissional o enfermeiro deve apresentar um conjunto de habilidades cognitivas, intuitivas e afetivas que se desenvolvem com o exercício profissional e com os desafios colocados pela experiência do quotidiano (Phaneuf, 2005) o que nos remete para a abordagem realizada por Benner (2001) que reflete a aquisição e desenvolvimento de competências defendendo que o caminho que o enfermeiro deve percorrer para que seja competente na prestação de cuidados passa por cinco estados.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº124/2011) uma das competências específicas do enfermeiro passa por gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8657).

Na área de enfermagem, existem alguns princípios que são considerados essenciais para que o enfermeiro adquira competências em comunicação humana e terapêutica, assim tal como referem Stefanelli e Carvalho (2012), a comunicação é por um lado o eixo integrador entre assistência, ensino e pesquisa em enfermagem assim como permite ao enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte, de forma integrada, por outro lado é fundamental na educação em saúde e por conseguinte essencial à saúde da pessoa.

O enfermeiro deverá ser capaz de comunicar eficazmente com a pessoa doente qualquer que seja a sua limitação da comunicação, desta forma é fundamental o mobilizar de conhecimentos, habilidades e estratégias comunicacionais (Ferreira & Dias, 2005).

Segundo Phaneuf (2005) a competência em comunicação encontra-se relacionada com o comportamento profissional do enfermeiro e a mesma autora expõe o quão é importante a competência em comunicar referindo nomeadamente que estratégias de comunicação deficientes contribuem para que ocorram falhas na transmissão de informação às pessoas doentes, o que é preocupante quando o ensino representa um elemento importante no processo de recuperação ou da adaptação à doença; uma insuficiente sensibilidade e compaixão do enfermeiro pode estar ligada à sua incapacidade em ler o comportamento não-verbal da pessoa doente; a insatisfação, tanto da pessoa doente como da sua família face aos cuidados prestados nasce frequentemente de mal-entendidos, da ausência de empatia do prestador de cuidados, da sua atitude insensível, desumana e dominadora.

Assim, no contexto do cuidar da pessoa em situação crítica, a forma como o processo de comunicação decorre entre o enfermeiro e a pessoa doente representa um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados. A comunicação é cada vez mais, uma componente a valorizar na prática de enfermagem pois, de acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, são considerados como elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica nomeadamente,

a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica;

a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4)

Para o enfermeiro que deseja humanizar as suas intervenções é crucial uma boa relação com a pessoa doente (Oliveira et al., 2013). Desta forma é fundamental que o enfermeiro invista no desenvolvimento de competências comunicacionais pois tal como refere Stefanelli e Carvalho (2012) “a competência em comunicação faz-se cada vez mais necessária – somente assim é possível continuar oferecendo cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e digno do ser humano” (p.5).

O desenvolvimento de competências comunicacionais é crucial, pois de acordo com o Código Deontológico, Artigo 89.º, o enfermeiro enquanto responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 143).

2 - A COMPLEXIDADE DO CUIDAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As unidades de cuidados críticos tiveram origem na necessidade de concentrar pessoal especialmente formado e equipamento próprio numa área separada do hospital, de forma a otimizar os cuidados às pessoas em situação crítica e a pessoas doentes traumatizadas. Esta ideia de reunir as pessoas doentes para os tratar já provém de Florence Nightingale sendo que a mesma referiu que “Não é invulgar existir em pequenos hospitais municipais, um recanto ou um pequeno quarto, perto do bloco operatório, no qual os doentes permanecem até terem recuperado totalmente ou, pelo menos, terem recuperado dos efeitos imediatos da intervenção cirúrgica.” (Florence Nightingale como referido por Smith-Blair, 2010, p.195).

Assim sendo, segundo Almeida e Ribeiro (2008),

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. (p.80)

As UCI's têm como finalidade dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis, em situação crítica, com um elevado risco de vida e com condições clínicas que se podem alterar constantemente. A manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva com o recurso a tecnologia sofisticada, gerando stress e ansiedade que são partilhados por profissionais de saúde, pessoa doente e família/pessoa significativa (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011).

Os serviços/UCI's são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais de forma a proporcionar oportunidades para uma vida futura (Portugal, 2003).

É diversa a terminologia que tem sido utilizada para se caracterizar o nível de assistência médica que pode ser colocada ao serviço da pessoa em situação crítica. A classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva como referido por Portugal (2003) é feita segundo as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar, sendo três os níveis de classificação:

- **Nível I:** visam basicamente a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e articulação com unidades de nível superior;
- **Nível II:** têm a capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas, pelo que só pode garantir a articulação com unidades de nível superior;
- **Nível III:** correspondem aos denominados serviços de medicina intensiva/UCI's que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas, pressupondo a possibilidade de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e devem também dispor/implementar medidas de controlo contínuo de qualidade assim como ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

De acordo com o mesmo autor, as UCI's são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, como tal é um serviço polivalente que exige interdisciplinaridade.

Neste contexto o enfermeiro assume um importante papel na equipa interdisciplinar, através de uma observação atenta do estado da pessoa doente sempre sujeita a alteração, o enfermeiro monitoriza o complexo regime de tratamento, identifica precocemente problemas, inicia terapêuticas adequadas e intervém de forma a prevenir/corrigir situações que ameaçam a vida (Smith-Blair, 2010).

Segundo Portugal (2003) as UCI's também se definem e reconhecem-se em função de três critérios *majores*:

- *A prática:* assenta num contínuo de ações e procedimentos – humanos e instrumentais, de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento que são assegurados em função das necessidades da pessoa doente, 24 horas por dia;
- *A avaliação:* faz-se de harmonia com a função atribuída a cada UCI. A natureza das pessoas doentes admitidas, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperar as funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para atender às necessidades decorre da missão atribuída a cada UCI. A análise destas variáveis realizada de acordo com os objetivos permite definir os recursos necessários para cada UCI bem como avaliar o seu desempenho;
- *A investigação:* a monitorização contínua de cada um e do conjunto das pessoas doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação dos resultados permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência,

sistematizar e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

No que se refere ao ambiente físico, frequentemente a estrutura física corresponde a um círculo incompleto de forma a permitir a visualização direta de todas as pessoas doentes e a todo o momento. As pessoas doentes podem ser dispostas em pequenos quartos individuais com janelas de vidro ou num grande espaço aberto com cortinas a servirem de divisória. A disposição da pessoa doente de forma a permitir a sua visualização direta acarreta algumas desvantagens tais como, a privacidade limitada e a exposição da pessoa doente a frequentes intervenções em situações de crise. Desta forma, os custos para a pessoa doente em termos de sobrecarga sensorial e de perda e controlo podem ser significativos (Smith-Blair, 2010).

As UCI's tal como referem Almeida e Ribeiro (2008),

... Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar. (p.80)

Porém, Smith-Blair (2010) apresenta alguns dos fatores de stress para os profissionais no ambiente de cuidados intensivos, que são: o equipamento complexo; a área de trabalho fechada e sobrepovoada; o contacto constante com pessoas gravemente doentes ou moribundas; a vigilância continua de múltiplas pessoas doentes; a comunicação limitada com muitas pessoas doentes devido à entubação ou alteração do estado de consciência; a exposição a doenças infecciosas, entre outros. Desta forma e de acordo com o mesmo autor os enfermeiros dos cuidados intensivos para além de procurarem compreender a forma como os fatores de stress afetam a pessoa doente e a família, devem também salvaguardar a sua própria saúde física e psicológica, através do reconhecimento e diminuição dos seus níveis de stress.

Tendo em conta a complexidade das pessoas doentes nas UCI's o cuidado tende a ser dirigido para os aspetos físicos/orgânicos/biológicos, tais como o controlo das funções vitais, desta forma é dado ênfase à utilização das avançadas tecnologias e à aplicação do conhecimento técnico-científico, com vista à manutenção da vida. Consequentemente a atenção dos profissionais foca-se nos procedimentos técnicos e ignora-se, muitas vezes, os sentimentos das pessoas que vivenciam a hospitalização (Baggio, Pomatti, Bottinelli, & Erdmann, 2010).

Porém, é fundamental na prática do cuidar numa UCI a adoção de referenciais que concebam a saúde e a doença como algo que ultrapassa a dimensão biológica, que vai além do órgão afetado para se cuidar da pessoa doente como um todo. O principal objetivo é prestar um cuidado humanizado, contextualizado e integral (Backes, Erdmann, Buscher, & Backes, 2012).

2.1 - A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As UCI's tal como referido anteriormente ocupam uma área do hospital destinada ao atendimento de pessoas em situação crítica. Entende-se por pessoa em situação crítica "... aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento n. °124/211, p.8656).

Segundo Lemos e Rossi (2002) a pessoa doente hospitalizada numa UCI sofre um processo de "separação do mundo", com mudanças significativas nos hábitos de vida, nomeadamente, de higiene, de alimentação, de eliminação, de sono e repouso, de afeto, de convivência familiar e nos aspetos relacionados com a interação social.

No contexto de uma UCI a pessoa doente vê-se confrontada, com formas avançadas de terapêuticas médicas e de enfermagem e a sua atenção tende a focar-se no ambiente confuso e assustador, nos alarmes luminosos e sonoros, nos procedimentos dolorosos e hiperatividade sendo inúmeros os fatores geradores de stress na pessoa doente e família (Smith-Blair, 2010). Assim os doentes internados numa UCI podem desenvolver ansiedade, devido a fatores como a ameaça do desamparo, perda de controlo, sensação de perda de função e de autoestima, isolamento e medo da morte (Lemos & Rossi, 2002).

O aparato tecnológico que rodeia a pessoa doente, o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos "habituais", os múltiplos cuidados e tratamentos de que é alvo e até mesmo a própria relação com os profissionais pode representar um fator de stress para a pessoa doente (Almeida & Ribeiro, 2008). Smith-Blair (2010) refere também alguns dos fatores de stress na pessoa doente no ambiente de cuidados intensivos são eles: o ambiente desconhecido; os níveis de ruído; a privação/sobrecarga sensoriais; a interrupção dos ciclos de sono-vigília; a falta de privacidade; a falta de informações ou de compreensão quanto ao prognóstico, plano de cuidados, procedimentos; a comunicação comprometida

relacionada com a entubação; a observação de intervenções na crise de outras pessoas doentes; o medo da morte; a dor entre outros.

Contudo, existem alguns fatores de stress na pessoa doente no ambiente dos cuidados intensivos para os quais existem alternativas e os profissionais podem intervir diminuindo a intensidade da luz e do ruído no período noturno, restringir os procedimentos terapêuticos ao indispensável, podem alterar os alarmes dos monitores adequando os limites aos parâmetros de cada pessoa doente. No que se refere à comunicação comprometida relacionada com a entubação é possível os profissionais intervirem encontrando formas alternativas à comunicação oral (por exemplo, combinar gestos e sons com a pessoa doente, usar figuras com imagens ou frases “tipo”) (Almeida & Ribeiro, 2008).

De acordo com os mesmos autores, importa também ter presente que os profissionais de saúde não se devem limitar a transmitir informações sobre os procedimentos a realizar, mas também devem incluir informações sobre o que lhe aconteceu, o seu estado e evoluções, orientá-lo no tempo e no espaço, e transmitir essas informações mesmo às pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva ou que aparentemente não comuniquem.

Este ambiente de hospitalização, leva a um emergir de dúvidas e receios pela pessoa doente torna-se assim fundamental um conjunto de competências, que permitam aos profissionais interpretar todo o tipo de mensagens que a pessoa doente procura transmitir, minimizar todas as dificuldades de comunicação que podem decorrer de fatores de ordem física, psicológica, sócio-cultural ou ambiental. Cintra et al como referido por Saraiva e Martinho (2011) apontam como possíveis barreiras que podem comprometer a comunicação com a pessoa em situação crítica: atitude corporal; ideias pré-concebidas; percepções e interpretações; graus de escolaridade; significados pessoais; motivação e interesse; ausência de habilidade de comunicação; emoções e estado de ânimo; clima organizacional; idioma; traqueostomia; entubação; sedação e alteração do estado de consciência. Segundo estes autores os elementos para uma boa comunicação são, a humildade, a paciência, a transparência, a segurança e boa didática, elementos estes a ter-se presentes na prática cuidativa uma vez que em qualquer UCI o objetivo dos profissionais de enfermagem é proporcionar práticas clínicas continuas e de elevada qualidade à pessoa em situação crítica.

2.1.1 – A família da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos

Com a hospitalização a pessoa doente enfrenta um novo ambiente, rodeado de pessoas que lhe são desconhecidas neste sentido, sendo a pessoa doente o foco dos cuidados, os enfermeiros devem promover o seu bem-estar e minimizar o desconforto desencadeado pela hospitalização assim, a promoção do momento da visita e da interação da família/pessoas significativas com a pessoa doente irá influenciar a aceitação da doença e ao mesmo tempo para um bem-estar emocional que irá contribuir para a melhoria da saúde do seu familiar doente.

As UCI's são locais em que se lida com situações de alto risco e de vida, onde as pessoas doentes são tratadas com a mais variada tecnologia sofisticada, noutros tempos estes serviços eram “vedados” à família, a atenção centrava-se nos cuidados, na tecnologia e perdia-se a vertente humana e emocional que tanto influencia a reação e o prognóstico da pessoa doente, a voz, o tato, a carícia de um familiar é diferente de um profissional de saúde e a pessoa doente reage de forma diferente exatamente porque lhe é familiar (Fontes & Ferreira, 2009).

Tal como refere Stanhope (1999),

a **família** é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação continua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações (p.493).

A pessoa doente é uma “célula fundamental” da família e a ligação pessoa doente/família é fundamental para a recuperação da pessoa doente (Fontes & Ferreira, 2009). Tal como referem Thelan, Davie, Urden, e Lough, (1996) a pessoa doente ultrapassa de melhor forma os momentos críticos da sua doença com a sua família uma vez que, esta partilha consigo um passado e uma crença num futuro comum e compreende a sua experiência mesmo que pouco ou nada lhe seja dito. Ao mesmo tempo a pessoa doente tranquiliza-se ao saber que não está sozinho e que alguém se preocupa com aquilo que está a vivenciar.

Aquando da hospitalização uma das formas de expressão das redes sociais de apoio é a visita sendo o período da visita fundamental para que a pessoa doente se reencontre consigo própria e se sinta como parte integrante de uma família/sociedade. As visitas ajudam a suportar a hospitalização assim como o sofrimento causado pela doença e pelos tratamentos (Sousa & Andrade, 2000).

“As visitas são pois um dos recursos mais importantes para responder ao aumento das necessidades de trocas afectivas sentidas pelas pessoas doentes hospitalizadas” (Sousa & Andrade, 2000, p.41). Visitar pode ser considerada uma atividade de “promoção de saúde”, encarada pelos cuidados orientados como tipicamente positivo (Enelow como referido por Martins, 2004).

O enfermeiro ao exercer a sua prática profissional numa UCI visa prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades do seu beneficiário de cuidados em que estende ao apoio, conforto e informações aos familiares da pessoa doente (Fontes & Ferreira, 2009). Pois, “Humanizar as UCI’s significa cuidar do paciente como um todo, englobando também o contexto familiar e social” (Fontes & Ferreira, 2009, p.36).

Com a hospitalização os familiares sentem-se perdidos, desprotegidos e envolvidos num ambiente que lhes é desconhecido (Martins, 2000), a doença e o internamento numa UCI são situações que conduzem a que a família vivencie sentimentos de incerteza no que refere ao presente e ao futuro do seu familiar. De acordo com o mesmo autor os familiares requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde para lidarem da melhor forma com a situação/problema.

Uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, a pessoa doente e os seus familiares numa UCI é um dos principais fatores que interfere com a satisfação de todos aqueles que estão envolvidos no processo de cuidar. Todo o aparato que envolve a pessoa doente numa UCI, desde tubos, máquinas, alarmes entre outros são “ameaçadores” para a família, desta forma a mesma precisa de se sentir apoiada e esclarecer as suas dúvidas, é assim importante que os enfermeiros estejam presentes no decorrer da visita de forma a explicarem os cuidados do dia e esclarecerem as dúvidas da família (Fontes & Ferreira, 2009).

No contexto de uma UCI a comunicação do enfermeiro com a família pode diminuir a ansiedade e o sofrimento da mesma, o enfermeiro deverá ser empático e disponível, saber dar resposta às necessidades da família e integrá-la no processo de cuidar.

3 - O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

A comunicação entre a pessoa doente e o enfermeiro torna-se tanto mais difícil quanto mais instável se encontra a pessoa. Na opinião de Sá e Machado (2006) a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e com a presença de tubo endotraqueal em contexto hospitalar encontra-se diminuída nas suas capacidades comunicacionais.

A pessoa doente entubada endotraquealmente tem uma alteração da comunicação verbal relacionada com a presença de prótese ventilatória pois, quando o tubo endotraqueal é introduzido fica posicionado ao nível das cordas vocais, impedindo o ar de passar, o que não permite a formação de sons que são produzidos pela vibração das cordas vocais. De acordo com Thelan et al. (1996) a pessoa doente fica então privada de comunicar oralmente, uma vez que, as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções.

Uma vez que perante a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva uma das necessidades básicas que se encontra afetada é a comunicação, importa ter presente que todos os profissionais da equipa multidisciplinar devem tentar decodificar a linguagem não-verbal expressa pelas pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva (Moreira et al., 2000).

Assim, a comunicação com as pessoas mecanicamente ventiladas acarreta dificuldades à maioria dos enfermeiros, uma vez que é necessário dar importância à comunicação não-verbal. Neste contexto, os enfermeiros tendem a refugiarem-se em todo o aparato técnico e nos conhecimentos técnico-científicos exigidos, e colocam em segundo plano a comunicação (Silva, Martinho, Ferreira, Serralheiro, & Paciência, 2006).

Perante a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva a sedação é importante para que exista sincronia entre a pessoa doente e o ventilador. De igual modo, a necessidade de a pessoa doente ser sedada, pela sua própria condição de saúde e também para promover a adaptação ao ventilador, altera o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, restringindo ainda mais as formas de comunicar (Alves, 2012).

As pessoas com necessidade de ventilação mecânica prolongada necessitam de um treino progressivo da respiração espontânea que se designa por desmame, sinónimo de processo de libertação do ventilador (Moreira et al., 2000). O desmame ventilatório

até à respiração individualizada, deve ser individualizado, sendo este um período crítico para a pessoa doente, tanto a nível fisiológico como psicológico (Nozawa & Silva, 2006), pois “o desmame ventilatório consiste em separar o doente, de uma modalidade de tratamento respiratório da qual ele se tornou dependente.” (Marcelino, 2008, p.81).

Tal como referem Moreira et al. (2000) de forma a que a técnica de desmame se concretize com sucesso é importante perante a pessoa doente: esclarecer as suas dúvidas, medos e ansiedade; orientá-lo no tempo e no espaço; promover levantes; reforçar a sua auto-confiança; favorecer a presença das pessoas que lhe são significativas para além das horas pré-estabelecidas (reduzindo a ansiedade e os medos da pessoa doente).

Os mesmos autores classificam as causas que perturbam a comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em:

- *Causas psicológicas*: surgem devido ao sofrimento e à sensação eminente de morte e à relegação da pessoa doente para segundo plano em favorecimento dos aspetos técnicos;
- *Causas sociais*: a despersonalização da pessoa doente na UCI, afastado das pessoas que lhe são significativas, rodeado pelo aparato tecnológico e linguagem técnica que não entende, aqueles que são os seus medos e incertezas agravam-se, afetando cada vez mais a comunicação;
- *Causas químicas*: o recurso a determinados fármacos, tais como hipnóticos e sedativos, que reduzem o nível de consciência do indivíduo e a sua capacidade de reagir, representando uma barreira à comunicação;
- *Causas ambientais*: a existência de ruídos anormais, produzido pelo equipamento técnico e pelo barulho das vozes, bem como a presença constante de luzes que conduz à perda de noção dia/noite, perturbando e limitando a comunicação;
- *Causas orgânicas*: referentes a processos de ventilação mecânica, traqueostomia, entre outros, que bloqueiam a capacidade comunicativa do doente.

Estes aspetos comprometem o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente dado que pela impossibilidade de comunicar verbalmente a pessoa doente não consegue expressar os seus sentimentos e emoções (Sá & Machado, 2006). Neste contexto, o enfermeiro deverá ser capaz de otimizar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com as pessoas doentes e assim diminuir o stress e a ansiedade dos mesmos proporcionando-lhes a possibilidade de manter a comunicação com o

exterior, de exprimir as suas emoções, sentimentos, opiniões e necessidades (Henriques, Silva, & Ferreira, 2011).

Segundo Simões (2011) o relacionamento enfermeiro/pessoa doente tem de se integrar num processo terapêutico de interação onde a afinidade, a compreensão, o conhecimento mútuo e a aceitação são fundamentais.

No que diz respeito à comunicação com a pessoa doente ventilada importa referir que as expressões faciais, a linguagem gestual e escrita, a visualização e as técnicas de comunicação verbal assumem um importante papel.

- Expressões faciais

O primeiro encontro entre o enfermeiro, a pessoa doente e a família será determinante para o sucesso de futuras intervenções (Saraiva & Martinho, 2011). Assim, segundo Silva et al. (2006) o enfermeiro que surge perante a pessoa doente com um sorriso no rosto, que olha para a pessoa doente enquanto fala, que lhe aperta a mão, que a trata pelo seu nome, tendo tido o cuidado de se apresentar, estará a desenvolver uma comunicação eficaz e assertiva. Por sua vez, a pessoa doente sente que pode confiar nos cuidados prestados pelo Enfermeiro e respeita-o.

Na comunicação/interação com a pessoa doente ventilada é fundamental que os enfermeiros estejam atentos e disponíveis para explicar à pessoa doente a necessidade deste equipamento adequado ao seu estado de saúde. Assim como para lhe transmitirem informações sobre os procedimentos que realizam, informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-la no tempo, o seu estado atual de saúde e os pequenos progressos (Briga, 2010).

- Linguagem gestual

As relações sociais dependem muito das ações, posições, movimentos e expressões dos corpos falantes (Silva et al., 2006). Perante a pessoa doente submetida a ventilação mecânica invasiva Saraiva e Martinho (2011) referem que a linguagem assume relevante importância uma vez que a pessoa doente está privada da fala resta-lhe tentar gesticular para ser compreendida para evitar frustrações, tanto para a pessoa doente que pretende expressar as suas necessidades como para o Enfermeiro que o tenta compreender e satisfazer as suas solicitações.

- Linguagem escrita

A pessoa doente ventilada perde a possibilidade de falar assim, a escrita é uma forma de comunicação à qual se pode recorrer, desde que não existam limitações da pessoa doente como diminuição acentuada da acuidade visual e da mobilidade dos membros

superiores (Saraiva & Martinho, 2011). Para Silva et al. (2006) o enfermeiro deve providenciar material que permita à pessoa doente exprimir-se, como por exemplo uma simples folha de papel sobre uma superfície dura e um marcador e ao mesmo tempo proporcionar ao doente um ambiente calmo e tranquilo, livre de outras intervenções que possam dispensar a atenção, isto porque a sua capacidade racional pode estar diminuída devido à sua situação de doença e aos fármacos utilizados.

- Visualização

Ainda neste âmbito, saliente-se a utilização de cartões com gravuras relativas às várias atividades que a pessoa doente pode querer satisfazer. A visualização enquanto técnica tem como vantagens a pessoa doente poder indicar a imagem que representa a sua necessidade, por outro lado pode ser utilizada com pessoas doentes que não falam a mesma língua, ou que não sabem ler nem escrever. Como desvantagens salientam-se as dificuldades para as pessoas que não conseguem utilizar as mãos e a dificuldade na expressão de sentimentos (Silva et al., 2006). Com alternativa pode elaborar-se uma lista de frases que incluam as manifestações mais frequentes da pessoa doente, de forma a que a pessoa doente selecione o que pretende transmitir.

- Técnicas de comunicação verbal

Segundo Rosário (2009) tem-se como mais importantes técnicas de comunicação verbal o devolver, o clarificar e o reformular de forma a ajudar no esclarecimento da mensagem.

O enfermeiro pode usar a técnica do devolver de forma a transmitir à pessoa doente que entendeu a sua mensagem. Do mesmo modo para compreender a mensagem ou o verdadeiro sentido da mesma, o enfermeiro necessita de pedir mais pistas à pessoa doente. Assim, após o enfermeiro ter interpretado a mensagem, deve repetir para a pessoa doente o que acha que esta lhe quis dizer, técnica de reformular.

Alves (2012) realizou um estudo de investigação com o principal objetivo de compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva. Analisando os resultados verificou-se que a comunicação enfermeiro-pessoa doente pode ser estabelecida através de mensagens verbais e/ou mensagens não verbais.

No referido estudo a comunicação enfermeiro/doente efetivou-se através da expressão facial, contacto visual, toque, postura corporal, palavra falada e aspetos paralinguísticos, por sua vez a pessoa doente também comunica com a equipa de saúde através da expressão facial, contacto visual, mimica labial, gestos e escrita.

Em síntese, a existência de uma diversidade de técnicas de comunicação que devem ser utilizadas para uma maior segurança e tranquilidade da pessoa doente, mas também para uma maior satisfação dos profissionais de saúde.

Segundo Silva et al. (2006):

Uma comunicação eficaz determina a qualidade dos cuidados de enfermagem. Cada enfermeiro tem a responsabilidade de melhorar a técnica e a forma de comunicar, pois todos têm a ganhar com uma melhor comunicação, de forma a haver uma relação de inter-ajuda. (p.53)

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDO

QUESTÃO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

CONTEXTO E PARTICIPANTES

CONTEXTO

PARTICIPANTES

Caraterização dos participantes

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica corresponde ao conjunto de meios e atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decorrer da fase conceptual (Fortin, 2009).

Neste capítulo será realizada a descrição do processo metodológico que serviu de fio condutor a todo o estudo de investigação.

Assim, faz parte deste capítulo: o tipo de estudo, questão e objetivos da investigação, contexto e participantes, instrumento de colheita de informação, procedimentos formais e éticos e por fim o tratamento da informação.

1 - TIPO DE ESTUDO

Atendendo às finalidades e à natureza específica do valor atribuído ao estudo “o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma unidade de cuidados intensivos”, optámos por desenvolver um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem exploratória – descritiva. A metodologia qualitativa privilegia a compreensão de um fenómeno a partir do ponto de vista dos sujeitos que vivem ou viveram uma determinada experiência (Fortin, 1999).

A realização de um estudo enquadrado nesta metodologia torna possível compreender a complexidade da temática que se pretende estudar, que é o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI, pois tal como referem Streubert, e Carpenter (2002),

As experiências dos participantes são os achados da investigação qualitativa. Portanto, é essencial que estas experiências sejam relatadas segundo a perspectiva das pessoas que as viveram. A inclusão de citações, comentários e histórias enriquece o relatório e a compreensão das interações sociais experimentadas pelos participantes. (p.20)

O estudo descritivo permite descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, o fenómeno é descrito tal como existe no seu meio natural (Fortin, 1999), “os investigadores têm de desenvolver o estudo de modo que o contexto do fenómeno seja minimamente alterado” (Streubert, & Carpenter, 2002, p.19).

2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (1999) a questão de investigação é “... um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos – chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (p.51).

Segundo a mesma autora é importante numa fase inicial o investigador enunciar uma questão de investigação em relação a um domínio para o avanço dos conhecimentos. Assim, formulou-se a seguinte **questão de investigação**:

“Como se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?”

O enunciar da referida questão de investigação, surge pelo facto da comunicação assumir importante significado na dimensão do cuidar. Esta é a essência da Enfermagem, como tal é necessário que o cuidado seja prestado de uma forma humanizada privilegiando-se o estabelecimento de uma comunicação eficaz no intuito de se delinear intervenções de enfermagem que proporcionem respostas às necessidades das pessoas doentes.

Porém, o ambiente das UCI's conduz a que muitas das vezes os enfermeiros negligenciem o toque, a comunicação e o disponibilizar de tempo para o ser humano alvo dos seus cuidados (Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier, 2013). Por sua vez, a situação de saúde da pessoa doente dificulta o estabelecer de uma comunicação terapêutica e por conseguinte representa um desafio para os profissionais de enfermagem.

No que se refere ao objetivo do estudo, este indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica ainda as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo (Fortin, 1999).

Com este estudo pretende-se compreender como se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI assim, delineou-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever e analisar de que forma se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;

- Identificar as estratégias de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Perceber de que forma o enfermeiro estimula a comunicação da família, quando presente, com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

A comunicação é uma das bases da prática profissional de enfermagem e é parte integrante da arte de promoção de um cuidado holístico à pessoa doente, como tal é imprescindível na relação enfermeiro – pessoa doente – família/pessoa significativa e deverá fazer parte das inúmeras intervenções de enfermagem (Jesus, Simões, & Voegeli, 2013). Porém, nas UCI's a necessidade da ventilação mecânica invasiva coloca a pessoa doente numa posição de desvantagem pela impossibilidade de comunicar verbalmente aqueles que são os seus sentimentos, emoções e necessidades, dificultando a sua interação (Simões, 2011).

3 - CONTEXTO E PARTICIPANTES

Tal como referem Streubert e Carpenter (2002), “O *campo* é o lugar onde os indivíduos de interesse vivem – onde experimentam a vida” (p. 24), neste sentido o estudo foi realizado num Serviço de Medicina Intensiva da região Centro de Portugal.

Desta forma, segue-se a apresentação do contexto onde se desenvolveu o estudo assim como a caracterização dos participantes.

3.1 – CONTEXTO

O estudo de investigação foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva de um hospital da região Centro de Portugal sendo que o mesmo é composto por dois pisos e tem a capacidade para vinte doentes (oito no piso -1/doze no piso +1), trata-se de uma unidade polivalente e caracterizada por apresentar um conjunto de meios materiais e humanos que permitem prestar cuidados altamente especializados a pessoas em situação crítica, qualquer que seja o seu problema de saúde.

A forma como as pessoas doentes estão dispostas no espaço físico de ambos os pisos permite a vigilância continua de todas as pessoas doentes, assim como o trabalho em equipa, embora vigore a metodologia individual de trabalho onde cada enfermeiro é responsável, no máximo, por duas pessoas doentes. Neste contexto a maioria das pessoas doentes apresentam tubo endotraqueal, encontram-se sedadas e submetidas a ventilação mecânica invasiva.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Centrando-nos na equipa de enfermagem, esta é composta por setenta e nove elementos sendo que no turno da manhã (08:00-16:00 horas) estão presentes onze enfermeiros (um dos quais não presta cuidados diretos uma vez que está de coordenação) e nos turnos da tarde (15:30 – 23:30 horas) e da noite (23:00 – 08:30 horas) dez enfermeiros (em que o enfermeiro que está de coordenação também presta cuidados diretos).

O período de integração dos enfermeiros no referido serviço normalmente tem a duração de três meses, sendo que o mesmo poderá ser alterado em função das necessidades de cada enfermeiro. A informação relativa ao contexto foi colhida junto da Senhora Enfermeira Chefe do serviço onde teve lugar o estudo.

3.2 – PARTICIPANTES

Os participantes numa investigação qualitativa são pessoas ativas no estudo na medida em que permitem conhecer ou aprofundar o fenómeno em estudo através das suas narrativas (Streubert & Carpenter, 2002).

O número de participantes é geralmente pequeno e é determinado pela saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações (Sandelowski como referido por Fortin, 2009).

Segundo a mesma autora a investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, ou seja, uma amostra não aleatória, na medida em que os participantes devem ser selecionados em função da riqueza da comunicação e da capacidade de comunicar.

Tendo em conta a metodologia de investigação assim como a questão e os objetivos do estudo de investigação, a seleção dos participantes incidiu sobre os enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Medicina Intensiva de um hospital da região Centro de Portugal. Sendo que, de forma a termos acesso aos participantes tivemos a colaboração da Senhora Enfermeira Chefe do serviço onde foi realizado o estudo, sendo que foi a mesma que selecionou os participantes, tendo em conta os critérios de inclusão previamente definidos.

Após efetuarmos os procedimentos formais e éticos necessários para a realização do estudo de investigação realizamos um contacto prévio com o campo de forma a obter informações e selecionar os participantes, pois tal como referem Streubert e Carpenter (2002) “A preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalidade dos dados obtidos” (p.26). Para a seleção dos participantes tivemos em consideração os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que prestam cuidados diretos; enfermeiros que já tenham ultrapassado o período de integração na Unidade de Cuidados Intensivos.

3.2.1 – Caraterização dos participantes

No estudo participaram oito enfermeiros, a caraterização dos mesmos relativamente à idade, género, formação académica e tempo de serviço encontra-se representada na **tabela 1**.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Idade (em anos)	Nº de enfermeiros
< 30	0
≥ 30 < 35	2
≥ 35 < 40	2
≥ 40 < 45	3
≥ 45 < 50	1
≥ 50	0
Género	
Feminino	7
Masculino	1
Formação académica	
Licenciatura	9
Especialidade	3
Mestrado	3
Doutoramento	0
Outra	4
Tempo de serviço (em anos)	
< 10	0
≥ 10 < 15	3
≥ 15 < 20	2
≥ 20 < 25	1
≥ 25	2
Tempo de serviço na UCI (em anos)	
< 10	3
≥ 10 < 15	3
≥ 15 < 20	0
≥ 20 < 25	1
≥ 25	1

Relativamente à idade dos participantes a maioria situa-se na faixa etária compreendida entre os quarenta e quarenta e cinco anos. Quanto ao género, prevalece o género feminino.

No que concerne à formação académica, todos os participantes possuem a licenciatura em enfermagem e um dos participantes para além da licenciatura em enfermagem também apresenta licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa. Três dos participantes possuem especialidade, mas apenas um em enfermagem médico-cirúrgica, também três dos participantes são detentores de mestrado em Medicina Tradicional Chinesa; Reabilitação e em Saúde Materna e Obstetrícia. No que se refere a outra formação académica, quatro dos participantes possuem pós-graduação em cuidados intensivos; médico-cirúrgica; tratamento de feridas.

No que respeita ao tempo de serviço, em anos, três participantes exercem a sua atividade profissional entre os dez e quinze anos, dois entre os quinze e vinte, um entre os vinte e vinte cinco anos e dois há mais de vinte cinco anos. Quanto ao tempo de serviço na UCI, em anos, três dos participantes têm menos de dez anos, outros três situam-se entre os dez e quinze anos, um entre os vinte e vinte e cinco e um dos participantes têm mais de vinte e cinco anos de experiência na UCI.

4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório – descritivo, o investigador procura acumular a maior quantidade de informações possíveis com o objetivo de abranger os diversos aspetos do fenómeno, neste sentido recorre-se as observações, as entrevistas não estruturadas/semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, entre outros (Fortin, 1999).

De acordo com os objetivos definidos, selecionou-se como instrumento de colheita de informação a entrevista semi-estruturada. Assim foram realizadas oito entrevistas que decorreram entre Setembro de 2017 e Outubro de 2017.

Tal como refere Fortin (2003),

A entrevista é um modo de comunicação verbal estabelecido entre o investigador e os participantes, com a finalidade de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas, (...) um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina. (p. 245)

Desta forma, recorre-se à entrevista quando o investigador pretende compreender o significado de acontecimento ou de um fenómeno vivenciado pelos participantes no estudo (Fortin, 2009).

A escolha deste instrumento de recolha de informação justifica-se pelo facto de nos permitir entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de informação (Streubert & Carpenter, 2002), pois permite "...colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, (...), aos sentimentos, às expectativas e às atitudes" (Fortin, 1999, p.245). A entrevista semi-estruturada permite assim a liberdade no diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, através de questões abertas sobre o tema em estudo, pelo que tivemos por base um guião orientador que se encontra em apêndice (**APÊNDICE I**).

A entrevista foi organizada em quatro partes, a primeira parte da entrevista teve como objetivo acolher e informar o entrevistado desta forma foi identificado o entrevistador, apresentado o estudo de investigação (tema e objetivos), garantido o anonimato e confidencialidade da informação, de forma a assegurar o cumprimento dos aspetos éticos, solicitada a autorização para a utilização de um gravador, seguindo-se o

momento do consentimento informado. Na segunda parte foi realizada a colheita de dados pessoais (idade e género) e profissionais (formação académica, tempo de exercício profissional e tempo de serviço na UCI) de forma a realizar-se a caracterização dos participantes, tendo de seguida lugar a entrevista (terceira parte). Ao falarmos da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva inicialmente salientámos perante os participantes a importância de se centrarem na pessoa doente já com uma sedação reduzida ao mínimo numa fase de desmame ventilatório. A quarta parte consistiu no encerramento da entrevista, em que perante o participante se agradeceu a sua colaboração no estudo, salientou-se a importância da sua participação no mesmo e foi dada a oportunidade ao entrevistado de acrescentar algum aspeto que tenha ficado por referir no decurso da entrevista.

Na realização das entrevistas tivemos especial atenção aos aspetos contextuais relacionados com o ambiente, o espaço físico, a privacidade, o tempo disponível dos participantes assim como as atitudes enquanto entrevistador, em que salientamos a empatia como atitude favorecedora. As entrevistas tiveram a duração máxima de vinte e oito minutos, importa salientar que há oitava entrevista demos por concluída a recolha de informação por se verificar já alguma saturação da informação.

5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A realização de um estudo de investigação levante questões de ordem ética e legal sendo que, a ética corresponde à exigência de fundamentação do agir, ou seja, à determinação dos princípios que estão na base da ação humana. A ética, de acordo com Fortin (1999),

... é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. (p. 114)

Na realização de um estudo de investigação há a responsabilidade tanto pessoal como profissional em se assegurar do ponto de vista ético e moral os direitos humanos.

Segundo Grande como referido por Martins (2008) independentemente da natureza do estudo de investigação deverão ser respeitados os princípios éticos da *autonomia*, da *beneficência*, de *não maleficência* e da *justiça* sendo que os mesmos orientaram todos os momentos da investigação.

Fortin (2009) expõe os princípios éticos que foram elaborados baseados no respeito pela dignidade humana, são eles:

- 1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a optimização das vantagens. (p.186)

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

Os participantes não devem ser prejudicados, o que nos remete para o principio de *não maleficência*. Assim, em qualquer investigação, os investigadores ao sentirem que a entrevista está a emergir assuntos que podem resultar em consequências sérias devem terminar a entrevista ou fornecer aconselhamento e referências a seguir, de forma a proteger o bem-estar dos participantes (Streubert & Carpenter, 2002). Os investigadores

devem ainda assegurar perante os participantes a confidencialidade e o anonimato e que serão tratados com dignidade e respeito. Assim, os princípios de *beneficência* e *justiça* são respeitados (Beauchamp & Childress como referido por Streubert & Carpenter, 2002).

Desta forma, para a realização do presente estudo de investigação foi solicitado formalmente o parecer à Comissão de Ética para a Saúde e a autorização do Conselho de Administração do hospital, dado que os participantes são os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Medicina Intensiva desse mesmo hospital. Encontra-se em anexo o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do hospital em relação ao estudo de investigação (**ANEXO I**).

De forma a salvaguardar os princípios éticos e deontológicos foi apresentado o estudo de investigação aos participantes, explicado que em momento algum serão identificados e será garantida a confidencialidade no que se refere à informação recolhida. Foi solicitada autorização para participação no estudo mediante a assinatura do consentimento informado, que se encontra em apêndice (**APÊNDICE II**).

De forma a garantir toda a confidencialidade possível, foi atribuído um “código” aos excertos das entrevistas dos participantes de acordo com a ordem de realização das entrevistas (**E1, E2, ... E8**).

6 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Após a colheita de informação prosseguimos para a análise das entrevistas, uma vez que pretendemos descrever as experiências vivenciadas pelos sujeitos sobre o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Para analisar a informação obtida através das entrevistas realizadas aos enfermeiros utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2014).

Segundo Bardin (1977), a análise do conteúdo consiste num,

... conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (indicadores quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.42)

A análise de conteúdo como técnica de análise da informação obtida realizou-se segundo as fases descritas por Bardin (2014) e que são a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Após a recolha de informação, procedemos à transcrição integral das entrevistas, no mais curto espaço de tempo após a sua realização, preservando as ideias, a linguagem e a sequência das mesmas. Em anexo (**ANEXO II**) encontra-se a transcrição de uma entrevista realizada a um dos participantes.

Desta forma, na fase da pré-análise foi realizada uma primeira leitura das informações colhidas tentando assim apreender o que os enfermeiros pensam acerca do processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Numa segunda fase teve lugar a exploração do material, assim os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades através da codificação. Esta análise de conteúdo foi apoiada na organização de uma grelha de análise estruturada por categorias, subcategorias e indicadores. Tendo presente a questão e os objetivos da investigação previamente estabelecidos emergiram das entrevistas os indicadores com maior significado para o nosso estudo.

Para o processo de codificação dos indicadores, foram necessárias várias leituras de cada entrevista de forma a estabelecer-se uma relação entre todas, à medida que iam sendo analisadas. Assim, foram elaboradas várias grelhas provisórias que sofreram várias transformações.

Tendo presente as orientações de Bardin (2014) procurámos que as categorias respeitassem um conjunto de princípios tais como: o princípio de exclusão mutua, cada indicador foi classificado numa única categoria; homogeneidade, dado que contém elementos do texto; pertinência, uma vez que se procurou adaptar o material de análise à questão e aos objetivos de investigação previamente definidos; objetividade e fidelidade, em que o material foi sujeito a várias análises.

Na terceira fase tratámos e interpretámos os resultados, identificámos a relação entre as categorias, as subcategorias e os indicadores. Dado que foi realizada uma análise qualitativa da informação obtida, esta não foi submetida a processos quantitativos tais como a enumeração ou a contagem da frequência das palavras dos indicadores ou das categorias.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE

- Terapêutico
- Complexo

FATORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

- Centrados no enfermeiro
- Centrados na pessoa doente

ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

- Comunicação verbal
- Comunicação não-verbal
- Habilidades comunicacionais
- Negociação de estratégias de feedback
- Mobilização de recursos materiais

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

- Envolver a família como parceira no processo de cuidar
- Apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente

PARTE III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte do trabalho iremos apresentar os resultados do estudo de investigação e proceder à análise e discussão dos mesmos.

No tratamento da informação recorreremos à técnica de análise de conteúdo, que nos permitiu organizar e estruturar por categorias, subcategorias e indicadores, a informação recolhida nas entrevistas. Assim, a construção das categorias teve por base os temas do guião da entrevista e deste modo foram construídas quatro categorias: **“O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE”**; **“FATORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO”**; **“ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO”**; **“A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO”**.

No que se refere à primeira categoria, **“O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE”**, pelo processo de análise às narrativas dos participantes emergiram duas subcategorias:

- **O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo terapêutico**, esta subcategoria integra os seguintes indicadores: ***promover a orientação espaço-temporal da pessoa doente; tranquilizar a pessoa doente; obter a colaboração da pessoa doente; promover o processo de reabilitação da pessoa doente através da estimulação sensorial; sinalização e prevenção de síndromes depressivos; ajustar a comunicação à compreensão e à subjetividade de cada pessoa doente.***
- **O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo complexo**, esta subcategoria integra como indicadores: ***peessoas doentes sedadas e analgesiadas; preocupações das pessoas doentes, difíceis de perceber.***

Quanto à segunda categoria, **“FATORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO”** de igual forma emergiram duas subcategorias:

- **Centrados no enfermeiro**, que integra os seguintes indicadores: ***mitos/ideias pré-concebidas; experiência profissional reduzida em contexto de uma UCI; falta de formação; falta de tempo e sobrecarga de trabalho.***

- **Centrados na pessoa doente**, esta categoria por sua vez integra os seguintes indicadores: *delírio, ansiedade ou a confusão; incapacidade de comunicar; pessoa doente do foro neurológico; não compreensão por parte da pessoa doente da mensagem.*

Relativamente à terceira categoria, “**ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO**” também pelo processo de análise às narrativas dos participantes emergiram cinco subcategorias:

- **Comunicação verbal**, que integra como indicador: *palavra falada;*
- **Comunicação não-verbal**, que também integra um indicador: *toque;*
- **Habilidades comunicacionais**, que por sua vez integra os seguintes indicadores: *questões simples e dirigidas; interpretação da mimica labial; interpretação de comportamentos/expressões da pessoa doente;*
- **Negociação de estratégias de feedback**, que integra como indicadores: *fechar/abrir/piscar de olhos; gestos (apontar, abrir/fechar/apertar a mão); acenar com a cabeça (sim/não).*
- **Mobilização de Recursos materiais**, que integra os seguintes indicadores: *letras do abecedário/imagens; papel e caneta.*

Por fim a quarta categoria, “**A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO**” em que também pelo processo de análise às narrativas dos participantes emergiram duas subcategorias:

- **Envolver a família como parceira no processo de cuidar**, que integra os seguintes indicadores: *estimular a família à comunicação; ajuda a tranquilizar a pessoa doente; ajuda a descodificar as mensagens da pessoa doente.*
- **Apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente**, que integra como indicadores: *preparar a família para comunicar; ajudar a família na gestão das emoções.*

De forma a apresentarmos uma perspetiva geral dos resultados construímos uma tabela (**tabela 2**) que pretende retratar o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI.

Tabela 2 - O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, NO CONTEXTO DE UMA UCI		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE	TERAPÊUTICO	Promover a orientação espaço-temporal da pessoa doente; Tranquilizar a pessoa doente; Obter a colaboração da pessoa doente; Promover o processo de reabilitação da pessoa doente através da estimulação sensorial; Sinalização e prevenção de síndromes depressivos; Ajustar a comunicação à compreensão e à subjetividade de cada pessoa doente.
	COMPLEXO	Pessoa doentes sedadas e analgesiadas; Preocupações das pessoas doentes, difíceis de perceber.
FACTORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	CENTRADOS NO ENFERMEIRO	Mitos/Ideias pré-concebidas; Experiência profissional reduzida em contexto de uma UCI; Falta de formação; Falta de tempo e sobrecarga de trabalho.
	CENTRADOS NA PESSOA DOENTE	Delírio, ansiedade ou a confusão; Incapacidade de comunicar; Pessoa doente do foro neurológico; Não compreensão por parte da pessoa doente da mensagem.

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, NO CONTEXTO DE UMA UCI
(cont.)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO VERBAL	Palavra falada.
	COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	Toque.
	HABILIDADES COMUNICACIONAIS	Questões simples e dirigidas; Interpretação da mimica labial; Interpretação de comportamentos/expressões da pessoa doente.
	NEGOCIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE FEEDBACK	Fechar/abrir/piscar de olhos; Gestos (apontar, abrir/fechar/apertar a mão); Acenar com a cabeça (sim/não).
	MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS	Letras do abecedário/imagens; Papel e caneta.
A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	ENVOLVER A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NO PROCESSO DE CUIDAR	Estimular a família à comunicação; Ajuda a tranquilizar a pessoa doente; Ajuda a decodificar as mensagens da pessoa doente.
	APOIAR A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO FAMÍLIA/PESSOA DOENTE	Preparar a família para comunicar; Ajudar a família na gestão das emoções.

1 – O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA DOENTE

O processo de comunicação é fundamental no contexto dos cuidados intensivos na medida em que é possível, através da comunicação e interação com a pessoa doente perceber e apoiar a pessoa doente. Do processo de análise às narrativas dos participantes emergiram duas subcategorias: **O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo terapêutico; o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo complexo.** Estas subcategorias integram um conjunto de indicadores.

- **O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo terapêutico e complexo.**

Na perspectiva dos participantes do presente estudo, o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente pode ser terapêutico, opinião corroborada por Coelho e Sequeira (2014), uma vez que estes autores referem que a comunicação com a pessoa doente permite identificar e atender às necessidades de saúde de cada pessoa e assim contribuir para melhorar a prática de enfermagem. Também Stefanelli e Carvalho (2012) consideram que a comunicação terapêutica,

... é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado. (p.68)

Sendo a comunicação um instrumento básico do cuidar em enfermagem está, portanto, presente em todas as ações realizadas com a pessoa doente quer seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender aquelas que são as suas necessidades básicas (Pontes et al., 2008). Assim, na opinião dos participantes deste estudo o enfermeiro ao comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva pode **promover a orientação espaço-temporal da pessoa doente**, nomeadamente quando esta se encontra na fase do desmame da sedação, tal como podemos verificar nos excertos que se seguem:

“(...) quando eles estão na fase do acordar, quando nós começamos a levantar a sedação é bom que nós os vamos situando, porque senão eles acordam muito agitados

(...) o ideal é a gente ir situando-os “Oh Sr. X, está aqui, eu sou...” mesmo que eles daqui a um bocado não saibam onde estão.” E1

“(...) dialogando com eles por forma a eles chegarem à realidade (...)” E1

“(...) costumo identificar, tentar dizer o dia em que estamos, as horas mais para a parte da orientação (...) E1

“(...) é um item um pouco esquecido, nem todos se identificam ao pé do doente, nem todos os situam no tempo e no espaço e na hora que é fundamental (...) eles nunca sabem à quantas andam é bom que a gente lhes diga “olhe está luz, mas é tarde, já são X horas” (...)” E1

“(...) a gente às vezes informa-os para eles começarem a ter noção onde estão, o que lhe aconteceu, às vezes perguntamos, a gente geralmente os conscientes e orientados a gente quando tem vagas coloca-os junto à televisão (...)” E2

“(...) inicialmente quando eles começam a acordar há a preocupação da orientação e explicar o local onde estão, o que é que lhes aconteceu, que muitos deles não se lembram, para haver uma reorientação e a esse nível é uma fase inicial (...)” E4

“(...) as pessoas estão a acordar e estão a tentar comunicar, não sabem onde é que estão, não sabem o que aconteceu, então nós temos que as situar (...)” E5

“(...) nós tentamos às vezes os orientar “olhe é dia, é de noite, são x horas, não são x horas” mas eles perdem um bocadinho da noção, embora à noite a gente tente o mais escuro só com algumas luzes de presença para podermos trabalhar e tudo mais mas é difícil eles perdem um bocadinho essa noção toda” E6

Um dos problemas dos doentes hospitalizados é a desorientação e o compromisso da função cognitiva, nomeadamente no contexto dos cuidados intensivos em que o simples ato de distinguir o dia da noite é difícil para a pessoa doente. Neste contexto, Sequeira e Pinho (2016) referem que se deve promover a orientação da pessoa doente e como tal é importante transmitir com frequência as horas, o dia da semana e do mês, informar

sobre as atividades que têm lugar ao longo do dia e até esclarecer a natureza e a proveniência de possíveis ruídos.

Assim, a promoção da orientação da pessoa doente pode facilitar o processo de comunicação e ao mesmo tempo contribuir para a obtenção de uma maior colaboração por parte desta.

Pela análise das narrativas dos participantes apura-se que a comunicação enfermeiro/pessoa doente tem uma função terapêutica uma vez que permite **tranquilizar a pessoa doente**.

“pedimos (...) para não se agitarem, que não vão conseguir emitir som, mas que aquilo é normal, é uma fase transitória e pronto tentamos explicar consoante também a capacidade de cada um (...)” E1

“(...) nós de máscara verde todos “incafufados” ou nós falamos com eles ou depois estão sempre “amarrados” ou numa grande desorientação então nada melhor que dialogar, para eles colaborarem muito melhor connosco (...)” E1

“(...) tranquilizá-los, a nossa pelo menos a minha abordagem é no sentido de tranquilizar, explicar o que se está a passar (...)” E5

O facto da pessoa doente ter a comunicação comprometida pela necessidade de ventilação mecânica invasiva, estar num ambiente que lhe é estranho, despersonalizado, rodeado de aparelhos barulhentos, pessoas que lhe são estranhas e sem ter noção do que lhe está a acontecer, poderá levar a que fique agitada e ansiosa. Desta forma torna-se fundamental tranquilizar a pessoa doente explicando-lhe o que está a acontecer, o porquê de todo aquele aparato e que será uma fase transitória. Contudo e como refere Phaneuf (2005) “Nestas situações, a presença calorosa e tranquilizadora da enfermeira é essencial. A palavra nem sempre é suficiente para tranquilizar e para exprimir a empatia, também o tocar toma uma grande importância” (p.397).

Esta opinião é também partilhada por Santos (2000) na medida em que refere que o stress, o medo, a ansiedade e todo o sofrimento em geral causados pela doença, pelo internamento e essencialmente pelo material e equipamento que o seu estado de saúde exige em unidades de cuidados hipertecnificados conduz a que a equipa de saúde e particularmente o enfermeiro, desenvolva uma oportuna relação de ajuda com a pessoa

doente. Neste sentido a relação de ajuda é “uma forma de proceder guiada por saberes e técnicas e manifestada através de comportamentos e atitudes do profissional” (Santos, 2000, p.51).

No cuidar da pessoa doente o enfermeiro procura explicar os procedimentos que vai executar de forma a **obter a colaboração da pessoa doente**, tal como alguns dos participantes referiram nos seus discursos:

“(...) tentar explicar dentro do possível o que lhes vamos fazer e eles colaboram senão ficam assustados (...)” E1

“(...) ir ao mesmo tempo pedindo a colaboração deles para connosco ao longo do resto do internamento que isso é fundamental, explicar o que nós vamos fazer para eles colaborarem de alguma forma e ser mais fácil esse processo.” E4

“(...) agora há que conseguir estabelecer essa relação e essa comunicação porque isso é como um doente não ventilado se eu não conseguir comunicar com ele e estabelecer alguma relação também não vou obter nada dele (...)” E4

É importante que o enfermeiro explique à pessoa doente os procedimentos de que a mesma vai ser alvo porque, uma pessoa doente informada irá aderir melhor ao plano de cuidados e colaborar no que se refere ao seu processo de recuperação. Tal como refere Pereira (2008) o fornecimento de informação apresenta-se como uma ajuda fundamental para capacitar as pessoas doentes para lidarem com a situação e envolverem-se no processo de tratar/cuidar. Também Saraiva e Martinho (2011) referem que é importante manter a pessoa doente informada das medidas terapêuticas que lhe dizem respeito, solicitar a sua colaboração e fundamentalmente tranquilizá-la.

O discurso de um dos participantes do presente estudo remete-nos para o **promover do processo de reabilitação da pessoa doente através da estimulação sensorial** o que é corroborado por Jesus et al. (2013) que afirmam que as UCI's devem ser vistas como “unidades de reabilitação precoce” sendo a estimulação sensorial um importante fator no processo de reabilitação precoce, justificado pelo facto da implementação de intervenções de estimulação sensorial melhorar o nível de resposta e consciência da pessoa doente.

“(...) eu preciso sempre da colaboração deles e como tal eu preciso mesmo muito, porque eu faço muita reabilitação nesta unidade e então preciso mesmo muito de comunicar com eles, de dizer aquilo que pretendo fazer e de perceber as capacidades que eles têm para potenciar ao máximo a recuperação (...)” E8

O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente também assume relevante importância perante a pessoa doente no que se refere à **sinalização e prevenção de síndromes depressivos**, tal como referido por um dos participantes,

“(...) se nós não temos esse cuidado especial mesmo até quando não há procedimentos, às vezes de ir até ao pé deles, falar um bocadinho, usar o toque terapêutico e tentar estabelecer uma verdadeira comunicação eles às vezes também talvez se refugiem e também não comunicam e começam a desenvolver alguns síndromes depressivos e isso também é visível e às vezes só notamos quando já está instalado quando podíamos ter tentado prevenir mais, acho que também temos alguma responsabilidade (...)” E8

Através da relação interpessoal, inerente ao processo de comunicação, o ser humano consegue satisfazer algumas daquelas que são as suas necessidades nomeadamente a necessidade de proteção e de amor. Não descurando a ideia de que cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida na sua identidade e singularidade (Santos, 2000) e uma das estratégias não-verbais para uma boa comunicação passa por disponibilizar tempo para aquele que é o beneficiário dos nossos cuidados (Cintra et al. como referido por Saraiva & Martinho (2011).

Tal como referem Saraiva e Martinho (2011),

a natureza da interação enfermeiro/doente influencia os resultados físicos e psicológicos da doença é uma ferramenta que devemos utilizar para diminuir a hostilidade ambiental e manter a humanidade do doente, face a um ambiente extremamente agressivo e estranho para quem se encontra fisicamente diminuído e psicologicamente debilitado. (p.13)

A comunicação mais do que uma ferramenta terapêutica é também uma atitude profissional promotora da confiança, da alegria e da felicidade (Costa como referido por Neves & Pacheco, 2004).

O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente pode ser terapêutico, para tal é crucial **ajustar a comunicação à compreensão e à subjetividade de cada pessoa doente**. O excerto que se segue ilustra esta ideia:

“(...) ajustar o tipo de comunicação ao doente, temos basicamente desde médicos, doutores, agricultores, trolhas, isso tudo, a gente se ajustar a comunicação, desde que não haja impeditivos obviamente, regra geral consegue-se sempre chegar a bom porto.”

E6

O enfermeiro utiliza frequentemente a palavra falada ao interagir com a pessoa doente, não obstante, é fundamental adequar a linguagem verbal à compreensão da pessoa doente procurando que seja simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias assim como adaptável às reações da pessoa doente. Segundo Phaneuf (2005) a comunicação dos enfermeiros deve considerar todas estas características de forma a que as pessoas doentes compreendam eficazmente a mensagem enviada.

Na interação enfermeiro/pessoa doente o profissional de saúde tem a responsabilidade de adequar o vocabulário ao beneficiário dos seus cuidados, tendo em consideração o seu grau de escolaridade, as suas crenças e valores. Tal como referem Stefanelli e Carvalho (2012) “O enfermeiro deve usar um vocabulário que possa ser compreendido pelo paciente e valer-se do máximo de clareza possível ao empregar as palavras, o tom e a inflexão da voz na organização das ideias expressas.” (p.38)

De facto, no contexto dos cuidados intensivos e perante a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva o processo de comunicação é terapêutico, mas ao mesmo tempo também complexo. Os profissionais de enfermagem estão mais sensibilizados para a importância da comunicação e, ainda, mais conscientes da sua complexidade e da função terapêutica sendo esta visão inferida na narrativa de alguns enfermeiros:

“(...) a gente começa a ver que o mais importante as vezes é estar, falar.” E1

“(...) cada vez estamos mais sensibilizados para isso, para comunicar” E2

“(...) devia ser um procedimento obrigatório. Porque acho que é muito importante para eles se sentirem pessoas porque senão acabam por ser quase, não digo um objeto, mas acabam por fazer parte de um procedimento e perde-se um bocado a identidade dos doentes e nós temos de perceber que eles precisam de atenção, precisam de carinho, estão muito vulneráveis (...)” E8

O facto dos enfermeiros se encontrarem mais sensibilizados no que se refere ao processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva reveste-se de suma importância dado que reflete-se na qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido pode promover a equidade, a satisfação da pessoa doente, o ajustamento psicológico à doença, melhorar a adesão ao tratamento assim como também pode reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress (Ramos como referido por Rosário, 2009).

Salientado a **complexidade do processo de comunicação**, esta relacionada com o facto de estarmos perante **pessoas doentes sedadas e analgesiadas**:

“É um processo que nem sempre é fácil, depende do tipo de doente que temos, o nível de sedação com que eles estão” E3

“(...) este serviço de alguma forma tem carga de analgesia e sedação muito forte e se há coisas que eles perdem atendendo ao propofol, ao midazolam é a noção do agora, do dia ou noite (...)” E6

“Além da sedação que é uma dificuldade óbvia, quando eles têm alguma medicação que os torna mais asténicos até ou menos capazes de reagir torna tudo muito mais difícil, às vezes também o nosso papel como enfermeiros porque como foram muitos anos e isto tem vindo a ser algo progressivo o desmame da sedação, mas durante muitos anos nós trabalhámos com doentes mesmo muito sedados, mesmo a equipa médica isto mudou um bocadinho o paradigma e então nós muitas vezes também erramos porque estamos num posicionamento e às vezes vamos conversando uns com os outros e esquecemos de estimular a comunicação com o doente ventilado e às vezes eles também se podem sentir um bocadinho descurados (...)” E8

Tal como referem Moreira et al. (2000) o recurso a determinados medicamentos tais como sedativos é considerada como uma causa química que perturba a comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Segundo Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo dinâmico de alternância de palavras e de mensagens não verbais. Se este enunciado não recebe resposta, mesmo mínima, sob forma verbal ou por um encorajamento não verbal para prosseguir, há uma quebra da comunicação.” (p.27). Desta forma, pode haver a quebra do processo de comunicação por não existir uma resposta verbal/não-verbal por parte da pessoa doente. E embora os enfermeiros tenham por hábito comunicar independentemente do nível de sedação e analgesia, é

importante haver o feedback por parte da pessoa doente para que o enfermeiro continue a investir no processo comunicativo. É fundamental incentivar a pessoa doente a interagir com ele de forma a tornar a comunicação mais eficaz.

“(...) eu penso que hoje em dia já trabalhamos muito nesse sentido e a equipa toda também que é ter os doentes o menos sedados possível para conseguir comunicar e que colabore, que não tenha tanta perda de força, de capacidade para o autocuidado, portanto já estamos muito despertos para isso (...)” E8

Contudo já existe a preocupação de um desmame precoce da sedação não só para obter a colaboração da pessoa doente, mas sobretudo para prevenir complicações a ela associadas. Segundo Urden, Stacy, e Lough (2008) “uma sedação profunda prolongada associa-se a complicações significativas da imobilidade, como úlceras de pressão, tromboembolia, íleo gástrico, pneumonia nosocomial e atraso no desmame do ventilador” (p.155).

Por outro lado, Martinho e Rodrigues (2016) referem que sempre que a situação clínica da pessoa doente assim o permitir a pessoa em ventilação mecânica invasiva deverá ter níveis de sedação mais baixos, cujo o objetivo é reduzir a ocorrência de outras complicações tais como: delírio e/ou compromisso cognitivo e emocional da pessoa doente.

O facto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva apresentar a comunicação comprometida torna o processo de comunicação complexo uma vez que podem existir **preocupações do doente, difíceis de perceber.**

Os participantes do presente estudo relatam que as pessoas doentes apresentam preocupações, muitas delas fora do âmbito hospitalar e uma das dificuldades que sentem é precisamente perceber-las, tal como consta nos seguintes excertos:

“(...) pronto temos que arranjar formas de tentar compreender o que eles querem dizer, porque eles às vezes têm preocupações que saem daqui do âmbito hospitalar, como pessoas que eles às vezes têm a cargo, como filhos, com situações difíceis que às vezes eles têm a nível familiar e isso quando eles acordam às vezes vem ao de cima e eles também querem conversar com os familiares sobre essas situações (...)” E2

“(...) numa conversa com um doente ventilado ele está sempre à espera que a gente vá tentando perceber e às vezes não é fácil, vamos tentado é por tentativas (...)” E3

“Embora que as vezes não é fácil compreender o que os doentes nos querem transmitir (...) e as vezes as preocupações deles até são muito fora do âmbito do internamento, são preocupações que eles trazem de fora, é muito complicado percebermos o que é que eles nos querem transmitir (...)” E4

“(...) as vezes eles têm dificuldades com problemas laborais, familiares e tudo mais (...) aqueles doentes que as vezes têm mesmo problemas eles hão-de arranjar maneira, seja por desadaptação ventilatória, seja por taquicardias, seja por desassossego de criarem em nós maneira de nós estarmos mais alertas e tentarmos arranjar ainda mais estratégias para eles nos poderem verbalizar esses problemas que têm e em regra geral consegue-se (...)” E6

Na opinião de Rosário (2009) uma das maiores preocupações da pessoa doente entubada endotraquealmente é o facto de não poder comunicar verbalmente o que a coloca numa posição de desvantagem por não conseguir realizar perguntas acerca do seu estado de saúde, mas também por não conseguir partilhar aquelas que são as suas preocupações e receios. Teixeira como referido por Rosário (2009) diz que os profissionais de saúde de um modo geral não escutam as pessoas doentes e nem demonstram interesse em conhecer as preocupações e expectativas das pessoas doentes. Desta forma os problemas de comunicação profissional de saúde/pessoa doente encontram-se relacionados com os processos de comunicação afetiva dos profissionais de saúde nomeadamente quando ocorre um distanciamento afetivo, um desinteresse pelas preocupações da pessoa doente. Os participantes deste estudo não corroboram com esta ideia uma vez que nas suas narrativas referem não só o interesse em perceber aquelas que são as preocupações das pessoas doentes, mas também as estratégias que mobilizam para o efeito. Um dos principais fatores de stress para a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva é o compromisso da comunicação verbal que se prende pela dificuldade em expressar-se e em ser compreendido pelos profissionais de saúde (Sá & Machado, 2006).

Esta preocupação por parte dos participantes é corroborada por Saraiva e Martinho (2011) que referem ser imperativo fugir ao tecnicismo, compreender mais do que prescrever, escutar mais do que falar, seguir desta forma sempre o caminho da coerência com vista a uma assistência integrada que humanize a pessoa doente.

Assim, tendo em conta a especificidade do cuidar que pessoa em situação crítica exige, o enfermeiro que exerce as suas funções numa UCI, na perspetiva de Ferreira e Dias

(2005) precisa de saber “utilizar os seus sentidos, ter disponibilidade de tempo e energia, ter disponibilidade intelectual e afectiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda” (p.68). É fundamental que o enfermeiro demonstre à pessoa doente que está disponível para ela e que é o seu foco de atenção. Ao demonstrar disponibilidade, tempo e escuta ativa até conseguir perceber aquelas que são as necessidades da pessoa doente, as suas preocupações, o enfermeiro cria as condições para o desenvolvimento da relação terapêutica.

2 - FATORES DIFICULTADORES DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

A comunicação com as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva acarreta dificuldades há maioria dos enfermeiros uma vez que é mais usual valorizar-se a comunicação verbal em detrimento da comunicação não-verbal, esta tão significativa perante este tipo de pessoas doentes (Machado, Cordeiro, & Nakamura como referido por Saraiva & Martinho, 2011).

Os fatores dificultadores do processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é outras das categorias do presente estudo e integra duas subcategorias: **centrados no enfermeiro** e **centrados na pessoa doente** e estas agregam indicadores.

- **Centrados no enfermeiro**

No que se refere aos fatores dificultadores do processo de comunicação identificámos fatores centrados no enfermeiro. Assim, e no que se refere à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva um dos fatores que podem comprometer a comunicação é a existência de **Mitos/Ideias pré-concebidas** dos enfermeiros, tal como podemos ler nos relatos de alguns dos participantes.

“(...) há muitos mitos, o que eu noto é que as pessoas quando vêm fazer estágio connosco (...) vêm com um grande mito que o doente de cuidados intensivos não se pode tocar, não se pode mexer, não se deve falar porque depois faz taquicardia, não nem todos (...)” E1

“(...) não é um tubo que me impede essa comunicação ou esse estabelecer ou essa parceria, acho que não, é uma falsa questão que eu também a tinha antes de vir para cá (...)” E4

“(...) eu acho que é uma ideia pré-concebida do doente ventilado, que eu também tinha, eu quando disseram que eu vinha para cá eu disse que não queria, porque eu gostava que os doentes falassem comigo e que eu não iria ter isso e disseram que não (...) e agora tenho uma visão diferente porque eu obtenho na mesma comunicação com o

doente e ele responde-me e comunicamos da mesma forma (...) há muita ideia pré-concebida e que nos leva aos nossos receios e aos nossos medos e mexe com isso tudo mas está provado que é possível comunicar e com a mesma eficácia” E4

De acordo com Cintra et al. como referido por Saraiva e Martinho (2011) uma das barreiras da comunicação nas UCI's são as ideias pré-concebidas. Podemos constatar numa das narrativas que ainda existe a ideia, de que na pessoa doente dos cuidados intensivos não se pode tocar, falar, nomeadamente partilhada por quem não tem experiência na área dos cuidados intensivos. Jesus et al. (2013) referem que não há nenhuma evidência de que a estimulação auditiva provoque qualquer dano à pessoa doente e até mesmo no que se refere à pessoa doente em coma os mais recentes desenvolvimentos no campo da neuroimagem funcional têm demonstrado que o mesmo é capaz de ouvir.

Também segundo Simões (2011) a estimulação verbal pode ter efeitos benéficos quer a nível do aumento da confiança, quer na redução da ansiedade fundamentalmente quando a pessoa doente começa a recuperar a consciência. Por sua vez, a estimulação pelo toque também é necessária para o bem-estar quer físico quer emocional da pessoa doente (Saraiva & Martinho, 2011).

Outra ideia pré-concebida é o facto de não ser possível estabelecer comunicação entre o enfermeiro/pessoa doente, nomeadamente obter uma resposta por parte da pessoa doente, quando esta se encontra entubada e submetida a ventilação mecânica invasiva. A este respeito a literatura diz-nos que é possível contornar a dificuldade da comunicação com a pessoa entubada e submetida a ventilação mecânica invasiva através do desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências em comunicação e utilizando as estratégias adequadas. Pois, tal como referem Sá e Machado (2006) a comunicação “é uma competência, importante para cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, implica o desenvolvimento de capacidades criativas, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar, até diríamos virtualmente inesgotáveis.” (p.34).

A **experiência profissional reduzida em contexto de uma UCI** é outros dos fatores dificultadores do processo de comunicação centrado no enfermeiro, que se prende em muito pelo facto do enfermeiro centrar a sua atenção em todo o aparato tecnológico que envolve a pessoa em situação crítica. Os seguintes excertos ilustram essa ideia.

“(...) os alunos têm muito medo de falar com eles, estão muito virados para a técnica, por vezes estão a fazer que até se esquecem que está ali uma pessoa (...) não estão

despertos para, mas isso só com o tempo, eu no início também era assim, tomára que que não me extubá-se nada, que não me saísse nada, eu tentava enquadrar o Sr. ali naquele “quadradozinho”, quando é ao contrário a gente tem é de se adaptar à pessoa que ali está mas depois é com a pratica (...)” **E1**

“É mais o pessoal mais novo, que é natural, querem apanhar traquejo, eu também já fui assim, mas depois apercebemo-nos, também com a experiência começamos a aproximar (...) e depois a gente começa a ver que o mais importante às vezes é estar, falar.” **E1**

“(...) acaba por ser uma visão diferente, mas aí está só vivenciando que é diferente é que se consegue ter essa noção, senão ficamos sempre mais “pregados” aos nossos receios como prestadores de cuidados, enfermeiros, do que propriamente depois à comunicação (...)” **E4**

Sá e Machado (2006) confirmam esta ideia quando referem que na UCI a comunicação é bastante limitada predominando desta forma os aspetos técnicos, ainda mais quando estamos perante alunos ou enfermeiros numa fase inicial do cuidar numa UCI em que são absorvidos por todo o aparato tecnológico e descuram algo tão importante como a comunicação.

Esta questão da experiência profissional em Cuidados Intensivos remete-nos para os níveis de perícia/competência considerados por Benner (2001), segundo esta autora para que o enfermeiro seja competente na prestação de cuidados o seu percurso passa por cinco estados, o enfermeiro com reduzida experiência profissional no contexto da unidade de cuidados intensivos poderá ser equiparado a iniciado, em que o mesmo não tem experiência passada sobre a situação na qual se encontra envolvido e como tal a sua atuação assenta em teoria e normas isoladas do contexto.

Por sua vez e de acordo com a mesma autora é suposto que um enfermeiro já com algum tempo de experiência, em contexto de cuidados intensivos tenha na sua prática cuidativa: o domínio clínico e prática baseada na investigação; o “saber como” incorporado; vê a situação no seu todo; vê o inesperado. Desta forma, o cuidar não se irá restringir à execução de atividades técnicas, mas cuida da pessoa doente como um todo resgatando, assim, a importância dos aspetos emocionais, psicológicos e físicos, valorizando todas as suas dimensões (Pott et al., 2013).

A **falta de formação** é também um dos fatores dificultadores do processo de comunicação centrado no enfermeiro, nomeadamente no que se refere à comunicação

com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, tal como constatamos pelos seguintes excertos.

“(...) o desconhecido, o achar que em cuidados intensivos o doente é “not touch” e não, o doente pode e deve, a gente pode tocar, a gente à vezes recebe doentes que nem nunca lhe foram prestados os cuidados de higiene porque as pessoas têm medo (...)”

E1

“(...) a questão é que nós às vezes também não estamos preparados para isso, hoje em dia as pessoas têm medo do toque (...) as pessoas não dão nem 1% do que podem dar ao doente (...) tocar no doente às vezes é mecanizado tipo robot”

E6

“(...) nós temos que aprender primeiro antes de comunicarmos seja com familiares seja com os doentes, aprender a comunicar connosco, a palavra é “gostar muito da gente” e depois aí sim, depois vamos dar aos outros, enquanto essa inferência não existir, vamos ser muito robots, robots demais para o meu gosto (...)”

E6

“(...) quando está a comunicar com alguém está a transmitir emoções, está a partilhar emoções, amor, carinho, tristeza, ira, raiva, medo etc., tem que ser verdadeiro é quase como o sal, o açúcar e a pimenta na comida q.b, a gente ainda não aprendeu (...)”

E6

“O que eu acho é que se calhar precisávamos de desenvolver um bocadinho mais de técnicas (...)”

E8

Este facto poderá interferir no processo cuidativo dos enfermeiros face às exigências deste tipo de pessoas doentes, mas tal como refere Riley (2004) o enfermeiro pode continuamente promover a sua capacidade comunicativa até que consiga comunicar eficazmente perante as diferentes situações com que se depara, o que é fundamental pois, segundo Ramos e Bortagarai (2012):

Torna-se impossível o ato de cuidar do enfermeiro (...) sem haver habilidades de comunicação interpessoal, considerando tal comunicação não apenas um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas uma competência ou capacidade que deve integrar a formação do profissional de saúde. (p.166)

Na opinião dos participantes deste estudo a **falta de tempo e a sobrecarga de trabalho** são também fatores dificultadores do processo de comunicação, o que se pode constatar pelos seguintes excertos:

“(...) o ideal era termos as vezes mais tempo, eu sei que o tempo muitas vezes não é desculpa (...)” E8

“(...) nós devíamos ter mesmo tempo para estar com eles, para falar, para os tentar perceber (...)” E8

“(...) e às vezes nem falamos porque temos muitas tarefas para fazer, digo mesmo tarefas a gente quer é fazer aquilo porque depois temos as outras coisas e às vezes ele está a falar, que também faz parte da recuperação dele, mas nós tentamos abreviar porque temos outro doente, ou temos outro a complicar, ou outras vezes nem conseguimos lá chegar, há várias coisas, desde a falta de conhecimento, excesso de carga de trabalho (...)” E1

“(...) a dinâmica do serviço que não permite que nós tenhamos com ele um tempo suficiente para os tentar perceber, mas isso são dias, não é uma rotina são circunstâncias (...)” E5

“(...) eu concluo que a maior parte, eu quase que diria 100% mas é um bocado cedo demais, mas mais de 90% dos enfermeiros andam a robot, dá-se à corda e eles andam, mas os robots não têm emoções certo?! Eles não dão beijos, não dão abraços, não transmitem emoções e o que o doente quer quando está numa cama é que lhe passem alguma coisa (...) devia ser giro gravar as pessoas, a maior parte das pessoas dá-se à corda e elas andam em “auto-drive” basicamente elas muitas vezes não se apercebem do que fazem, é rotineiro, é fazer cuidados de higiene, é fazer isto é fazer aquilo e às 16 horas (...) as pessoas perderam emoções, o sorriso, o afeto (...)” E6

“(...) a verdade é que os rácios não são os ideais e nós muitas vezes acabamos por não comunicar aquilo que devíamos porque estamos demasiado centrados em fazer aqueles procedimentos que são obrigatórios (...)” E8

“(...) às vezes o termos mais atenção, porque nós próprios estamos tão centrados no nosso trabalho que esquecemos que também está ali (...) e não estamos a falar com a pessoa de quem estamos a cuidar” E8

O ambiente que caracteriza uma UCI e a complexidade das pessoas doentes interfere com a disponibilidade dos enfermeiros e por sua vez com a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa doente. Como refere Riley (2004) a comunicação pode facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica ou pelo contrário contribuir para a criação de barreiras, mas a realidade é que sobrecarga de trabalho e por conseguinte a falta de tempo leva a que os enfermeiros tenham menos tempo para investir na comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Esta ideia é corroborada por Marques, Correia, e Teixeira (2006) que afirmam que os cuidados prestados à pessoa doente sofrem uma mudança contante que se deve à continua evolução tecnológica. Segundo os mesmos autores o excesso de trabalho, a falta de recursos humanos e a falta de tempo são fatores dificultadores do estabelecimento de uma relação eficaz enfermeiro/pessoa doente, o que irá conduzir a uma maior desumanização dos cuidados prestados.

- **Centrados na pessoa doente**

As UCI's são contextos específicos de prestação de cuidados de saúde nomeadamente pela gravidade do estado clínico das pessoas doentes que se encontram internados (Henriques et al., 2011). Assim, os fatores dificultadores do processo de comunicação encontram-se também centrados na pessoa doente, pela sua condição de saúde. O **delírio, ansiedade ou a confusão** da pessoa doente dificultam o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente. Estes fatores podem, por um lado, comprometer a compreensão da pessoa doente sobre o que o enfermeiro lhe procura transmitir e por outro lado dificultar a compreensão por parte do enfermeiro daquilo que a pessoa doente quer transmitir, tal como ilustram os excertos que se seguem:

“(...) é um processo difícil, pronto depois se ele está em delírio, ele pode já não ter sedação e estar um bocado em delírio e isso torna um bocadinho a comunicação difícil, mas consegue-se (...)” E2

“(...) as vezes também pela ansiedade deles como não conseguimos perceber temos de dar um tempo e voltar passado um tempo a insistir na questão (...)” E4

“(...) ou então também ainda talvez, confusão, delírio e não conseguem, mas agora também já temos a avaliação do delírio que também já nos permite, acaba por ser uma avaliação também muito não verbal até para perceber o grau de compreensão deles (...)” E5

O estado de ansiedade, delírio ou confusional associado à condição de saúde da pessoa em situação crítica poderão ser considerados “fatores bloqueadores” do processo de comunicação uma vez que poderão dificultar a interação enfermeiro/pessoa doente. Tal como refere Phaneuf (2005) a ansiedade é um dos problemas mais frequentes das pessoas doentes e a intervenção de ajuda por parte do enfermeiro assenta no estabelecimento de um clima de confiança, essencial para a pessoa doente que tem necessidade de ter alguém com quem possa contar. Pela análise do segundo excerto é possível constatar que o enfermeiro ao cuidar estabelece uma relação de ajuda não “desistindo” da pessoa doente por mais dificuldades que sinta na compreensão do que ele lhe pretende transmitir.

Outro dos fatores dificultadores do processo de comunicação centrado na pessoa doente é a **incapacidade de comunicar** associada à presença de tubo endotraqueal, traqueostomia e/ou à condição da pessoa situação crítica tal como corroborado nos seguintes excertos:

“Na minha opinião é verbalizar, é um fator de ansiedade para o doente (...) o facto dele querer verbalizar e não conseguir verbalizar (...) eu acho que isso é o principal, ele não conseguir verbalizar (...)” E2

“(...) depois há ali aquela dificuldade, mas que vem do facto de eles não nos responderem, não conseguirem (...) mas o difícil mesmo num doente entubado é ter o feedback (...)” E3

“(...) a gente tem muitos doentes traqueostomizados, embora aí já se consiga perceber o que é que eles dizem, de forma diferente, às vezes tapamos a cânula e conseguimos (...)” E2

“(...) eles pura e simplesmente como não têm som porque estão entubados e nós tentamos ao máximo perceber-lo e as vezes resulta, as vezes por aproximação (...)” E6

“(...) a situação clinica, doente em coma, doente que tem uma sépsis grave que precisa de estar curarizado, sedado, analgesiado, tudo isso vão ser problemas (...)” E6

“(...) há doentes que quando estão com as cânulas fenestradas ou já numa fase de desmame mas mesmo entubados às vezes podemos lhe desinsuflar ligeiramente o cuff e sai assim aquela voz anasalada mas a gente consegue-os perceber perfeitamente (...)” E6

“Depende muito do doente, do grau de complexidade, há doente que estão tão mal mesmo apesar de não ter sedação que não conseguem comunicar, que estão comatosos e apesar de não terem nada neurológico, mas estão num estado as vezes ficam ausentes, ficamos as vezes mesmo sem perceber se estão num estado depressivo, se é mesmo da condição de doença (...)” E5

“É assim a nível da comunicação não é assim por vezes muito fácil pronto, principalmente perceber o próprio utente porque por vezes claro ao estar entubado não conseguimos perceber (...)” E7

Cintra et al. como referido por Saraiva e Martinho (2011) consideram que uma das barreiras da comunicação nas UCI's é a entubação da pessoa doente e a traqueostomia, pois devido a estes dispositivos de ventilação artificial as pessoas em situação crítica ficam impedidas de falar e de se expressarem com clareza, o que dificulta o processo de comunicação. Neste contexto, o enfermeiro terá dificuldade em compreender o que a pessoa doente lhe pretende transmitir e, por conseguinte, responder em concordância com o que a pessoa doente pretende saber.

Os processos de ventilação mecânica, traqueostomia entre outros que bloqueiam a capacidade comunicativa são considerados por Moreira et al. (2000), como causas orgânicas que perturbam a comunicação com pessoas doentes submetidas e estes procedimentos.

Embora a entubação endotraqueal conduza ao comprometimento da comunicação verbal, a traqueostomia, por sua vez, apresenta algumas vantagens nomeadamente no

que se refere à expressão verbal, pela possibilidade do tamponamento da cânula ou até pelo recurso a cânula fenestrada.

Sá e Machado (2006) referem que existem tubos especiais para traqueostomia que permitem um fluxo gasoso através da laringe e permitem a fala (tubo traqueal de PITT fenestrado), estes são especialmente aplicados em doentes que têm necessidade usar tubo de traqueostomia com cuff durante um período de tempo prolongado, nomeadamente os doentes com síndrome de Guillan-Barré.

A comunicação entre a pessoa doente e os profissionais de saúde será tanto mais difícil quanto mais instável estiver a pessoa doente, nomeadamente quando submetida a ventilação mecânica invasiva (Sá & Machado, 2006).

Também Cavaco, José, e Lourenço (2013) referem que a pessoa com entubação endotraqueal encontra-se impossibilitada de comunicar verbalmente, mas, para além desta barreira à comunicação também a necessidade de terapêutica ou até mesmo a própria doença podem limitar outras formas de comunicação não - verbais.

A **pessoa doente do foro neurológico** é outro dos fatores dificultadores do processo de comunicação, tal como podemos constatar pelos seguintes excerto.

“(...) eles estão entubados não conseguem falar, mas eles conseguem-nos perceber, se não forem do foro neurológico, eles percebem-nos, portanto, eu falo com eles normalmente como com qualquer outra pessoa (...)” E3

Ao estarmos perante uma pessoa doente do foro neurológico a sua compreensão da mensagem que o enfermeiro transmite pode estar comprometida o que irá interferir no processo de comunicação.

Por último outro fator dificultador do processo de comunicação centrado na pessoa doente e que emergiu da análise das narrativas dos participantes neste estudo foi a **não compreensão por parte da pessoa doente da mensagem** transmitida pelo enfermeiro, tal como constatamos pela análise dos seguintes excertos.

“(...) depois essas estratégias dependem também do grau de escolaridade das pessoas e do grau de compreensão, as pessoas menos instruídas, as pessoas mais idosas as vezes também nos surpreendem, mas têm mais dificuldade depois em estabelecerem outros tipos de comunicação, as pessoas que já são mais instruídas começam a perceber melhor as coisas, percebem melhor as nossas explicações e já avançamos para outro tipo de comunicação (...)” E5

“(...) o grau de escolaridade também influencia muito, o grau de percepção, o grau de compreensão das pessoas, da situação crítica e do que implica estar entubado e nós oferecemos as estratégias, mas muitas vezes eles também não as sabem utilizar (...)”

E5

“(...) há doentes que têm um nível de cultura que as vezes não permite (...)” **E6**

Uma vez que a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva apresenta a comunicação comprometida o enfermeiro deve mobilizar estratégias comunicacionais de forma a ter o feedback por parte da pessoa doente. Estratégias estas que podem se difíceis de apreender por parte das pessoas doentes nomeadamente pelo seu grau de escolaridade, pela idade ou pela própria cultura. Pelos mesmos motivos as pessoas doentes também poderão apresentar dificuldades em compreender o porquê de apresentarem um tubo endotraqueal e as implicações deste na comunicação. Cintra et al. como referido por Saraiva e Martinho (2011) também apontam os graus de escolaridade como uma das barreiras da comunicação nas Unidades de Cuidados Intensivos.

3 - ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

A categoria **estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação** com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva integra cinco subcategorias: **comunicação verbal**, **comunicação não-verbal**, **habilidades comunicacionais**, **negociação de estratégias de feedback** e **mobilização de recursos materiais**, que emergiram do processo de análise de conteúdo efectuado às entrevistas dos enfermeiros. Por sua vez, estas subcategorias integram vários indicadores.

Um dos principais fatores de stress para a pessoa doente com uma via aérea artificial é o compromisso da comunicação. Assim sendo diversas intervenções são implementadas no sentido de facilitarem a comunicação das pessoas doentes que apresentam tubo endotraqueal/traqueostomia. Todavia, neste contexto, é fundamental uma avaliação completa da capacidade de comunicação da pessoa doente e educação da mesma para comunicar através de outros métodos (Urden et al., 2008).

Segundo Sequeira e Pinho (2016),

A primeira abordagem à pessoa com dificuldades na comunicação verbal ou mesmo impedida de falar é avaliar o seu nível de consciência e de incapacidade, ou seja, o que é capaz, ou não, de fazer, para se potencializarem ao máximo as suas capacidades (...) Face à avaliação da situação, deve estabelecer-se um plano de acordo com recursos existentes e o potencial do individuo. (p.198)

Relativamente às estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação inferiu-se da análise efectuada ao discurso dos participantes que estes utilizavam a comunicação verbal que iremos seguidamente analisar.

- **Comunicação verbal**

A comunicação verbal envolve a **palavra falada**, estratégia de comunicação muito utilizada na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Os participantes do presente estudo referem que partem do princípio que a pessoa doente os consegue ouvir, porém, sentem dificuldade na obtenção do feedback por parte da

pessoa doente o que conduz à mobilização de outras estratégias por parte dos enfermeiros.

“(...) a gente utiliza várias estratégias, utilizamos várias, desde o diálogo em si (...)” E1

“Para falar com eles?! Não sinto essa dificuldade, nós falamos como falamos para qualquer outra pessoa o facto de estar entubado ou não, o problema depois é a resposta (...) mas não tenho eu dificuldades em falar com eles, as vezes tenho dificuldade é em ter feedback, percebe-los pelo menos (...)” E3

“É assim eu falo a comunicação principal, a verbal, nós falamos com eles na mesma porque eles estão entubados, mas não tendo outros problemas não estão surdos, eles conseguem ouvir-nos e conseguem-nos perceber, portanto eu falo com eles normalmente (...)” E3

“Da nossa parte nós falamos como falamos para qualquer outra pessoa, como para qualquer outro doente, agora às vezes o problema é o feedback, numa conversa normal há sempre uma resposta aquilo que a gente diz (...)” E3

“Mas assim as que eu mais utilizo acaba por ser a comunicação verbal (...)” E8

No estudo realizado por Cavaco et al. (2013) que tinha como objetivo identificar as estratégias utilizadas para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, uma das estratégias mobilizadas no processo de comunicação também foi a comunicação verbal. Neste sentido é necessário que os enfermeiros se posicionem corretamente junto à pessoa doente para que a interpretação da sua mensagem seja facilitada assim como devem reduzir as distrações visuais/sonoras durante a comunicação.

- **Comunicação não-verbal**

No que se refere ao processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, os enfermeiros recorrem ao **toque** “um instrumento de extraordinário

relevo na comunicação não verbal” (Ferreira & Dias, 2005, p. 85), uma forma de comunicação e de cuidar do outro como um todo (Silva et al, 2006).

“O toque, mas menos, pronto eles as vezes ficam muito agitados tento acalmá-los com a mão, com as mãos (...) fazendo uma “festa” na cara para ver se a pessoa se acalma, quando a gente começa a tentar comunicar com eles verbalmente e eles não conseguem e começam a ficar muito ansiosos así sim costumo recorrer ao toque para os acalmar (...)” E2

“Em termos de toque, sim nós isso fazemos, mas isso normalmente fazemos quase sempre mesmo sedados (...)” E3

“(...) em termos do toque, às vezes até para eles sossegarem basta estarmos um bocadinho de mão dada e fazer uma “festa” e eles acalmam porque nota-se que é a presença de alguém que os conforta e que de alguma forma lhes transmite alguma segurança (...)” E4

“(...) o toque para mim é daquelas coisas que mexe, não mexe só com o doente, mas mexe connosco (...)” E6

“(...) chegue ao pé do doente, agarre-lhe na mão e esteja ali, não esteja em mais lado nenhum, esteja só ali, a taquicardia diminui, ele sorri, fica mais calmo (...)” E6

Tal como referem Hudak e Gallo (1997) na UCI há uma necessidade acrescida de usar o toque uma vez que os aparelhos e toda a tecnologia que envolve a pessoa doente contribuem para a despersonalização da pessoa doente. Pelo toque expressivo, genuíno e sincero os enfermeiros podem transmitir cuidados mais humanizados e apoio às pessoas doentes assim como às suas famílias (Saraiva & Martinho, 2011).

Constatamos pelos relatos dos participantes que estes recorrem ao toque no intuito de acalmarem a pessoa doente, ideia que vai no sentido do referido por Hudak e Gallo (1997) que consideram que o toque pode ser de grande utilidade nas pessoas doentes que apresentem medo, ansiedade, depressão, dificuldades em verbalizar ou que se apresentem desorientadas.

Na opinião de um dos participantes o toque é importante para a pessoa doente assim como para o enfermeiro que é quem toca, ideia que Saraiva e Martinho (2011)

corroboram e completam ao referirem que o toque “origina alterações e sensações que influenciam a forma de estar do ser humano, provocando mudanças fisiológicas mensuráveis naquele que toca e no que é tocado” (p.13).

Por sua vez, Gordon como referido por Ferreira e Dias (2005) fala no toque afetivo, “uma expressão espontânea de sentimentos, uma forma de confortar, de “estar com”” (p.84). De acordo com Hudak e Gallo (1997) um aumento do toque afetivo associado ao tratamento pode melhorar significativamente o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente.

- **Habilidades comunicacionais**

Outra subcategoria que emergiu da análise efetuada às entrevistas dos participantes foi as **habilidades comunicacionais** que integra os seguintes indicadores: ***questões simples e dirigidas; interpretação da mimica labial; interpretação de comportamentos/expressões da pessoa doente.***

No que refere às habilidades comunicacionais os enfermeiros recorrem, por vezes à utilização de ***questões simples e dirigidas***, como estratégia no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

“(...) como o doente não nos consegue dar respostas prolongadas é muito do sim e não, consegue muito pelo sim/não (...)” E4

“(...) vamos ter que devagarinho sim/não, se tem dores e perguntas dirigidas de resposta sim/não a primeira fase de comunicação é esta (...)” E5

“(...) perguntar se tem dor ou não (...)” E7

“(...) as vezes fazer questões mais simples, tentar dirigir, perguntar se é com ele, se é com o corpo dele, se é alguma coisa que o preocupa da família, de fora e depois ir tentando eliminar e afunilando os temas, mas as vezes é complicado.” E8

Os enfermeiros ao utilizarem questões simples e dirigidas irão facilitar a resposta por parte da pessoa doente, que passa muito apenas pelo sim/não sendo mais fácil para o

enfermeiro compreender a resposta. Tal como referem Sequeira e Pinho (2016) de forma a ser mais fácil a compreensão da mensagem por parte das pessoas com a comunicação comprometida, há um conjunto de estratégias que podem ser adotadas nomeadamente: falar devagar, de forma simples e usar frases curtas; abordar um tópico de cada vez e dar tempo ao recetor para assimilar a informação e pensar na resposta.

Os enfermeiros referem que para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva mobilizam outras estratégias que passam, por exemplo, pela ***interpretação da mimica labial***. Assim, as pessoas doentes procuram responder verbalmente e embora não emitam sons, movimentam os lábios e se o fizerem a um ritmo lento é passível de ser compreendido pelo enfermeiro.

“(...) pela nossa experiencia tentar ler os lábios, nós dizemos para eles falarem devagar ou gesticular devagar porque nós tentamos ler os lábios (...)” E1

“(...) ler lábios em alguns doentes é fácil, outros é muito difícil e não se consegue perceber e aí temos de recorrer a outro tipo de estratégias (...) falamos um bocadinho por mimica (...)” E3

“(...) quando conseguimos fazer a leitura de lábios que muitas vezes também é possível (...) faço muito pela leitura (...)” E4

“(...) tentar ver se a pessoa só com o movimento dos lábios nós a conseguimos perceber, quando essa estratégia falha e normalmente é porque eles tentam falar normalmente e nós estivéssemos a perceber tudo e depois ficam muito indignados connosco porque nós não os conseguimos perceber (...)” E5

“(...) a mimica quando é eficaz às vezes nós percebemos mesmo (...)” E6

“(...) maior parte das vezes ou é pela leitura dos lábios (...)” E7

“(...) tentar através dos lábios, explico, “faça só um movimento com os lábios, devagar para ir tentando perceber” essa se calhar é a mais frequente e aquela a que eu mais recorro” E8

Segundo Sá e Machado (2006) muitos das pessoas doentes que apresentam traqueostomia ou um tubo orotraqueal com o cuff insuflado tentarão um esforço verbal, desta forma uma das estratégias de comunicação passa pela interpretação da mimica labial, o que poderá ser fácil de entender por parte dos profissionais. A sua eficácia pode aumentar pedindo que formem frases curtas e acentuem a silabação.

Porém, nem sempre o enfermeiro consegue descodificar a mensagem que a pessoa doente lhe procura transmitir, por isso esta habilidade para interpretar a mimica labial da pessoa doente requer experiência por parte do enfermeiro e ao mesmo tempo também disponibilidade. Desta forma, o enfermeiro e especialmente aquele que cuida no contexto de uma UCI para tentar comunicar com as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva “precisa se saber utilizar os seus sentidos, ter disponibilidade de tempo e energia, ter disponibilidade intelectual e afectiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda” (Ferreira & Dias, 2005, p.68).

Para alguns dos participantes do presente estudo a ***interpretação dos comportamentos/expressões da pessoa doente*** é também uma estratégia de comunicação que assume relevante importância perante a pessoa com a comunicação comprometida pela necessidade a ventilação mecânica invasiva, como se pode constatar nos excertos que se seguem:

“(...) a questão da dor pela questão visual assim mesmo que ele diga que não às vezes acho que sim e dou alguma coisa e efetivamente relaxa (...)” E4

“(...) o único não verbal que nós conseguimos perceber através de uma expressão é a dor e esse tipo de comunicação é quase fisiológica e têm essa manifestação mesmo sedados (...) mas enquanto estão sedados é mesmo pela expressão (...)” E5

“(...) mas nos doentes que estão muito sedados, aí claro obviamente não existe e vamos tendo sinais só de dor e de desconforto e tentando perceber o que se passa (...)” E8

“(...) sim a não - verbal nós também vamos conseguindo ler as expressões, o olhar, quando algo os preocupa também é fácil às vezes entender pela ansiedade, vamos lendo todos esses sinais, mas depois chegar às vezes à mensagem concreta, as vezes consegue-se, outras vezes é um desafio.” E8

Esta tentativa de interpretação dos comportamentos/expressões da pessoa doente, por parte dos enfermeiros, é tida como uma importante estratégia e é, também, salientada por Phaneuf (2005) ao referir que a enfermeira, “deve observar o doente ao qual se dirige e reunir as expressões que lê na sua face para lhe dar um sentido; poderá assim compreender melhor o que sente o doente e ajudá-lo melhor.” (p.76).

- **Negociação de estratégias de feedback**

Quando a pessoa doente se encontra numa situação que impeça um feedback verbal o processo cuidativo perde características que lhe são únicas pelo que, nos serviços que integram este tipo de pessoas doentes a comunicação é um desafio no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros (Saraiva & Martinho, 2011).

A **negociação de estratégias de feedback** é outra das estratégias que os enfermeiros deste estudo utilizam de modo a facilitar o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Os participantes referem que os códigos não verbais, ajustados a cada pessoa doente como, por exemplo, **Fechar/Abrir/Piscar de Olhos**, são passíveis de serem utilizados no processo de comunicação como se pode ler nos seguintes excertos:

“(...) se me está a ouvir feche ou abra os olhos (...)” E1

“Sim recorro à comunicação verbal, quer dizer à minha verbal e à dele por vezes gestual, se sim pode ser ele fechar os olhos, a cada pergunta que lhe vou fazendo o sim é fechar os olhos e vamos dialogando dessa maneira, mas é para coisas práticas, se tem dores, se não tem dores, se está bem posicionado, se não está bem posicionado, pronto nesse sentido, não vamos tentar imprimir na primeira fase um diálogo mais complexo (...)” E2

“(...) pelo piscar dos olhos (...)” E4

Esta é uma estratégia que permite à pessoa doente responder a questões simples que o enfermeiro coloca.

Perante as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva que apresentem a função neuromuscular minimamente preservada os **gestos (apontar, abrir/fechar/apertar a mão)** também poderão ser eficazes.

“(...) o tentar abrir e fechar a mão, sem me está a ouvir aperte a minha mão (...)” E1

“(...) apertar a mão como um tipo de resposta à questão (...)” E4

“(...) depois tentar com que ele toque em algum sitio que doa ou aponte “aponte com a sua mão onde é (...)” E1

“(...) eles arranjam sempre maneira de alguma coisa dizer, ou de apontar, ou alguma coisa assim do género (...)” E6

O **acenar com a cabeça (sim/não)** também é um dos movimentos que nós utilizamos diariamente para dizer estes dois vocábulos, podendo desta forma esta negociação ser facilmente percebida pela pessoa doente e aceite, mas também é importante que o enfermeiro realize questões simples e breves de forma a facilitar esta resposta pela pessoa doente, como podemos ler nos excertos de alguns dos participantes:

“(...) pedimos só para acenarem a cabeça (...)” E1

“(...) eles conseguem-nos responder se sim ou não com a cabeça maioritariamente em questões simples e básicas (...)” E3

“(...) ou mesmo ao nível não verbal, acenar a cabeça pronto se tem dores ou não tem dores pronto é mais nesse aspeto.” E6

Como referem Sá e Machado (2006) é importante que se defina o significado de cada gesto e que este código seja divulgado de forma a facilitar o estabelecimento de um diálogo.

A mobilização de estratégias de comunicação adequadas a cada pessoa doente também depende das competências comunicacionais de cada enfermeiro e por

consequente irá refletir-se na relação terapêutica estabelecida, tal como referem Ferreira e Dias (2005) “Para que o enfermeiro integre na sua prática a relação de ajuda de um modo efectivo é essencial que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio” (p.65).

Assim perante uma pessoa doente que se encontra impossibilitado de comunicar verbalmente é importante valorizar os pequenos progressos (a título de exemplo, levantar um dedo e indicar onde sente dor) pois podem representar grandes vitórias. Como tal é importante perante este tipo de pessoas doentes ser-se paciente, encorajador e fornecer reforços positivos (Sequeira & Pinho, 2016).

- **Mobilização de recursos materiais**

A **mobilização de recursos materiais** é, também, outra das estratégias que emergem dos discursos dos enfermeiros e que estes utilizam para efetivar o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva

Segundo Sequeira e Pinho (2016) a utilização de um quadro/prancha de comunicação escrita, com símbolos, letras, frases que incluam as comunicações mais frequentes dos doentes, fornecer papel, caneta ou lápis se a comunicação escrita estiver preservada são outras das estratégias que podem facilitar o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente.

A folha com as **letras do abecedário/imagens** é um dos recursos materiais utilizados pelos enfermeiros na UCI em estudo, tal como se pode constatar pela leitura dos seguintes excertos:

“(...) nós temos um abecedário e eles vão apontando, pronto quando já têm mobilidade e não têm problema de mobilidade dos membros superiores e vão apontando (...)” E1

“(...) depois temos às vezes uma folha com o abecedário em que vamos tentar por a primeira letra de cada palavra e vamos tentando formar a frase que ele quer dizer (...)” E2

“Temos algumas imagens, nós também temos aqui imagens que às vezes lhes mostramos para tentar perceber se é aquilo ou não, mas não é fácil.” E3

“(...) também temos letras que conseguimos que eles nos vão apontando, mas eu acho que é um bocadinho difícil porque depois para construir palavras já requer um raciocínio mais constante e às vezes eles ainda não têm essa capacidade (...)” E4

“(...) temos umas folhas que têm as letras do abecedário vamos apontando e vamos juntando a ver se faz sentido o que eles querem dizer (...)” E6

“(...) o abecedário numa folha com as letras, as vogais e as consoantes separadas para ver se conseguimos chegar a um consenso (...)” E8

“(...) depois é a tal folha do abecedário, quando eles não são capazes eu digo só para dizerem sim quando eu disser a letra da palavra que eles querem dizer mas isso é uma estratégia que demora mais tempo, mais morosa, nós nem sempre temos toda essa disponibilidade e é uma daquelas a que eu menos recorro mas quando é necessário sim (...)” E8

A visualização permite à pessoa doente identificar a imagem que ilustra a necessidade que pretende ver satisfeita assim como as letras permitem à pessoa doente ir formando as palavras. Estas são algumas alternativas contudo, implicam que a pessoa doente apresente mobilidade dos membros superiores adequada para que possa apontar a imagem ou as letras para formar a frase que pretende. Um dos participantes refere que esta estratégia é mais difícil porque requer um raciocínio mais complexo por parte da pessoa doente e também segundo outro dos participantes é uma estratégia mais morosa e que requer mais disponibilidade por parte do enfermeiro.

No que se refere às letras e à construção frásica o enfermeiro deverá acordar com a pessoa doente a forma como será realizada a pausa entre as palavras como por exemplo, um piscar de olhos/sinal feito com as mãos (Silva et al, 2006).

A simples utilização de **papel e caneta** é outra das estratégias que permite à pessoa doente exprimir-se, uma vez que à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva é-lhe “retirada” a possibilidade da palavra falada a escrita é uma forma de comunicação que pode utilizar desde que não existam limitações (Silva et al., 2006), tal como podemos verificar pelos seguintes excertos:

“(...) eles às vezes também escrevem, só que como vieram de sedações às vezes profundas têm muita dificuldade em escrever, as letras não saem corretamente (...)”

temos uma “placasinha” onde às vezes metemos umas folhas e damos-lhe umas canetas para eles escreverem (...)” **E2**

“(...) às vezes tentamo-nos entender com algumas folhas de papel, alguns conseguem escrever alguma coisa outros também não conseguem porque não têm força e depois depende da situação de cada um (...)” **E3**

“(...) prefiro tentar que eles escrevam é isso que faço mais frequentemente (...) a letra eles perdem algum tônus muscular que é verdade depois da sedação não têm a mesma agilidade (...)” **E4**

“(...) depois quando (...) a pessoa é capaz de escrever vamos à escrita, as vezes também não dá, as vezes os doentes pensam que são capazes de escrever e depois chegam lá e não conseguem fazer nada, mas nós facilitamos (...)” **E5**

“(...) a folha e a caneta que lhes passamos desde que eles não tenham limitações (...)” **E6**

“(...) a escrita eles só conseguem normalmente quando estão já algum tempo sem sedação porque é uma motricidade muito fina e às vezes mesmo em internamentos que são prolongados eles não conseguem ter essa capacidade de escrita, embora seja também uma alternativa (...)” **E8**

Contudo, a linguagem escrita também apresenta algumas desvantagens pelo facto de não poder ser utilizada pela pessoa doente que não pode utilizar as mãos. Para além disso é difícil de usar quando a pessoa doente está na posição de deitada e exige a capacidade de ler e escrever (Saraiva & Martinho, 2011). Os enfermeiros do presente estudo fazem referência, nos seus discursos, ao facto das pessoas doentes que estiveram com sedações profundas poderem ter a sua capacidade de escrita comprometida quer pela diminuição do tônus muscular quer pela alteração da motricidade fina.

De forma a facilitar a comunicação é também possível recorrer a sistemas mais sofisticados tais como comunicadores de voz gravada/sintetizada e computadores (Sequeira & Pinho, 2016). Contudo, independentemente do método selecionado é importante ensinar a pessoa doente a utilizar o material (Urden et al., 2008).

Moreira et al. (2000) referem que as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva devem ser estimuladas a comunicar através da escrita, gestos ou visualização dado que o esforço para falar pode originar problemas a nível da traqueia e até eventualmente lesões nas cordas vocais.

Todas as estratégias mencionadas anteriormente,

destinam-se a proporcionar ao doente, apesar de impedido de o fazer pela via habitual, a possibilidade de poder manter as suas relações com as outras pessoas exprimindo as suas emoções, sentimentos, opiniões, necessidade. Trata-se de o manter em comunicação com o exterior. (Sá & Machado, 2006, pp. 32-33)

Com salientam Cavaco et al. (2013) o facto dos enfermeiros apresentarem disponibilidade para a aplicação de cada uma das estratégias referidas é uma das prioridades a que os enfermeiros das UCI's devem estar sensíveis. A utilização eficiente e eficaz de cada uma destas estratégias irá contribuir para o bem-estar, a segurança e respeito pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e em ultima análise irá refletir-se na qualidade dos cuidados prestados.

4 - A FAMÍLIA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Numa perspetiva holística a prática dos cuidados de enfermagem deverá dar ênfase à relação de ajuda. Esta deve ser estabelecida entre o enfermeiro, pessoa doente e família/pessoa significativa, indo desta forma ao encontro daquelas que são as reais necessidades da pessoa doente e da família (Sá & Machado, 2006).

A presente categoria agrega duas subcategorias: **envolver a família como parceira no processo de cuidar** e **apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente**. Estas por sua vez integram indicadores.

- **Envolver a família como parceira no processo de cuidar**

Segundo os autores acima mencionados para além de ser fundamental o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa doente a envolvência da família/pessoa significativa no processo de comunicação também se reveste de grande importância. O enfermeiro que cuida da pessoa doente numa perspetiva holística percebe que ele é um indivíduo, um membro de uma família e um cidadão de uma comunidade, é assim um sistema vivo, um todo indivisível que pertence a uma família e a uma sociedade na qual se encontra inserido (Rosário, 2009).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a família é definida como um “Grupo: Unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIPE, versão 2, 2011, p.115).

Assim sendo, os enfermeiros ao terem por objetivo um cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica, a sua família deve ser envolvida no processo de cuidar. Desta forma perante a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva torna-se importante envolver a família, **estimular a família à comunicação** com o seu familiar doente. Esta ideia emergiu dos relatos de alguns dos participantes:

“(...) Nós estimulamos só que não é fácil, as pessoas entram aqui isto é um mundo, “um bicho de 7 cabeças” E1

“(...) mesmo quando eles estão sedados nós estimulamos e dizemos que podem falar, que podem dizer aquilo que quiserem, não há resposta por parte do doente e eles não têm que ficar à espera de uma resposta porque eles não conseguem, mas falar podem sempre falar.” E3

“(...) eu digo, “diga o que tem a dizer”, nós nunca podemos dizer que o doente não ouve à partida ouve mas “não lhe vai responder, mas se sentir essa necessidade (...)” E4

“No meu caso eu estimulo sempre a comunicação com a família porque acho que é um momento que eles têm, que é tão pouco, que eles têm que o aproveitar da melhor maneira possível (...)” E5

“(...) há familiares quando lá caiem de alguma forma há aqueles que são mais expansivos que tocam, que tentam falar, que as vezes estão a rezar e isto e aquilo tudo, mas às vezes não interagem e as vezes o papel um bocadinho é “fale com ele, fale, mexa” para ver até em termos de reações que o doente tem, pressupondo que o toque é diferente e o doente já conhece o toque e tudo mais e a voz (...) é uma das coisas que é estimulada em todos os momentos da visita (...)” E6

“(...) depois quando eles estão sedados ou não também incentivo muito os familiares a falar porque é uma voz mais conhecida deles, que a nossa e eles podem reagir mais à voz do familiar, à pessoa mais próxima, do que à minha (...)” E7

“Normalmente estimulo sim (...) isto é um ambiente também muito estranho para os familiares e eles sabem que é de uma gravidade muito grande, normalmente são doentes que estão em estado critico, mas e então eles quando entram no inicio então nas primeiras visitas maior parte deles nem toca fica assim a uma certa distância, tem medo de fazer alguma coisa, de tocar, de estragar (...)” E8

Face à gravidade da pessoa doente a família expressa incertezas, nomeadamente no que se refere ao facto de poder estimular a pessoa doente. Perante estas situações e, considerando que o momento da visita é um momento privilegiado para ambos e que a pessoa doente pode reagir positivamente perante uma voz que lhe é familiar, e um toque que pode ser significativo, os enfermeiros devem apoiar a família e estimular a comunicação verbal ou não-verbal com o seu familiar doente.

De acordo com Engström, Uusitalo, e Engström como referido por Sá, Botelho, e Henriques (2015) a família fornece à pessoa doente apoio emocional, carinho, esperança, promove a sua orientação enquanto pessoa e também no tempo e no espaço. Segundo estes autores as pessoas doentes ficam mais calmas e até aderem melhor aos procedimentos, quando percebem que têm a sua família próxima deles e a apoiá-los. Por sua vez, o enfermeiro perante a família tem como principal função proporcionar um ambiente calmo e seguro de forma a que a família possa estar próxima da pessoa doente e tocar-lhe sem ter medo de interferir nos tratamentos.

Para Jesus et al. (2013) não existem efeitos adversos na condição clínica das pessoas doentes quando expostas a vozes de familiares pelo contrário há sim resultados positivos desta intervenção no estado de consciência. Conforme Saraiva como referido por Saraiva e Martinho (2011) as vozes dos familiares podem contribuir para as melhorias do estado clínico da pessoa doente.

Também o estudo realizado por Rosário (2009) em que um dos objetivos era identificar os sentimentos vivenciados pelas pessoas doentes durante o período ventilatório, concluiu que as pessoas doentes evidenciam sentimentos positivos relacionados com a presença da família e que a família assume um importante papel no apoio e na orientação da pessoa doente. Sendo de facto de valorizar os enfermeiros estimularem a comunicação da família com a pessoa doente, quando presente.

Mas no que se refere à questão da envolvimento da família/pessoas significativas é uma preocupação que tem vindo a crescer no seio das equipas, permitindo a presença das visitas neste contexto, assim como o envolver a família no processo de cuidar, como podemos ler no excerto que se segue:

“(...) e eu sou da altura em que este serviço não tinha visitas, as visitas eram telefónicas (...) portanto isto já levou muitas voltas e acho que evoluiu e bastante (...)” E6

O facto do enfermeiro estimular a comunicação verbal e não-verbal por parte da família **ajuda a tranquilizar a pessoa doente**, como verificamos pelos seguintes excertos:

“(...) às vezes a gente não sabe a vida que as pessoas têm em casa, ou têm uma dívida que deviam ter pago ou iam para pagar e tiveram o acidente e estão preocupados, a gente não sabe se há dívidas ou não sei o que, e as vezes a família vem e diz “não te preocupes, isso já foi tudo tratado” e a pessoa que de manhã se calhar estava a “levar”

haldol, agitação, às vezes as coisas melhoram, só que as vezes é assim por tentativa – erro (...)” E1

“(...) também faço com que eles estimulem também a nível do toque (...) eles conseguem identificar e muitas vezes podem ficar mais calmos (...)” E7

“(...) eu digo “é uma voz conhecida, fale de coisas boas, de alguma coisa que imagine que o está a preocupar e despreocupe-o (...)” E8

Os participantes referem nos seus discursos que muitas das preocupações das pessoas doentes dos cuidados intensivos estão fora do âmbito hospitalar assumindo a família um importante papel neste âmbito, uma vez que esta é uma importante fonte de informação sobre o mundo exterior (Engström, Uusitalo, & Engström como referido por Sá et al., 2015) e desta forma contribuirão para despreocupar a pessoa doente. Também através da comunicação não-verbal, pelo toque, o familiar consegue tranquilizar a pessoa doente pois tal como referem Silva et al. (2006) o toque permite transmitir interesse, proporcionar confiança e tranquilizar a pessoa doente.

Na opinião de Hudak e Gallo (1997) o uso do toque transmite todas as mensagens de atenção e apoio e ao mesmo tempo proporciona algum contato com o ambiente, de igual forma o conforto e a proteção transmitidos através do toque são extremamente significativos para as pessoas doentes.

O enfermeiro ao envolver a família como parceira do cuidar obtém ajuda por parte destes últimos para **descodificar a mensagem** transmitida pela pessoa doente, como se pode ler nos excertos de alguns dos participantes:

“(...) pronto às vezes também chamamos a família se ela ai estiver, ou se o doente estiver um pouco agitado e coincidir com a hora da visita, a gente diz à família “olhe tente lá perceber”, a gente depois volta a questionar o doente (...) e as vezes eles até estão dentro do assunto e as vezes eles ajudam-nos também a descodificar um pouco o que se passa (...)” E1

“(...) as vezes as próprias famílias nisso também nos ajudam porque como já os conhecem de outra forma, conseguem chegar à preocupação mais rápido do que nós, mas é envolvendo a família que também fazemos.” E4

O facto do familiar/pessoa significativa conhecer melhor a pessoa doente pode ser considerado uma mais valia uma vez que poderão conhecer e/ou perceber as preocupações da pessoa doente e aquilo que a pessoa doente procura transmitir. Ideia que é corroborada por Martinho e Rodrigues (2016) que dizem que as pessoas doentes sentem mais dificuldade de comunicação com os médicos e com os enfermeiros em comparação com a família e amigos.

- **Apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente**

No processo de cuidar a pessoa em situação crítica, muitas vezes com a comunicação comprometida pela necessidade de ventilação mecânica invasiva, assume particular relevância a comunicação com a família, uma vez que no contexto dos cuidados intensivos é o enfermeiro quem recebe o familiar e o acompanha no momento da visita. Assim sendo faz sentido o enfermeiro **preparar a família para comunicar** com o seu familiar doente.

“(...) nós vamos tentando contextualizar a família e tentar explicar, eu por norma quando é a primeira vez tento explicar o que é o TOT, o que são as sondas, o que são todos aqueles fios e depois explico que ali naquele monitor dão-nos uns valores mas que não ligue às cores nem às linhas (...) então o que nós fazemos é tentar contextualizar para não terem tanto medo, eles às vezes até têm medo de tocar quanto mais de falar (...) o que nós dizemos é que quando for falar com ele a resposta/feedback não será aquela que ele está à espera, até porque ele está entubado não vai dar resposta, dizemos logo que ele não emite som mesmo quando está numa fase do acordar, quando eles estão mesmo adormecidos nós dizemos à pessoa que pode tocar, massajar e só dizer coisas positivas, se quiserem rezar, se quiserem orar, que se quiserem cantar ou fazer o quê podem, mas nós estimulamos o toque para as pessoas estimularem mesmo numa fase em que estão sedados para eles sentirem” E1

“(...) quando eles estão sedados e às vezes a situação não está fácil, é reservada, há momento em que a gente apela até só para o toque, para eles não falarem muito porque isso às vezes estimula-os e chega lá alguma coisa e as vezes disparam taquicardia, essas coisas assim. Quando eles já estão sem sedação ou com uma sedação mais baixa, já numa fase mais orientada a gente diz pronto, pode conversar devagarinho, com calma, para se identificarem, eles às vezes reconhecem os familiares, abrem os olhos (...)” E2

“(...) eu digo sempre isso à família, fale, diga o que quiser, fale com ele, converse com ele nada assim de problemático (...) para não trazer os problemas de casa para cá porque os doentes já têm que chegue (...)” E3

“(...) eu digo “pode falar, pode tocar, pode o que quiser neste momento, aquilo que sentir é o que deve fazer” e é muito isto o meu discurso, é deixar a pessoa escolher se quer tocar, porque há muitas que não querem, é o falar, há muitas que sim outras que não, há muitas que se remetem ali um bocadinho ao sofrimento delas mas eu acho que tem que haver esse espaço (...)” E4

“nós também estimulamos uma comunicação inicialmente vá vamos com calma, vamos só contar as novidades lá de fora, só coisas boas, tudo com muita tranquilidade que é para o doente aqui estar protegido porque não adianta estar a saber também das coisas complicadas da rua (...)” E5

“(...) tento explicar ao familiar se é a primeira vez ou não uma visita à Unidade de Cuidados Intensivos e procedimento em tudo e depois tentar explicar que apesar de ser um curto tempo de espaço da visita, de falarem com ele (...)” E7

“(...) normalmente aproximo-me e digo “pode tocar, pode falar” mesmo quando os doentes estão sedados eu digo sempre para falarem porque nós nunca sabemos o que é que chega de facto (...) tentarem transmitir coisas boas e falarem com eles, quando eles estão mais despertos então aí sim “olhe fale, toque” normalmente até destapo as mãos para eles podem tocar (...)” E8

Segundo Sá et al. (2015) cuidar da família consiste em estar junto à família, fornecer informação, orientar a família no ambiente do serviço, escutar as suas preocupações, responder às suas preocupações e ao mesmo tempo providenciar conforto físico e emocional.

Pode-se considerar que a família de uma pessoa em situação crítica se encontra em situação de crise - crise emocional (Hudak & Gallo, 1997). Segundo Sequeira (2016) uma situação de crise pode ser definida como um estado temporal de desorganização que se traduz na incapacidade pessoal para lidar com uma situação de forma adaptativa. Neste contexto e segundo os mesmos autores a família encontra-se muito

recetiva assim sendo, o enfermeiro deve demonstrar capacidade de ajuda, interesse e empatia ao contactar pela primeira vez a família da pessoa doente.

O enfermeiro tem desta forma a possibilidade de oferecer apoio à família e à pessoa doente, explicando à família o equipamento que envolve a pessoa doente e a forma como o vai encontrar antes que ela se aproxime da pessoa doente. Preparar a família para esta experiência difícil é fundamental, conduzindo-a junto ao leito, ajudando-a a iniciar a estimulação tátil, estimulando-a a tocar na pessoa doente e a reduzir o medo do familiar em prejudicar a pessoa doente. Esta uma boa forma para reduzir a ansiedade da família e da pessoa doente criando condições para se sentirem mais à vontade naquele ambiente estranho (Hudak & Gallo, 1997).

De igual forma no que refere á comunicação verbal, o enfermeiro deve salientar alguns aspetos que a família deve ter em conta, nomeadamente a importância de não referirem nada que possa influenciar negativamente a pessoa doente. Um dos participantes deste estudo referiu no seu discurso que informou o familiar da possibilidade de orar caso assim o pretendesse, segundo Hudak e Gallo (1997) as pessoas doentes dos cuidados intensivos e as suas famílias frequentemente oram por cura milagrosa.

Transmitir à família alguma estratégia de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva pode ser útil por forma a obterem alguma resposta por parte do familiar doente.

“(...) aquilo que nós usamos também dou as “ferramentas” as visitas para terem, é igual não há diferença por ser familiar, ou seja, eu tenho as minhas “ferramentas” que posso usar com eles e se resultarem vou disponibilizá-las à família.” E4

No que se refere aos recursos materiais é também fornecido à família folhas e canetas quando a pessoa doente tem capacidade para a escrita. Esta é uma estratégia que permite à pessoa doente expor mais facilmente os seus problemas pessoais.

“(...) e os familiares na hora da visita, eles querem escrever, depois o familiar vem para nós, temos uma “placasinha” onde às vezes metemos umas folhas e damos-lhe umas canetas para eles escreverem (...)” E2

“(...) também comunicam entre eles pela escrita (...)” E4

“(...) as vezes há aqueles que estão entubados mas que pronto pedem um papel e caneta e as vezes os seus problemas pessoais e isso tudo eles vão escrevendo (...)” E6

Outra das estratégias também utilizada pela família é o quadro das letras,

“(...) quando eles conseguem utilizar a estratégia do quadro das letras a família também usa (...)” E5

Uma das estratégias também mobilizadas pela família é a interpretação da mimica labial,

“(...) às vezes acontece que o próprio familiar pela não habituação de leitura de lábios ainda é mais difícil para eles do que para nós que estamos aqui todos os dias um bocadinho mais habituados e não conseguem perceber e eles chamam-nos para ir-mos nós lá tentar perceber o que o doente está a tentar dizer, mas pessoas quando chegam falam normalmente para eles (...)” E3

“(...) voltamos depois às mesmas estratégias, é da leitura dos lábios que eles às vezes também conseguem porque também o percebem, conhecem-os tão bem que percebem o que eles querem (...)” E4

“As estratégias acabam por ser muito semelhantes as que nós utilizamos o que eu noto é que nós temos se calhar mais destreza a ler os lábios, acabamos por desenvolver esse treino ao longo dos anos e acaba por ser muitas vezes mais fácil para nós (...) aquilo que nós sabemos tentamos transmitir à família e ajudar nesse sentido.” E8

A interpretação da mimica labial na opinião de dois participantes é mais fácil para os enfermeiros do que para a família. Desta forma a colaboração dos enfermeiros para ajudar a família a compreender a resposta da pessoa doente e a interpretação da mimica labial da pessoa doente é importante porque requer alguma experiência. Uma vez que o enfermeiro contacta na sua prática diária com pessoas com a comunicação comprometida pela necessidade de ventilação mecânica invasiva é natural que se sinta mais à vontade na interpretação da mesma.

Também Rosário (2009) refere que os familiares recorrem muitas vezes aos profissionais de saúde para obterem a ajuda necessária na compreensão da pessoa doente.

Um dos enfermeiros participantes refere no seu discurso que por o familiar conhecer tão bem o seu familiar doente facilmente conseguirá perceber-lo pela interpretação da mimica labial, mas também poderá estar relacionado com o facto do familiar ter conhecimento das preocupações do seu familiar doente.

No que se refere à comunicação verbal um dos enfermeiros do presente estudo também salienta a importância da família realizar perguntas simples,

“(...) ‘tente fazer perguntas mais simples que ele possa responder’ (...) e muitas vezes isso também acaba por ser uma forma facilitadora de eles conseguirem conversar alguma coisa (...)” E8

Relativamente ao processo de comunicação família/pessoa doente assume também importância o apoio na **gestão das emoções**,

“(...) não permitimos que as pessoas venham com um estado emocional alterado, não vale a pena, porque nós dizemos ‘você precisa, mas ele precisa mais, ele precisa do seu apoio positivo, negativo está ele’ e as pessoas mudam logo, já não vêm naquele stresse porque veem que o que vêm fazer é em prol daquele doente e então eles tentam se controlar o que não é fácil, às vezes as lágrimas estão a cair mas não emitem sons (...) ou têm consciência de que podem entrar e que não vão destabilizar ou é uma mais valia para o doente, ser uma mais valia só para a família é preferível não entrar (...)” E1

“(...) assim como tem que haver o espaço para compreender se a família, se o familiar, quer que a gente esteja presente ou não, porque há alguns que querem é falar connosco e desabafar da vida que é isso que também acontece, há outros que gostam de estar um bocadinho sozinhos e então há que entender primeiro (...)” E4

“(...) tento dizer para terem em atenção se tiverem de chorar (...)” E8

É necessário salientar à família a importância de esta não se emocionar para não perturbar a pessoa doente e, ainda, o enfermeiro deve reforçar a ideia de que o momento da visita seja vivenciado da melhor forma.

Segundo um estudo sobre o apoio prestado aos familiares das pessoas doentes na UCI realizado por Millar como referido por Rosário (2009), as necessidades da família do doente passam pela necessidade de informação e necessidade de estarem próximo da pessoa doente.

É fundamental que o enfermeiro perceba se a família pretende ou não que ele esteja presente no decorrer da visita. Se há famílias que querem que o enfermeiro esteja presente, outras há que preferem ter espaço e privacidade para a relação familiar.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

A comunicação, independentemente do contexto, deverá ser parte integrante de todas as intervenções de enfermagem. O contexto dos Cuidados Intensivos com terapias complexas e tecnologia avançada exige profissionais capacitados assim como disponibilidade, carinho, atenção, compreensão, diálogo, conforto, compromisso e respeito pela pessoa humana, é, portanto, necessário uma abordagem “humanista” pelos profissionais de saúde.

Comunicar na prática cuidativa do enfermeiro significa não só estabelecer com o outro uma relação/interação mas também é importante neste processo de comunicar demonstrar disponibilidade, “estar presente”, “escutar”, demonstrando respeito pela unicidade da pessoa doente e no que concerne à pessoa em situação crítica o recurso à estimulação de sentidos como a audição e tato são complementos do processo de comunicação.

Nesta relação interpessoal enfermeiro – pessoa doente é imprescindível a comunicação, porém, tendo em conta a rotina dos enfermeiros numa UCI esta poderá ser facilmente descurada. Assim sendo a comunicação constitui-se como um desafio às habilidades humanas e profissionais dos enfermeiros, tendo em conta o estado de saúde da pessoa em situação crítica. A adoção de estratégias de comunicação permite estabelecer com a pessoa doente relações de profundo significado humano e terapêutico.

A UCI é assim um contexto que se reveste de complexidade no que se refere ao cuidar por parte do enfermeiro pois, exige que o mesmo apresente conhecimentos, competências técnico-científicas específicas para prestar cuidados à pessoa em situação crítica e para dominar toda a tecnologia que a envolve e ao mesmo tempo precisa de desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa doente que apresenta limitações no que se refere à comunicação.

O presente estudo de investigação teve na sua génese a vontade e a necessidade por nós sentida de compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma UCI. Neste sentido realizámos todo um caminho que nos permitisse responder aos objetivos inicialmente formulados e realizamos agora uma síntese dos principais resultados obtidos.

O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é terapêutico e ao mesmo tempo também complexo.

Esta complexidade encontra-se relacionada com o facto de neste contexto a maioria das pessoas doentes se encontrarem sedadas e analgesiadas, o que poderá dificultar a resposta por parte da pessoa doente e por conseguinte “quebrar” o processo de comunicação, mas importa salientar que presentemente já existe a preocupação de um desmame precoce da sedação. Todos os participantes do estudo referiram que na sua prática diária têm como hábito comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, ao comunicar procuram promover a orientação espaço – temporal da pessoa doente, especialmente quando esta se encontra na fase do desmame da sedação, tranquilizá-la assim como para obter a sua colaboração. Porém, para que o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente seja terapêutico é fundamental ajustar a comunicação à compreensão e à subjetividade de cada pessoa doente dado que o enfermeiro contacta com várias pessoas doentes e por conseguinte tem de ter em atenção o grau de escolaridade, crenças e valores das mesmas.

Sendo o contexto deste estudo uma UCI, que se reveste de complexidade no que se refere ao cuidar, é de salientar o facto de encontrarmos profissionais sensibilizados para a importância da comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

A complexidade do processo de comunicação também se encontra associada ao facto da pessoa doente apresentar preocupações e a mesmas são difíceis de perceber por parte dos enfermeiros, mas estes demonstram interesse em perceber as preocupações das pessoas doentes, até porque é um fator de stress para a pessoa doente, e para tal mobilizam estratégias.

Quanto aos **fatores dificultadores do processo de comunicação** estes encontram-se centrados no próprio enfermeiro e na pessoa doente. No que se refere aos fatores dificultadores centrados no enfermeiro são sobretudo motivados por mitos/ideias pré-concebidas de que a pessoa doente em cuidados intensivos não se pode tocar, falar o que por vezes é partilhado por quem não tem experiência na área. A experiência profissional reduzida em contexto de uma UCI e falta de formação são outros dos fatores. A inexperiência profissional conduz a que os enfermeiros se refugiem em todo o aparato tecnológico e descurem algo tão importante como a comunicação. De igual forma, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho foram, também, fatores considerados pelos participantes como dificultadores.

Já no que se refere aos fatores dificultadores do processo de comunicação centrados na pessoa doente temos, por um lado, o delírio, ansiedade ou a confusão da pessoa doente que poderão “bloquear” o processo de comunicação. Por outro lado, a

incapacidade de comunicar associada à presença de tubo endotraqueal e/ou à condição que caracteriza a pessoa em situação crítica são condições que dificultam o processo de comunicação. O facto da pessoa doente ser do foro neurológico também dificulta a compreensão das mensagens. Também a não compreensão por parte da pessoa doente da mensagem transmitida pelo enfermeiro é outro dos fatores dificultadores do processo de comunicação.

Relativamente às **estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação**, os enfermeiros recorrem à comunicação verbal e não-verbal, privilegiam a palavra falada e as questões simples e dirigidas na interação com a pessoa doente. Muitas vezes recorrem ao toque como forma de acalmar a pessoa doente, transmitir segurança à pessoa doente. Neste contexto os enfermeiros, também, mobilizam determinadas habilidades comunicacionais que lhes permitem interpretar a mimica labial e comportamentos/expressões da pessoa doente, com por exemplo expressões faciais.

Outra das estratégias a que os enfermeiros do presente estudo recorrem para comunicarem com as pessoas doentes são a negociação de estratégias de feedback. Assim, os códigos não-verbais que são definidos perante a pessoa doente, os recursos materiais, tais como folha com letras do abecedário/imagens ou simplesmente papel e caneta, são outras das estratégias a que os enfermeiros recorrem.

No que se refere à escrita, neste contexto, pode ser de difícil utilização já que poderá não ser possível aplicar em pessoa doentes que vieram de sedações profundas, que apresentam diminuição do tônus muscular ou alteração da motricidade fina.

Quanto à **família no processo de comunicação**, todos os enfermeiros referiram que estimulam a comunicação da família, quando presente, com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Esta “envolvência” da família é importante tanto para tranquilizar a pessoa doente como para descodificar as mensagens da pessoa doente. De igual forma, na opinião dos participantes deste estudo, é importante que o enfermeiro apoie a família no processo de comunicação família/pessoa doente e preparando a família para comunicar. Neste âmbito os enfermeiros fornecem algumas das “ferramentas” à família para que esta possa efetivar este processo de comunicação. Para além disso os enfermeiros preocupam-se em apoiar a família na gestão das emoções para que o momento da visita seja vivenciado da melhor forma.

Importa salientar que os resultados encontrados no presente estudo não devem generalizados a todos os enfermeiros.

Como principal limitação deste estudo de investigação aponta-se o facto de muito dos enfermeiros não se sentirem preparados para “discutir” aspetos inerentes às suas práticas e às suas vivências, o que levou a que alguns não se mostrassem recetivos à participação.

O desenvolvimento deste estudo de investigação permite-nos delinear algumas sugestões que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, seria importante criar no seio da equipa multidisciplinar momentos de reflexão acerca dos cuidados que são prestados à pessoa em situação crítica, submetida a ventilação mecânica invasiva e com a comunicação comprometida. Parece-nos importante a promoção desta prática no contexto dos cuidados dado que as dificuldades de uns enfermeiros poderão ser as dificuldades de outros e em conjunto chegarem às formas de contornar.

Com o objetivo de melhorar a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva também seria importante investir na formação em serviço alusiva à comunicação, nomeadamente perante os enfermeiros recém-chegados ao serviço. As instituições de ensino também deverão investir mais neste domínio, direcionando parte da formação para o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades de comunicação com a pessoa doente.

Importa ainda, referir algumas limitações do presente estudo de investigação tais como, a inexperiência na realização de estudos de investigação e de abordagem qualitativa. Não obstante a sua realização contribuiu para o crescimento pessoal e sem dúvida profissional pela partilha de experiencias, conhecimentos e reflexão sobre a prática cuidativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. C., & Ribeiro, J.L. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência*, (7), 79-88;
- Alves, A. L. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf;
- Backes, M. T., Erdmann, A. L., Buscher, A., & Backes, D. S. (2012). O cuidado oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4), 689-696. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400007>;
- Baggio, M.A., Pomatti, D.M., Bottinelli, L.A., & Erdmann, A. L. (2010). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25-30. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a04.pdf>;
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo* (4ªed.). Lisboa, Portugal: Edições 70
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto;
- Bertone, T.B., Ribeiro, A.P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), 1-5. Recuperado de <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>;
- Briga, S.C. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>;
- Cardoso, L. S., Cezar-Vaz, M. R., Bonow, C. A., & Sant'Anna, C. F. (2011). Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(6), 1323-1330. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a07.pdf>;

- 📖 Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2011). A experiencia vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59. Recuperado de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf);
- 📖 Cavaco, V. S., José, H. M., & Lourenço, I. M. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? – revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(5), 4535-4543. Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13920/1/Comunicar%20com%20a%20pessoa%20submetida%20a%20ventila%c3%a7%c3%a3o%20mec%c3%a2nica%20invasiva.pdf>;
- 📖 Coelho, M. T., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>;
- 📖 Coelho, M., & Sequeira, C. (2013). Comunicação/Comunicação terapêutica em Enfermagem: da formação à utilização pelos Enfermeiros. *Revista da UIIPS*, 1(4), 55-67. Recuperado de http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS_N4_Vol1_2013_ISSN-2182_9608.pdf;
- 📖 Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2 – classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta;
- 📖 Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 205/1996 - I Série A*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal;
- 📖 Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário da República nº181 - I Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal;
- 📖 Ferreira, M., & Dias, M.O. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Fontes, A.I., & Ferreira, A.C. (2009). Do outro lado da porta...falar com a família numa unidade de cuidados intensivo. *Sinais Vitais*, (85), 33-38;
- 📖 Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªed). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- 📖 Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta;
- 📖 Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Henriques, C. A., Silva, D. R., & Ferreira, P.A. (2011). A comunicação com o doente ventilado. *Sinais Vitais*, (105), 46-54;

- 📖 Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística (6ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 📖 Jesus, L. M., Simões, J. F., & Voegeli, D. (2013). Comunicação verbal com pacientes inconscientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (5), 506-5013. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a16v26n5.pdf>;
- 📖 Lemos, R.C., & Rossi, L.A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (3), 345-57. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300009&script=sci_abstract&tlng=pt;
- 📖 Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Marques, S. C., Correia, C.I., & Teixeira, R.A. (2006). A relação de ajuda como essência dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 54 (2), 69-72.
- 📖 Martinho, C. I., & Rodrigues, I. T. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Rev. bras. ter. intensiva*, 28 (2), 132-140. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2016000200132&script=sci_abstract&tlng=pt;
- 📖 Martins, C.R. (2000). A família e a hospitalização/a participação da família no cuidar. *Servir*, 48(3), 133-135;
- 📖 Martins, J.C. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf;
- 📖 Martins, M.M. (2004). Visitas e parceira de cuidados. *Nursing*, (184), 8-14;
- 📖 Moraes, G. S., Costa, S. F., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, 22(3), 323-327. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>;
- 📖 Moreira, C., Moleiro, M., & Tomás, M. (2000). Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. *Sinais Vitais*, (32),19-23;
- 📖 Neves, M.C., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra;
- 📖 Nozawa, E., & Silva, A. (2006). Desmame da ventilação mecânica. In J. Junior, & R. Amaral (Eds.), *Assistência ventilatória mecânica* (pp. 313-319). São Paulo, Brasil: Atheneu;

- 📖 Oliveira, N. E., Oliveira, L. M., Lucchese, R., Alvarenga, G. C., & Brasil, V.V. (2013). Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de um equipe de enfermeiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 334-343. Recuperado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a04.pdf;
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa, Portugal: Autor;
- 📖 Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra, Portugal: Formasau
- 📖 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Portugal: Artmed
- 📖 Pontes, A. C., Leitão, I. M., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>;
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Direcção – Geral da Saúde;
- 📖 Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6(2), 174-179. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>;
- 📖 Ramos, A. P., & Bortagarai, F.M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14(1), 164-170. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf;
- 📖 Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº35/2011 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal;
- 📖 Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ªed.). Loures, Portugal: Lusociência
- 📖 Rosário, E. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde – comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde). Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1472>;
- 📖 Roxo, J.R. (2008). O toque na prática clínica. *Referência: revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde*, (6), 77-89;

- 📖 Sá, F.L., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 19 (1), 31-46. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf;
- 📖 Sá, T.G., & Machado, L. F. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, (67), 29-34;
- 📖 Santos, M.I. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos coronários. *Revista Investigação em Enfermagem*, (1), 51-58;
- 📖 Saraiva, D.M., & Martinho, T.M. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing*, (270), 8-14;
- 📖 Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel;
- 📖 Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Comunicação terapêutica. In C. Sequeira (Coord), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp 97-102). Lisboa, Portugal: Lidel
- 📖 Sequeira, C., & Pinho J. (2016). Comunicação em situações específicas. In C. Sequeira (Coord), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp 198-214.). Lisboa, Portugal: Lidel;
- 📖 Silva, A., Martinho, A.M., Ferreira, G., Serralheiro, J.I., & Paciência, J. (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Sinais Vitais*, (68), 49-53;
- 📖 Simões, J.F. (2011). *A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/6868>;
- 📖 Smith-Blair, N. (2010). Cuidados críticos. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green (Eds.), *Phipps enfermagem médico – cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.) (pp. 195-207). Loures, Portugal: Lusodidacta;
- 📖 Sousa, E.H., & Andrade, S. (2000). Opinião de doentes e enfermeiros acerca das visitas aos doentes hospitalizados. *Referência*, (4), 39-45;
- 📖 Stanhope, M. (1999). Teorias e desenvolvimento familiar. In M. Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed.) (pp. 491-517). Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Stefanelli, M.C., & Carvalho, E. C. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (2ªed.). Barueri, Brasil: Manole
- 📖 Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ªed.). Loures, Portugal: Lusociência;
- 📖 Teixeira, J.A. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Aná. Psicológica*, 22(3), 615-620. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021;

- 📖 Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L. K., & Lough, M.E. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusodidacta;
- 📖 Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do hospital em relação ao estudo de investigação

ANEXO II – Transcrição da entrevista de um dos participantes

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do hospital em relação ao estudo de investigação



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Exm.^a Senhora
Enf.^a Raquel Sofia Correia Ferreira
Neurologia A

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
-011-17

DATA
22-05-2017

ASSUNTO: Aprovação Projeto de investigação -011-17

Junto envio a V. Ex.^a, o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do
em relação ao Projecto de Investigação:

**-011-17 - O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA SUBMETIDA A
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Com os melhores cumprimentos,

PI' Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(M.ª do Rosário Conceição)

Assistente Técnico



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

Exmo. Senhor
Dignº Director Clínico do

31.03.2017

SUA R.

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

N.º 0058/CES

27-03-2017

Proc. N.º -011-17

ASSUNTO: Estudo Observacional "O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos." - Raquel Sofia Correia Ferreira, Enfermeira no Serviço de Neurologia A do a frequentar o IX Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Medicina Intensiva do (Entrada do processo na CES a 10.02.2017)

Cumpre informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde, reunida em 24 de Março de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do deve ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO E.N.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do

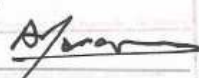
LP/CES

A CES do Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.ª Adélia Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Felix; Dr. José Alves Gêlo Gonçalves; Ent.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração

Exmo Senhor
Dr. Martins Nunes
Presidente do Conselho de
Administração

2017.03.22



SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
-011-17

DATA
12-04-2017

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação -011-17

A pedido de *Enf.ª Raquel Sofia Correia Ferreira*, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Exª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento


(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 3202 qcs
Origem
Data 13.4.2017

ENTREVISTA Nº: 08

Data da realização: 26/10/2017

Duração: 12'44''

Caraterização do participante:

Idade: entre 30 e 35 anos

Género: feminino

Formação académica: Licenciatura em Enfermagem; Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Tempo de serviço: 13 anos

Tempo de serviço na UCI: 11 anos

Entrevistador: na sua prática diária tem como hábito comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? Pensando na pessoa com uma sedação reduzida ao mínimo numa fase de desmame ventilatório.

Participante: Tenho e também fez parte da minha tese de mestrado, a ideia era um protocolo de mobilização precoce e para isso nós precisávamos de reduzir a sedação o mais breve possível e eu penso que hoje em dia já trabalhamos muito nesse sentido e a equipa toda também que é ter os doentes o menos sedados possível para conseguir comunicar e que ele colabore, que não tenha tanta perda de força, de capacidade para o autocuidado portanto, já estamos muito despertos para isso pronto, neste sentido eu preciso sempre da colaboração deles e como tal eu preciso mesmo muito, porque eu faço muita reabilitação nesta unidade e então preciso mesmo muito de comunicar com eles, de dizer aquilo que pretendo fazer e de perceber as capacidades que eles têm para potenciar ao máximo a recuperação.

De facto as vezes nem sempre é fácil mas nos doentes que estão muito sedados, aí claro obviamente não existe e vamos tendo os sinais só de dor e de desconforto e tentando perceber o que se passa, quando eles estão mais despertos a parte da escrita é muito difícil, nós normalmente é a leitura dos lábios mas nem sempre se consegue ler e muitas vezes pedimos a colaboração dos outros colegas quando nós não estamos a

perceber mas às vezes é muito complicado nesse caso eu passo normalmente para o abecedário numa folha com as letras, as vogais e as consoantes separadas para ver se conseguimos chegar a um consenso, porque a escrita eles só conseguem normalmente quando estão já algum tempo sem sedação porque é uma motricidades muito fina e às vezes mesmo em internamentos que são prolongados eles não conseguem ter essa capacidade de escrita, embora seja também uma alternativa. Mas basicamente é mesmo ler os lábios, às vezes fazer questões mais simples, tentar dirigir, perguntar se é com ele, se é com o corpo dele, se é alguma coisa que o preocupa da família, de fora e depois ir tentando eliminar e afunilando os temas, mas às vezes é complicado.

Entrevistador: E tendo em conta a sua experiência, quer falar sobre o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? Já vi que recorre à comunicação verbal e à não-verbal?

Participante: A não – verbal também principalmente às vezes quando pretendo através do exemplo e de exemplificar consigo perceber se eles entendem e depois muitas vezes através do exemplo quando quero que eles façam algumas mobilizações, “olhe agora pretendo fazer assim” exemplifico “se estiver a entender agora faça sozinho, ou tente fazer o melhor que conseguir”, vou percebendo se eles estão orientados, se conseguem, se entenderam a mensagem ou não portanto também vai funcionando e sim a não-verbal, nós também vamos conseguindo ler as expressões, o olhar, quando algo os preocupa também é fácil às vezes entender pela ansiedade, vamos lendo todos esses sinais, mas depois chegar às vezes à mensagem concreta, as vezes consegue-se outras vezes é um desafio.

Entrevistador: na sua opinião quais são os fatores dificultadores do processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?

Participante: Além da sedação que é um dificuldade óbvia, quando eles têm alguma medicação que os torna mais asténicos até ou menos capazes de reagir torna tudo muito mais difícil, às vezes também o nosso papel como enfermeiros porque como foram muitos anos e isto tem vindo a ser algo progressivo o desmame da sedação, mas durante muitos anos nós trabalhámos com doentes mesmo muito sedados, mesmo a equipa médica isto mudou um bocadinho o paradigma e então nós muitas vezes também erramos porque estamos num posicionamento e às vezes vamos conversando uns com os outros e esquecemos de estimular a comunicação com o doente ventilado e às vezes eles também se podem sentir um bocadinho descurados, porque nós temos também aqui alguns casos de doentes deprimidos que às vezes até têm capacidade e já nem sequer procuram comunicação porque o facto de estarem num ambiente que é hostil, muitas vezes sempre a olhar para o teto quase durante as vinte e quatro horas

não é?! está bem que vamos posicionando, vamos interagindo mas são muito curtos períodos e é natural que eles deprimam, que eles muitas vezes fiquem um bocado alheados e se nós não temos esse cuidado especial mesmo até quando não há procedimentos, às vezes de ir até ao pé deles, falar um bocadinho, usar o toque terapêutico e tentar estabelecer uma verdadeira comunicação eles às vezes também talvez se refugiem e também não comunicam e começam a desenvolver alguns síndromes depressivos e isso também é visível e às vezes só notamos quando já está instalado quando podíamos ter tentado prevenir mais, acho que também temos alguma responsabilidade e depois o ambiente é muito hostil, não têm televisão, também já dissemos algumas coisas destas ao Diretor e etc., não há musica, as vezes quando estão cá durante mais tempo os doentes, alguns enfermeiros têm esse cuidado de estar mais despertos e de pedir ou um *ipod* ou um telemóvel e tira-se a rede só para poder ouvir musica arranjar algumas estratégias, nós já vamos sentando cada vez mais os doentes quer na cama quer nos cadeirões o que lhes dá acho eu outro ânimo, para não estarem sempre deitados e sempre a olharem para o teto, é complicado.

Entrevistador: quais as estratégias de comunicação que utiliza para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?

Participante: Mas assim as que eu mais utilizo acaba por ser a comunicação verbal e tentar através dos lábios, explico, “faça só um movimento com os lábios, devagar para ir tentando perceber” essa se calhar é a mais frequente e aquela a que eu mais recorro, depois através dos gestos muitas vezes para nos conseguirmos compreender e peço que eles tentem exprimir às vezes quando é agua ou isso eles vão tentando e através dos gestos nós vamos conseguindo perceber e depois é a tal folha do abecedário, quando eles não são capazes eu digo só para dizerem sim quando eu disser a letra da palavra que eles querem dizer mas isso é uma estratégia que demora mais tempo, mais morosa, nós nem sempre temos toda essa disponibilidade e é uma daquelas a que eu menos recorro mas quando é necessário sim e basicamente acho que são mais essas, a da escrita mas também é mais raro e acho que basicamente é isso.

Entrevistador: estimula a comunicação da família com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? Que estratégias utiliza?

Participante: Normalmente estimulo sim, até porque ao longo dos anos tenho me apercebido porque isto é um ambiente também muito estranho para os familiares e eles sabem que é de uma gravidade muito grande, normalmente são doentes que estão em estado critico, mas e então eles quando entram no inicio então nas primeiras visitas maior parte deles nem toca fica assim a uma certa distância, têm medo de fazer alguma coisa, de tocar, de estragar e então normalmente aproximo-me e digo “pode tocar, pode

falar” mesmo quando os doentes estão sedados eu digo sempre para falarem porque nós nunca sabemos o que é que chega de facto e então eu digo “é uma voz conhecida, fale de coisas boas, de alguma coisa que imagine que o está a preocupar e despreocupe-o”, tento dizer para terem em atenção se tiverem de chorar pronto claro, mas tentarem transmitir coisas boas e falarem com eles, quando eles estão mais despertos então aí sim “olhe fale, toque” normalmente até destapo as mãos para eles poderem tocar “aqui não há problema e se vir que é difícil ler os lábios pode-me chamar e eu tento traduzir se não, tente fazer perguntas mas simples que se ele possa responder sim ou não com a cabeça e muitas vezes isso também acaba por ser uma forma facilitadora e de eles conseguirem conversar alguma coisa e normalmente é isso. As estratégias acabam por ser muito semelhantes às que nós utilizamos o que eu noto é que nós temos se calhar mais destreza a ler os lábios, acabamos por desenvolver esse treino ao longo dos anos e acaba por ser muitas vezes mais fácil para nós e ali eles sim pedem muitas vezes “olhe ele está-me a tentar dizer qualquer coisa, mas eu não entendo” e às vezes nós conseguimos ajudar mas sim é basicamente o mesmo não há assim muito mais, aquilo que nós sabemos tentamos transmitir à família e ajudar nesse sentido.

Entrevistador: agradeço desde já a colaboração no estudo e deixo aqui também a oportunidade se quer acrescentar mais alguma coisa em relação a este tema.

Participante: o que eu acho é que se calhar precisávamos de desenvolver um bocadinho mais de técnicas, o ideal era termos às vezes mais tempo, eu sei que o tempo muitas vezes não é desculpa mas a verdade é que os rácios não são os ideais e nós muitas vezes acabamos por não comunicar aquilo que devíamos porque estamos demasiados centrados em fazer aqueles procedimentos que são obrigatórios, mas este também devia ser um procedimento obrigatório. Porque acho que é muito importante para eles se sentirem pessoas porque senão acabam por ser quase, não digo um objeto, mas acabam por fazer parte de um procedimento e perde-se um bocado a identidade dos doentes e nós temos de perceber que eles precisam de atenção, precisam de carinho, estão muito vulneráveis e nós devíamos ter mesmo tempo para estar com eles, para falar, para os tentar perceber e não estarmos aflitos porque nos estamos atrasar na medicação ou estamos enfim, e também às vezes o termos mais atenção porque nós próprios estamos tão centrados no nosso trabalho que esquecemos que também está ali, as vezes falamos uns com os outros e não estamos a falar com a pessoa de quem estamos a cuidar e as vezes também erramos um bocadinho nisso e são basicamente esses dois aspetos.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da entrevista

APÊNDICE II – Consentimento informado entregue aos participantes

GUIÃO DA ENTREVISTA

1ª Parte, O acolhimento do entrevistado

Objetivo: Acolher e Informar o entrevistado

- Identificação do entrevistador;
- Apresentação do estudo de investigação: tema e objetivos;
- Garantir anonimato e confidencialidade da informação;
- Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.

2ª Parte, Caraterização do entrevistado

Objetivo: Caraterizar o entrevistado

- Idade
 - ☐ Inferior a 30 anos
 - ☐ Entre 30 e 35 anos
 - ☐ Entre 35 e 40 anos
 - ☐ Entre 40 e 45 anos
 - ☐ Entre 45 e 50 anos
 - ☐ Superior a 50 anos
- Género
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
- Formação Académica
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Especialidade _____
 - ☐ Mestrado _____
 - ☐ Doutoramento _____
 - ☐ Outra _____
- Tempo de serviço _____
- Tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos _____

3ª Parte, Entrevista

Objetivo: Descrever e analisar de que forma se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. <i>Questões:</i> Na sua prática diária tem como hábito comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? Tendo em conta a sua experiência, quer falar sobre o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? (Recorre à comunicação verbal?) (Utiliza formas de comunicação não – verbal? Se sim, quais as formas?)
Objetivo: Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. <i>Questão:</i> Na sua opinião quais são os fatores dificultadores do processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?
Objetivo: Identificar as estratégias de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. <i>Questão:</i> Quais as estratégias de comunicação que utiliza para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva?
Objetivo: Perceber de que forma o enfermeiro estimula a comunicação da família, quando presente, com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. <i>Questão:</i> Estimula a comunicação da família com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? Que estratégias utiliza?

4ª Parte, Fecho da entrevista

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

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Eu, Raquel Sofia Correia Ferreira, a frequentar o IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a realizar, no âmbito da Dissertação de Mestrado, um estudo de investigação intitulado **“O processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, no contexto de uma unidade de cuidados intensivos”** que tem como objetivos: Descrever e analisar de que forma se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; Identificar as estratégias de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; Perceber de que forma o enfermeiro estimula a comunicação da família, quando presente, com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Deste modo, solicitamos a sua autorização para colaborar na realização de uma entrevista semi-estruturada, sabendo que, será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações e a privacidade do informante. A inclusão no estudo de investigação, só acontecerá após os seu consentimento informado e esclarecido.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____(nome completo do informante), compreendi a informação que me foi transmitida relativa ao estudo de investigação que se pretende realizar sendo que me foi possibilitada a oportunidade de questionar o investigador sempre que considere pertinente e obtive resposta satisfatória, assim como será possível obter esclarecimentos durante a participação no estudo.

Assim, declaro que participo de livre vontade, seguindo todas as orientações dos responsáveis do estudo, tendo conhecimento de que a qualquer momento posso desistir do mesmo se essa for a minha vontade, sem que essa decisão me possa causar prejuízo.

Data: ____/____/2017

Assinatura do informante: _____

Assinatura do investigador: _____