

**ELSA MARIA DE OLIVEIRA CABEÇAS DO ROSÁRIO**

***COMUNICAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE  
COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO EM  
CUIDADOS INTENSIVOS***

**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**

**Orientador: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa, Outubro de 2009**

**ELSA MARIA DE OLIVEIRA CABEÇAS DO ROSÁRIO**

***COMUNICAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE  
COMUNICAR COM O DOENTE VENTILADO EM  
CUIDADOS INTENSIVOS***

**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**

**Orientador: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa, Outubro de 2009**

***Dedico este trabalho a todos aqueles que viveram a experiência de estar ventilados em unidades de cuidados intensivos...***

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

*Cheveau*

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Natália Ramos pelo seu excelente trabalho como Directora do Mestrado de Comunicação em Saúde, pela oportunidade que me deu, pela disponibilidade, pela orientação estimulante.

Ao Gil, por ter tido paciência e por me ter apoiado sempre.

Ao meu querido filho, Guilherme, que me alegrou com a sua existência nos momentos de maior dificuldade.

Aos meus pais pelo seu amor, apoio e compreensão.

À minha irmã Graça, pelo seu apoio e disponibilidade.

À minha amiga e colega Cidália, pela ajuda, pelo apoio, pelo incentivo.

A todos os doentes que entrevistei pela sua colaboração e disponibilidade.

## **Resumo**

Compreender o doente ventilado e impossibilitado de comunicar oralmente, em contexto de unidade de cuidados intensivos, deve constituir preocupação para os profissionais de saúde que com ele contactam diariamente. O facto de estarem impossibilitados de falar poderá funcionar como um impedimento a uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde. Os principais objectivos deste estudo são: Conhecer as dificuldades de comunicação dos doentes ventilados na unidade de cuidados intensivos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário impossibilitados de comunicar oralmente; Identificar os seus sentimentos durante o período ventilatório; Melhorar a comunicação dos profissionais de saúde com os doentes ventilados. O nosso estudo foi constituído por uma amostra de quinze doentes, seleccionados por conveniência, que estiveram ventilados na unidade de cuidados intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro. As entrevistas efectuadas englobaram questões para caracterização da amostra e outras questões que permitiram obter informação sobre: As dificuldades de comunicação dos doentes ventilados na unidade de cuidados intensivos; Os sentimentos que experimentaram durante o período ventilatório. Como ultrapassaram as dificuldades sentidas na comunicação; Como viveram a relação com os profissionais de saúde perante estas dificuldades; A sua opinião sobre o que poderia ter sido feito para os ajudar a ultrapassar as dificuldades de comunicação, durante o período ventilatório. Os resultados foram analisados através do método qualitativo de análise de conteúdo.

Os doentes entrevistados referiram dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde e família, durante o período ventilatório, sobretudo pelo facto de não conseguirem falar. Salientaram como sentimentos negativos, desconhecerem o motivo porque não falavam, não serem compreendidos pelos profissionais e não conseguir satisfazer algumas necessidades básicas. Os sentimentos que mais referiram relacionados com a impossibilidade de comunicar foram a impotência e desânimo, aflição, medo, ansiedade. Relacionados com o internamento referiram sentimentos de desorientação e confusão, assim como dor e sofrimento. Um aspecto que consideraram positivo foi a presença dos profissionais de saúde que lhes transmitia segurança. Como alternativas à comunicação verbal referiram a utilização da linguagem escrita,

linguagem gestual e mímica labial. Na sua maioria sentiram disponibilidade dos profissionais de saúde para os ajudarem a ultrapassar as dificuldades de comunicação, mas nem sempre conseguiam transmitir a sua mensagem. Alguns doentes referiram que se sentiam impotentes e acabavam por se conformar pelo facto de não conseguirem comunicar. Como aspectos positivos referiram a presença da família e a presença e o apoio dos enfermeiros. As conclusões apesar de limitadas apontam para a importância da comunicação eficaz com os doentes ventilados em UCI, nomeadamente através do desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação nos cuidados de saúde; Unidade de cuidados intensivos; Ventilação mecânica; Comunicação doente ventilado; Comunicação em enfermagem; Relação de ajuda; Trabalho em equipa.

## **Abstract**

Understanding the patient ventilated and unable to communicate orally, in the context of intensive care unit should be of concern to health professionals who are in daily contact with him. The fact that they are unable to speak, may serve as an impediment to effective communication with health professionals. The main objectives of this study are: To understand the communication difficulties of ventilated patients in intensive care unit at the Hospital Nossa Senhora do Rosário unable to communicate orally, identify their feelings during the ventilatory period, improve communication of health professionals with ventilated patients. Our study comprised a sample of fifteen patients, selected for convenience, which were ventilated in the intensive care unit of Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro. The interviews encompassed questions to characterize the sample and other issues, which provided information on: The communication difficulties of ventilated patients in intensive care unit; feelings they experienced during the ventilatory period; How exceeded the difficulties in communication as lived the relationship with health professionals before these difficulties, Your opinion about what could have been done to help them overcome the difficulties of communication during the ventilatory period. The results were analysed using the qualitative method of content analysis. Patients interviewed reported difficulties in communicating with health professionals and family during the ventilatory period, mainly because they can not talk. Stressed as negative feelings, knowing the reason why they did not speak, do not be understood by professionals and can not satisfy some basic needs. The more frequently reported feelings related to the inability to communicate were impotence and discouragement, grief, fear, anxiety. Related hospitalisation reported feelings of disorientation and confusion, as well as pain and suffering. One aspect that was considered positive was the presence of health professionals to provide them with security. As alternatives to verbal communication reported the use of written language, sign language and mime lip. Most felt the availability of health professionals to help them overcome the difficulties of communication, but not always able to convey your message. Some patients reported that they felt powerless and would eventually settle because they can not communicate. On the positive side mentioned the presence of family and the presence and support of nurses. The conclusions

although limited point to the importance of effective communication with ventilated patients in ICU, including the development of communication skills of health professionals.

**Keywords:** Communication in health care, intensive care unit, mechanical ventilation, ventilated patient communication, Communication in nursing; Value help; Teamwork.

## Índice

Resumo.....	6
Abstract.....	8
Siglas.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
CAPÍTULO I - A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	19
1.1 – CONCEITO DE COMUNICAÇÃO.....	19
1.1.1 - O processo de comunicação.....	20
1.1.2 - Transmissão e obtenção de informação.....	24
1.2 - A COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	26
1.3 - COMUNICAR EM ENFERMAGEM.....	34
1.3.1 - Técnicas de comunicação não verbal.....	38
1.3.2 - Técnicas de comunicação verbal.....	41
CAPÍTULO II – O AMBIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS E O SEU	
EFEITO NOS DOENTES.....	43
2.1 - AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	43
2.2 - O AMBIENTE “AMEAÇADOR”.....	44
2.3 - AMBIENTE E FAMÍLIA - INTEGRAR A FAMÍLIA NO CUIDAR.....	46
CAPÍTULO III - A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM CUIDADOS	
INTENSIVOS.....	48
3.1 - ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO VERBAL NO DOENTE	
VENTILADO.....	48
3.1.1 - Mecanismo da ventilação mecânica.....	49
3.1.2 - Repercussões da ventilação mecânica na comunicação.....	50
3.2 - ESTRATÉGIAS QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO COM O	
DOENTE VENTILADO.....	53
3.3 - O CUIDAR DO DOENTE VENTILADO.....	57
3.3.1 - O significado da presença em Enfermagem.....	60
3.3.1 - O Respeito e a Empatia como princípios da Relação de Ajuda no	
Cuidar em Enfermagem.....	61
3.4 - CONTRIBUTO DO TRABALHO EM EQUIPA.....	68
3.4.1 - A importância de envolver a equipa.....	68
3.4.2 - Teorias da motivação.....	70

3.4.3 - Teorias do processo.....	78
3.4.4 - A importância do trabalho em equipa.....	81
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	89
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	90
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS..	90
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	94
2.1 – POPULAÇÃO ESTUDADA.....	94
2.1.1 – Dimensão da Amostra e Sistema de Recrutamento.....	94
2.1.2 – Critérios de Inclusão.....	95
2.1.3 – Procedimentos Formais e Éticos.....	95
2.2 – TIPO DE ESTUDO.....	98
2.3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	99
2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	100
2.4.1 – Recolha de Dados.....	100
2.4.2 – Entrevistas.....	100
2.5 – ANÁLISE DOS DADOS.....	104
2.5.1 – Análise Qualitativa.....	104
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS	
RESULTADOS.....	110
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	110
3.1.1 – Caracterização da Amostra dos Doentes.....	110
3.1.2 – Análise das Entrevistas dos Doentes.....	112
CONCLUSÕES.....	158
BIBLIOGRAFIA.....	163
ANEXOS.....	174
ANEXO I - Pedido de autorização para a realização do estudo.....	175
ANEXO II - Guião de entrevista.....	176

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1- Hierarquia das Necessidades básicas (A. Maslow).....</b>	<b>74</b>
<b>Figura 2- Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário.....</b>	<b>90</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Tema: Experiências de Comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica.....	107
Quadro 2 – Tema: Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica.....	108
Quadro 3 – Tema: Interação doente / profissional saúde.....	109
Quadro 4 – Caracterização dos participantes no estudo.....	110
Quadro 5 – Categorias inerentes ao tema “ <i>Experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica</i> ”.....	113
Quadro 6 – Categoria “ <i>Comunicar ventilado</i> ”.....	114
Quadro 7 – Categorias “ <i>Comunicar com os profissionais de saúde e família</i> ”.....	115
Quadro 8 – Categorias “ <i>Barreiras físicas à comunicação</i> ”.....	118
Quadro 9 – Categorias “ <i>Barreiras humanas à comunicação</i> ”.....	122
Quadro 10 – Categoria “ <i>Alternativas à comunicação verbal</i> ”.....	127
Quadro 11 – Categorias inerentes ao tema “ <i>Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica</i> ”.....	132
Quadro 12 – Categoria “ <i>Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas</i> ”.....	133
Quadro 13 – Categoria “ <i>Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente</i> ”.....	136
Quadro 14 – Categoria “ <i>Sentimentos expressos relacionados com o internamento</i> ”.....	141
Quadro nº 15 – Categorias inerentes ao tema “ <i>Interação doente / profissional saúde</i> ”.....	146
Quadro 16 – Categoria “ <i>Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade</i> ”.....	147
Quadro 17 – Categoria “ <i>Apoio dos profissionais de saúde na generalidade</i> ”.....	150
Quadro 18 – Categoria “ <i>O que gostariam que tivessem feito</i> ”.....	154

## **Siglas**

**EPE – Entidade Pública Empresarial**

**UCI – Unidade de Cuidados Intensivos**

**UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

## INTRODUÇÃO

A comunicação entre os profissionais de saúde e o doente em contexto de cuidados intensivos, é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente, como pelo facto de constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados. O pouco valor que se atribui à comunicação transparece no facto de que, nos dias de hoje, um dos aspectos de insatisfação dos doentes estar muitas vezes relacionado com as competências comunicacionais no desempenho dos profissionais de saúde.

Em unidades de cuidados intensivos onde os doentes são submetidos a ventilação mecânica, ficando incapacitados para comunicar oralmente, os problemas comunicacionais são ainda mais evidentes.

O processo de comunicação com doentes ventilados, impossibilitados de comunicar oralmente, sempre foi um assunto que nos suscitou interesse ao longo do nosso percurso profissional como enfermeiros, particularmente desde que cuidamos de doentes nestas condições em unidades de cuidados intensivos. Este contacto com pessoas que não comunicam verbalmente, permitiu-nos atribuir outro valor à comunicação como intervenção de enfermagem, uma vez que consideramos a comunicação com o outro, essencial como forma de o conseguir compreender para poder satisfazer as suas necessidades. A realidade da nossa prática profissional levou a que nos questionássemos sobre as experiências de comunicação destes doentes durante o período ventilatório e sobre as dificuldades que enfrentariam para tentar ultrapassar a impossibilidade de comunicarem verbalmente.

Por outro lado a comunicação em enfermagem é uma área de pouco investimento ao nível da formação dos profissionais, sendo um assunto que habitualmente não é objecto de reflexão nem de discussão, deixando-se a comunicação com o doente ao critério de cada enfermeiro.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais oportunidades têm para comunicar com os doentes, o que por si só fundamenta a necessidade de uma comunicação eficaz, na prática de cuidados, nomeadamente de enfermagem.

O tema que nos propomos estudar são as experiências de comunicação do doente que está ventilado em cuidados intensivos.

As unidades de cuidados intensivos e as suas características, inevitavelmente, constituem um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, doente e familiares. A comunicação que poderia servir como técnica eficaz na redução do stress e da ansiedade, surge-nos ela própria acompanhada de problemas.

Um dos principais problemas de comunicação, nestas unidades, ocorre quando os doentes estão ventilados. Estes doentes estão impossibilitados de falar e muitas vezes apresentam limitações motoras que lhes diminuem os movimentos.

O que sente um doente, que para além da doença que motivou o seu internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, se vê impossibilitado de comunicar verbalmente, de transmitir o que sente ou o que necessita? O que sente quando acorda por exemplo de uma anestesia, e não consegue falar, para perguntar onde está, o que é que lhe aconteceu?

Sendo o serviço Unidade de Cuidados Intensivos um serviço onde a maioria dos doentes estão sujeitos a ventilação mecânica, e a maioria das vezes conscientes, as dificuldades de comunicação dos doentes são sentidas por todos os profissionais de saúde que, muitas vezes se socorrem uns aos outros no sentido de tentar perceber o que os doentes tentam transmitir. Também os familiares dos doentes recorrem muitas vezes aos profissionais de saúde para que estes os auxiliem a perceber o seu familiar doente.

Para melhorar as competências na comunicação com o doente ventilado é necessário que o profissional de saúde seja um comunicador eficiente nos diferentes contextos em que intervém.

Estudos qualitativos realizados a doentes em unidades de cuidados intensivos, permitiram identificar que os doentes ventilados, impossibilitados de comunicar, desenvolvem sentimentos negativos, muitos deles relacionados com a dificuldade em comunicar (Hafsteindóttir, 1996; Ashurst, 1998).

Um estudo realizado por Hafsteinsdóttir (1996), junto de doentes que tinham sido sujeitos a ventilação mecânica, revelou que todos referiram que se lembravam perfeitamente da sua experiência de comunicação como um dos aspectos mais negativos que tinham enfrentado nessa situação.

Aspectos como a situação de vulnerabilidade em que se encontram estes doentes associada ao ambiente agressivo e ameaçador dos cuidados intensivos também nos parecem factores importantes a considerar, e que poderão agravar as dificuldades de comunicação que os doentes enfrentam.

Pretendemos realizar um estudo, a partir da perspectiva dos doentes, que conduza à produção de informação empírica, acerca do processo de comunicar com o doente ventilado internado no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE.

O estudo tem como objectivos, conhecer as dificuldades de comunicação dos doentes ventilados, impossibilitados de comunicar oralmente, identificar os seus sentimentos durante o período ventilatório e por último, melhorar a comunicação dos profissionais de saúde com os doentes ventilados.

Esta dissertação foi estruturada em duas partes que englobam seis capítulos. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico que sustenta a problemática do estudo e é constituída por três capítulos nos quais abordamos a comunicação em saúde, o ambiente de cuidados intensivos e o seu efeito nos doentes e a comunicação com o doente em cuidados intensivos. Na segunda parte desenvolvemos todo o trabalho empírico desta dissertação, onde se inclui a caracterização do local do estudo, a metodologia utilizada, a apresentação, análise e discussão dos resultados e as conclusões do estudo. Por último, constam a bibliografia e os anexos.

## **I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

### **1.1 – CONCEITO DE COMUNICAÇÃO**

A comunicação é uma actividade humana básica sendo a necessidade de comunicar inata e universal.

Podemos dizer que comunicação e existência são conceitos inseparáveis, a comunicação é essencial à vida, nenhum ser pode sobreviver sem trocas, pois tal como refere Chalifour (1989:50):

*“Para sobreviver, crescer e actualizar-se, a pessoa humana necessita estabelecer relações harmoniosas com o meio físico, humano e cultural no seio do qual ela troca informação...”*

A comunicação é um processo de passar informação e compreensão de uma pessoa para outra, sendo um fenómeno dinâmico, em que os acontecimentos e as relações agem uns sobre os outros, cada um influenciando os demais. (Berlo, 1960; Reis e Rodrigues, 2002).

Na realidade comunicar faz parte da nossa vida desde que nascemos e por vezes fazemo-lo tão espontaneamente que nem reflectimos no modo como o fazemos, ou seja, a comunicação não acontece só quando é intencional e consciente. A comunicação existe sempre, quer naquilo que se faz ou até no que não se faz. A este propósito Watzlawick *et al* (1966:45), salienta:

*“Por muito que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto também estão comunicando.”*

Pela comunicação aprendemos e ensinamos acerca de nós próprios e podemos ajudar o outro a reconhecer-se. Isto é verdade quando a comunicação comporta um sistema de sinais ou um código socialmente compartilhado, uma vez que numa sociedade multicultural, os símbolos e as palavras nem sempre se interpretam de igual modo, pois consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um, assim aumenta a complexidade e as dificuldades na comunicação. (Ramos, 2004, 2008).

Mas como já vimos, comunicação não são só as palavras e os símbolos, é também a linguagem do corpo e o contexto onde ela é produzida.

Assim podemos exprimir-nos verbalmente utilizando a linguagem falada ou escrita, o que envolve mecanismos fisiológicos e cognitivos necessários à produção e recepção da mensagem, ou então através da chamada comunicação não verbal, associada a todas as formas de expressão que não envolvam a palavra falada ou escrita e que implica todos os sentidos para a sua percepção.

A linguagem não verbal é de um modo geral, mais espontânea que a verbal, uma vez que, podemos escolher as palavras antes de as pronunciarmos mas não temos tanta facilidade em controlar a nossa expressão facial, os gestos e a postura corporal. Lazarus, citado por Talhinhas (1997:26), considera a este respeito, a comunicação não verbal como “*a expressão mais fidedigna dos sentimentos autênticos*”.

Podemos comunicar pelo gesto e pela palavra falada e escrita, mas também pela imagem, por sons ou através da sensação táctil.

Os tipos de comunicação podem assumir diversas designações, dependendo das condições e da situação em que a comunicação se realiza. Podemos ter uma comunicação directa quando se verifica a presença física dos interlocutores ou uma comunicação à distância quando existe separação física dos intervenientes, havendo a necessidade de recorrer a meios técnicos para ultrapassar essa separação. (Trindade, 1990; Reis e Rodrigues, 2002)

A comunicação é um acto deliberado, efectuado pelo homem, de forma consciente ou não, e pode ter vários objectivos, que constituem para Cloutier as funções da comunicação que podem ser de: *Informação, Educação, Animação e Distracção*. (Reis e Rodrigues, 2002:87).

### **1.1.1 - O processo de comunicação**

A comunicação é um fenómeno complexo em que intervêm múltiplos factores, nomeadamente os que podem afectar o indivíduo – biológicos, psicológicos, psicossociais –, e os factores do meio ambiente – ruído, falta de privacidade, falta de espaço, etc.

A necessidade de compreender melhor a comunicação levou à sua necessidade de análise como fenómeno mensurável. Existem vários modelos teóricos para explicar o processo de comunicação, dependendo da natureza da comunicação.

Para Amado e Guittet (1982:11), um dos modos mais simples de compreender o processo de comunicação foi enunciado por Lasswell em 1948. Este autor reflecte sobre o acto de comunicação, a partir de cinco questões fundamentais:

*“Quem?*

*Diz o quê?*

*Por que meio?*

*A quem?*

*Com que efeito?”*

Estas questões contemplam basicamente todos os intervenientes no processo comunicacional e cada uma representa uma parte do fenómeno. Com estas questões utilizadas para descrever o acto de comunicação, Lasswell influenciou os estudos feitos por outros investigadores na área das ciências humanas. (Reis e Rodrigues, 2002).

Outros autores, mais preocupados com as questões técnicas e científicas, basearam-se na *teoria matemática da informação* de Shannon, separando as funções do emissor e do receptor e apresentando a comunicação como sendo a transmissão da mensagem entre dois pólos. (Reis e Rodrigues, 2002)

Estas duas concepções originaram vários esquemas de comunicação.

Com a introdução da noção de retroacção (*feedback*), Schramm (1960), introduziu dois novos aspectos ao processo de comunicação; a codificação alargada e a descodificação, e a influência mútua entre os participantes através do fenómeno de retroacção.

Também a corrente sociocultural, desenvolvida por vários investigadores franceses, como Edgar Morin, Pierce Schaeffer e Abraham Moles, dedicadas a estudar a *cultura de massas e as suas repercussões na sociedade*, contribuíram para o estudo da problemática da comunicação. (Reis e Rodrigues, 2002).

Surgiu ainda uma outra corrente a partir de autores como Thayer e Watzlawich, que dão especial relevo aos níveis intrapessoal e interpessoal. Thayer (1968), ao nível intrapessoal, considera que o esquema de comunicação é formado por

seis elementos: emissor, receptor, situação, intenção, meio e mensagem. Com estes seis elementos a natureza da mensagem assume especial interesse e significado.

Watzlawich *et al* (1966) desenvolveram o conceito de comunicação interpessoal, a partir de cinco axiomas: Não se pode não comunicar; Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto uma meta comunicação; A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicadores; Os seres humanos comunicam digital e analogicamente; Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.

Ferreira *et al.* (1996:177) apresentam-nos um modelo básico de comunicação, numa perspectiva mais ampla que considera as principais características dos vários modelos teóricos existentes.

Este modelo identifica como elementos básicos do processo de comunicação: emissor, receptor, canal, código, mensagem e *feedback*.

Idealmente, o processo de comunicação decorre da seguinte forma: um indivíduo (emissor) tem algo (mensagem) para transmitir a um outro indivíduo (receptor); o emissor terá o cuidado de traduzir a mensagem de forma a fazer sentido (código) para o receptor e de a enviar através de meio verbal, não verbal ou escrito (canal); o receptor recebe a mensagem através dos seus sentidos e traduzida de forma a ter significado para ele (código). Através da resposta enviada pelo receptor (que agora é emissor), o emissor (agora receptor), confirma se o significado da mensagem foi bem interpretado (*feedback*).

Verificamos então que o processo de comunicação é um processo contínuo e interactivo de troca de mensagem onde o emissor é simultaneamente receptor e vice-versa. O emissor terá que codificar a mensagem num conjunto de símbolos que evidenciem a sua intenção, sendo a linguagem a forma mais importante de codificação da mensagem.

A função de codificação será a de dar forma à mensagem, e tem que ser clara para emissor e receptor visto que, é através da codificação e descodificação

dos sinais recebidos, que são interpretadas as mensagens e os seus significados. Outro aspecto a considerar é o facto de que o receptor, ao descodificar a mensagem, irá interpretá-la de acordo com as suas experiências anteriores e os seus padrões de referência. A comunicação será tanto mais eficaz, quanto mais a mensagem descodificada se aproxima da intenção do emissor.

A mensagem é o resultado do processo de comunicação. O que se pretende com uma mensagem verbal ou não verbal é que esta seja eficaz, ou seja, a mensagem deve conter todos os elementos necessários para alcançar o efeito pretendido.

O portador da mensagem no processo de comunicação é o canal, que consiste no meio através do qual é transmitida a informação. O ar é também um canal de mensagem, através do qual circulam as ondas luminosas que transportam os sinais não verbais, que são transmitidos pelos gestos.

O *feedback* é a informação de retorno, ou seja, é a mensagem transmitida pelo receptor após ter sido enviada pelo emissor, e que permitirá a este perceber se a mensagem foi recebida e avaliar se foi ou não compreendida. A interpretação da mensagem é um factor decisivo para a eficácia da comunicação.

A interpretação da mensagem pode ser sujeita a perturbações de ordem subjectiva que têm a ver com o modo como o receptor interpreta os sinais recebidos, sendo que, o significado do que o emissor quer transmitir nem sempre é interpretado pelo receptor, ou porque este não o consegue ou porque não o quer interpretar.

Podem ainda existir perturbações físicas na transmissão da mensagem relacionadas com a existência de ruído no canal de transmissão, levando a alterações ou perda de informação. Se existirem alterações ou perda do sinal emitido, a informação poderá eventualmente ser mal descodificada pelo receptor.

A eficácia da mensagem não depende só da intenção do emissor, mas sobretudo da interpretação do receptor, pois tal como nos diz Donnelly *et al.* (2000:379), “ *a comunicação eficaz funciona em função do receptor e não do meio utilizado*”.

### 1.1.2 – Transmissão e obtenção de informação

Como foi abordado anteriormente uma das funções da comunicação é a de informação. Com esta função pretende-se satisfazer cada indivíduo em relação à evolução de tudo quanto o rodeia, quer por mera curiosidade, quer por necessidade. O indivíduo sabe o que se passa e o que se irá passar. A informação permite satisfazer o desejo de cada indivíduo nos domínios afectivo, cognitivo e psicomotor. (Cloutier, 1995; Reis e Rodrigues, 2002).

A propósito da problemática da transmissão e aquisição de informação, Pio Abreu (1997:55) salienta que:

*“Adquirir informação é dispor dela em permanência. Seja qual for o processo de aquisição, o ente informado (ou antes enformado) torna-se mais complexo, os seus elementos diferenciam-se e organizam-se melhor, existindo uma evolução neguentrópica.”*

Reis e Rodrigues (2002:100), referem-nos também que:

*“(…) Se o acto informativo não produzir qualquer efeito no destinatário (receptor) essa informação perde-se (…) a informação não pode desligar-se do seu significado e só é válida se produzir efeitos no receptor.”*

Por outro lado para que aconteça a transmissão de informação, o receptor tem de estar preparado para responder com eficácia à informação transmitida, senão a informação perde-se. O objectivo da comunicação é que o receptor da mensagem descodifique, entenda e assimile a intenção codificada. A comunicação será deficiente quando a mensagem não produzir o efeito pretendido.

Em contexto de cuidados de saúde, o fornecimento de informação é uma questão essencial. Temos por um lado os doentes que necessitam de informação, tentando adquiri-la de variadas formas e do outro a obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes sobre o seu estado clínico. Segundo Hejelm-Karlsson referido por Melo (2005:54), a palavra informação pode ter dois sentidos diferentes, sendo que um está relacionado com o conteúdo da mensagem e o outro com a forma como se processa a comunicação. Para o autor a informação em contexto de saúde é a mensagem,

com o seu conteúdo e aspectos semânticos, e a comunicação consiste no processo pelo qual a informação é transmitida entre emissor e receptor.

As necessidades de informação dos doentes devem ser interpretadas, distinguindo entre as que são expressas por estes e as normativas, ou seja, as que são consideradas desejáveis para o indivíduo e situação em causa. (Melo, 2005).

Os problemas que podem ocorrer na transmissão de informação podem ter origem no doente ou nos profissionais de saúde.

Teixeira (1996) refere que as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e doentes têm a ver, entre outros aspectos com a transmissão de informação pelos técnicos de saúde e com a capacidade dos doentes para perceberem a informação que lhes é fornecida. Relativamente à transmissão de informação, esta pode ser insuficiente, imprecisa ou ambígua, ou excessivamente técnica. Por outro lado, o tempo que é dedicado ao fornecimento de informação é escasso, uma vez que as consultas e as intervenções dos profissionais de saúde, centram-se mais neles próprios e nas tarefas que têm que desempenhar, do que nos doentes. Na opinião do autor, a informação em saúde necessita ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. A capacidade diminuta dos doentes para perceberem a informação, faz com que estes não entendam qual é o seu estado de saúde e a necessidade de mudar comportamentos e seguir tratamentos e terapêuticas. O baixo nível de conhecimentos sobre saúde pode induzir nos doentes sentimentos de inibição resultantes do embaraço e medo do ridículo.

O processo de comunicação funciona habitualmente como um sistema aberto, independentemente de poder ocorrer um determinado nível de ruído, sendo o ruído qualquer perturbação indesejável que possa interferir no processo de comunicação dificultando o envio das mensagens.

Reis e Rodrigues (2002:98) dizem-nos que o ruído no processo de comunicação é:

*“Uma perturbação indesejável que tende a deturpar, distorcer e alterar, de maneira imprevisível, as mensagens transmitidas (...) interferências que tendem a provocar falta de clareza”.*

Chiavenato (1994) refere-nos que o ruído, num sistema de comunicação, é constituído pela fonte de erros ou distorções.

Para outros autores, podem ocorrer diferentes tipos de barreiras ao processo de comunicação. Sikula (1976) refere-nos três tipos de barreiras à comunicação humana, que podem ser de natureza técnica ou física, semânticas e pessoais ou humanas.

As barreiras pessoais ou humanas podem identificar-se como as interferências que decorrem das limitações, emoções e valores de cada pessoa que poderão limitar ou distorcer a comunicação com o outro. São exemplos as limitações pessoais, as emoções, as preocupações, os sentimentos pessoais e as motivações.

Como barreiras semânticas designam-se as interferências resultantes de diferentes significados atribuídos aos símbolos no decorrer do processo de comunicação, tais como a interpretação de palavras, a descodificação de gestos, as translações de linguagem, o significado de sinais, entre outras.

As barreiras físicas ou técnicas definem-se como interferências que ocorrem no ambiente em que decorre o processo de comunicação. São exemplos, as falhas mecânicas, as interferências físicas, os ruídos ambientais, etc.

Os três tipos de barreiras à comunicação podem ocorrer em simultâneo, levando a que a mensagem seja bloqueada, filtrada ou distorcida.

## **1.2 – A COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A comunicação em saúde pode definir-se, segundo Teixeira (1996:135) como:

*“O estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.”*

Esta definição pode aplicar-se não só à promoção da saúde, mas a todas as áreas da saúde nas quais a comunicação é importante, e tem relevância em contextos muito diferentes como por exemplo, na relação entre os profissionais de saúde e os utentes dos serviços de saúde, na formação dos profissionais de saúde e na qualidade do atendimento dos utentes por parte dos serviços e funcionários.

De acordo com Bitti e Phaneuf citados por Ramos (2008:105):

*“A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feed-back recíproco, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento. O contexto onde se produz a comunicação é um elemento complexo, portador de normas e de regras, constituindo um factor estruturante da comunicação.”*

Os processos de comunicação em cuidados de saúde são de extrema importância uma vez que estão relacionados com as várias áreas e contextos de saúde, com a relação que os profissionais de saúde estabelecem com os utentes e com a satisfação dos utentes.

Toda a comunicação é um acto social que envolve um conjunto de processos que permitem realizar trocas de informações e significações, entre os indivíduos, numa determinada situação social. (Abric, 1999; Ramos, 2008).

Em contexto de cuidados de saúde estes processos podem estar alterados, nomeadamente perante doentes que não conseguem comunicar verbalmente.

Nestas situações o conhecimento e a utilização de todos os tipos de comunicação serão essenciais para que a comunicação seja eficaz.

A multiplicidade de canais de comunicação, verbais e não verbais associam-se para obter uma comunicação total e dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso, e às mensagens não verbais, transmitidas pelos gestos, mímicas e posturas. (Littlejohn, 1988; Cosnier *et al*, 1984; Ekman *et al*, 1972; Marc *et al*, 1996; Ramos, 2008).

Reconhecer a importância da comunicação não verbal na relação profissionais de saúde / doentes, permitirá compreender melhor os doentes, estando atento aos gestos, às mímicas faciais, às posturas corporais, que nos poderão dar indicações, “pistas”, sobre os estados emocionais desses doentes.

Os profissionais de saúde, em contexto hospitalar, valorizam sobretudo os cuidados físicos aos doentes e os tratamentos, adquirindo e desenvolvendo competências técnicas nesta área, para poderem estar aptos a corresponder às necessidades físicas dos doentes.

No modelo tradicional da comunicação médico / doente, o médico é o especialista detentor da sabedoria, que transmite os seus conhecimentos ao doente, que o educa e trata, com o objectivo de resolver um problema de

doença. Este processo comunicativo pode ser melhorado, quando se adopta uma postura de partilha, centrada no doente, promovendo um maior empenhamento, uma melhor adesão ao tratamento ou terapêutica e maior nível de satisfação.

Onga *et al*, citados por Ramos (2008:106), salientaram três objectivos na comunicação médico doente:

*“Criar uma boa relação interpessoal; trocar informação clínica; tomar decisões terapêuticas”*

Estes autores identificaram dois estilos comunicacionais, um orientado para o tratamento e outro de carácter afectivo, mais orientado para os cuidados, favorecendo a comunicação, a satisfação, a adesão ao tratamento, a recordação e a compreensão da informação.

Phaneuf (1995) refere que algumas enfermeiras são mais atraídas para os cuidados técnicos, tarefas consideradas de alta visibilidade, escutam pouco os doentes e demonstram pouco interesse pela relação de ajuda. Por outro lado existem enfermeiras mais inclinadas para escutar e partilhar as dificuldades do doente, mais favoráveis às tarefas consideradas de baixa visibilidade e como tal mais empenhadas no desenvolvimento da relação de ajuda, o que exige formação.

Segundo Teixeira (1996), os profissionais de saúde em geral, encorajam pouco as perguntas por parte dos doentes, não escutam, nem se interessam por conhecer as preocupações e expectativas dos doentes. Por outro lado, os doentes acabam por adoptar com frequência, atitudes passivas e dependentes, concordantes com o modelo biomédico, que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação. De acordo com o mesmo autor, os problemas de comunicação profissional de saúde/doente, pode também estar relacionados com os processos de comunicação afectiva dos profissionais de saúde, sobretudo quando ocorre um distanciamento afectivo, um desinteresse pelas preocupações do doente e dificuldade em funcionar como suporte emocional e fonte de transmissão de segurança para o doente.

Ramos (2008) salienta que são numerosos os estudos que evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente,

numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida. Segundo o autor, foram também desenvolvidos vários estudos que mostram que o facto de fornecer informação aos doentes, envolvendo-os, comunicando com eles, satisfaz várias necessidades, nomeadamente ao nível psicológico (Ramos, 2008:108):

*“Ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove a satisfação, o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente.”*

A compreensão da informação é essencial para que o doente seja englobado no tratamento, pois se não a compreender poderá não seguir as indicações dos profissionais de saúde.

No entanto, como refere Ramos (2008:109):

*“Nas práticas dos profissionais de saúde, predomina a ausência de informação ao doente sobre a sua situação clínica, diagnóstico, tratamento, prognóstico, defendendo estes que o fornecimento de informação pode causar efeitos negativos ao doente, tais como, diminuição da adesão ao tratamento, aumento da ansiedade e das queixas sobre os efeitos secundários do tratamento.”*

Os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes acontecem facilmente, uma vez que os utilizadores dos serviços de saúde necessitam não só de cuidados físicos mas também de cuidados direccionados ao seu bem-estar psicológico e social. Se não houver uma resposta adequada a todas estas necessidades, haverá insatisfação dos utentes e uma avaliação negativa da qualidade dos cuidados prestados.

Teixeira (1996) e Ramos (2004) referem-nos que os vários estudos efectuados nesta área demonstram de uma forma consistente que os utentes dos serviços de saúde queixam-se e criticam os desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde.

Verifica-se que parte da insatisfação dos doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, nomeadamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde em geral.

Por outro lado cada vez existem mais profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham em contextos multiculturais com doentes originários de outras culturas ou minorias, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas de comunicação intercultural. (Ramos, 1993, 2001, 2004, 2006, 2008)

O pluralismo cultural, decorrente do aumento do fluxo migratório nacional e internacional, leva a enormes desafios para os profissionais de saúde, na área da comunicação, que sentem cada vez mais necessidade de desenvolver competências. Tal como refere Ramos (2001:156):

*“O desenvolvimento destas competências, deverá apoiar-se em fundamentos teóricos sólidos, em estratégias e aprendizagens cognitivas precisas de compreensão e comunicação inter cultural”.*

Efectuamos na disciplina Saúde, Cultura e Desenvolvimento, no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde, e sob a orientação da Professora Doutora Natália Ramos, um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, aplicado a dezanove sujeitos, médicos e enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital na periferia de Lisboa. Com este estudo pretendíamos perceber até que ponto a diversidade cultural, é uma problemática para os profissionais de saúde na sua prática quotidiana.

Embora a natureza da amostra e o tipo de estudo não permita a generalização dos resultados nem a sua extrapolação, verificámos que nesta população: todos os sujeitos verbalizaram ter prestado cuidados a indivíduos de etnias diferentes; as etnias mais referenciadas pelos sujeitos foram a etnia cigana em primeiro lugar, a etnia africana em segundo lugar, a etnia asiática e por último a etnia muçulmana; as características culturais específicas que segundo os profissionais de saúde implicaram alterações ao seu desempenho foram as relacionadas com: o cumprimento de regras, os hábitos alimentares, a linguagem, as crenças religiosas, os hábitos de sono e higiene pessoal, os hábitos sociais e as percepções de doença e dor; as dificuldades na comunicação referenciadas pelos sujeitos foram o cumprimento de normas e regras, o vocabulário / linguagem, cuidar a família, compreender e aceitar as diferenças, pudor pela exposição do corpo, incompreensão da mensagem por uma das partes, dificuldade no estabelecimento de relação e desconhecimento de alguns hábitos culturais; as estratégias mais referenciadas pelos sujeitos

para ultrapassar as dificuldades sentidas na comunicação foram: formas alternativas à comunicação verbal, onde se incluem a escuta activa, a mímica gestual e a linguagem simbólica e procurar o apoio da família. Estratégias como a empatia, o expressar claramente as situações, o respeito mútuo e explicar claramente as normas também foram referenciadas por alguns dos sujeitos.

Podemos então verificar que os resultados deste estudo são concordantes com as características da sociedade multicultural contemporânea, uma vez que todos os inquiridos referiram o papel de cuidadores de indivíduos de outras etnias em situação de doença, em contexto hospitalar.

Torna-se urgente que os profissionais de saúde adotem uma concepção holística do homem que abarque todas as suas dimensões, a sua totalidade, afastando-se cada vez mais do modelo biomédico.

Os profissionais de saúde têm que estar preparados para cuidar de indivíduos de diferentes culturas. O sistema de valores de cada Homem é único e dá sentido e orientação à sua vida, contribuindo para manter a sua auto-estima. Muitos destes valores nascem dos valores básicos do meio cultural em que o indivíduo cresce e se desenvolve, onde apreende também formas de comportamento e de estar na sociedade que lhe permitem a adaptação. A sensibilização para a multiculturalidade e o desenvolvimento de competências na área da relação e comunicação em situação intercultural capacitarão os profissionais de saúde, para a percepção das dificuldades que um indivíduo enfrenta quando se vê confrontado com valores diferentes dos seus ou quando os seus valores não são respeitados nem valorizados.

Esta ideia é expressa por Leininger citado por Catarino *et. al.*(1999:22) que sugere que:

*“O respeito pelos direitos culturais das pessoas reflecte o respeito pelos direitos humanos básicos.”*

Cada indivíduo ou grupo social possui um modo particular de adaptação ao meio, decorrente da sua cultura. Ramos (2003:162), refere que:

*“ (...) Os indivíduos e os grupos pertencentes a diferentes culturas, determinam em função das suas representações, actividades e necessidades particulares, certas exigências e etapas de desenvolvimento, que podendo ser consideradas como estranhas,*

*“bizarras”, pelos membros de outra cultura, são, no entanto coerentes e indispensáveis na vida quotidiana desses indivíduos e influenciam os comportamentos e o desenvolvimento.”*

Numa situação de doença e/ou internamento, este confronto de culturas que pode ocorrer entre o profissional de saúde e o indivíduo de etnia diferente da sua, traduz-se em dificuldades no estabelecimento de uma relação terapêutica. A consciencialização da individualidade de cada um implicam o acreditar na dignidade humana e o aceitar e compreender os valores, escolhas e prioridades contidos nos desejos e comportamentos expressos pelos doentes. Vivemos hoje em dia numa sociedade multicultural e os profissionais de saúde têm que estar preparado para cuidar de indivíduos de diferentes culturas.

Já todos passámos por experiências em que temos dificuldade em evitar atitudes preconceituosas de antipatia, de temor ou até de rejeição em confrontação com os outros, incluindo os nossos doentes, muitas vezes devidas a condicionalismos culturais, personalidades e valores diferentes. No entanto quem presta cuidados, quem cuida os outros tem o dever e a obrigação de encarar a pessoa doente como um Homem de pleno direito independentemente da sua idade, raça, religião e desenvolvimento sociocultural, que não podem de forma alguma constituir factores desencadeantes de comportamentos discriminatórios.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do doente. (Ramos, 2004, 2008)

Não ter em conta estas necessidades, não ter em conta o desejo de participação e informação do doente, sobre a doença, tratamentos e terapêuticas, não fornecer informação ou fazê-lo de forma insuficiente, imprecisa e ambígua, inadequada, excessivamente técnica e não saber “escutar”, têm consequências nefastas a vários níveis. (Ramos, 2004,2008)

Como salienta Ramos (2008:111):

*“Em contexto de saúde, a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o*

*respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.”*

Melhorar a qualidade e a humanização do atendimento em saúde, pressupõe a escuta activa do doente, a empatia e a resposta partilhada pela solução do problema e também a acessibilidade. A qualidade do atendimento em cuidados de saúde implica tanto a rapidez do atendimento, o nível de aceitação dos serviços prestados, a adequação entre o diagnóstico e a terapêutica, como, a relação e comunicação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os doentes. (Carrachás, 2003; Ramos, 2008).

De acordo com Ramos (2008:112):

*“Existe em geral uma desvalorização da comunicação nos serviços de saúde e, este facto é responsável por um certo nível de insatisfação dos profissionais de saúde e dos próprios doentes.”*

As razões para que tal aconteça podem estar relacionadas com a formação inadequada dos profissionais de saúde e dos gestores na área da comunicação, com a falta de recursos humanos e materiais, e também com um modelo paternalista médico-doente e com a valorização de uma perspectiva economicista da saúde. (Ramos, 2008).

A qualidade da comunicação e dos cuidados ao doente exige a participação de todos, profissionais, gestores, políticos, doentes e famílias. Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da comunicação, é essencial, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a equidade, fomentar a satisfação do doente, o ajustamento psicológico à doença, melhorar a adesão ao tratamento, e também reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stresse. (Ramos, 2008).

### 1.3 – COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A comunicação pode definir-se como um processo dinâmico, complexo e em permanente mudança, que ocorre no tempo. Através da comunicação os seres humanos emitem e recebem mensagens verbais e não verbais continuamente, a fim de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. A comunicação facilita a adaptação ao ambiente, a transmissão de ideias, sensações ou sentimentos. É assim fácil perceber que é impossível não comunicar, pois todo o comportamento comunica algo.

A comunicação com o doente permite-nos *“Pôr em comum”, “Entrar em relação com”, “Trocar ideias, sentimentos e experiências”, ...sendo* que a nossa atitude na comunicação com os outros, obriga a uma concordância entre a mensagem verbal e a mensagem não verbal para que a comunicação seja eficaz. O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, tem que saber medir as consequências dos seus gestos e das palavras, tem que perceber qual o efeito destes sobre os doentes, para que a relação não ofenda ou melindre a sua dignidade como homens. As palavras podem ser escolhidas e de certo modo controladas antes de as pronunciarmos mas os comportamentos não verbais não se controlam assim tão facilmente. A nossa linguagem corporal pode transmitir o nosso interior que pode não coincidir com o que dizemos, mas também pode ser usado como estímulo para o outro; o olhar que dirigimos ao doente por exemplo pode dar indicações de que estamos disponíveis para estar com ele e quereremos entender o que ele nos diz.

Os enfermeiros devem perceber que seja qual for o nível de incapacidade comunicativa que uma pessoa tenha, ela tem o direito a escolher a sua opção de vida e é sua função saber como comunicar com essa pessoa, não podendo virar costas só porque não conseguiu percebê-la. Têm a obrigação de promover os meios de comunicação adequados às suas diferenças e às suas diferentes necessidades. Muitas vezes necessitamos da ajuda de outros para conseguir perceber o doente para conseguirmos satisfazer as suas necessidades.

Como *“gente que cuida de gente”* temos que estar disponíveis para aceitar perder tempo, para ouvir atentamente ou silenciosamente, o que o doente nos

quer dizer. Temos que *escutar activamente*: a escuta activa implica uma atenção constante e total, e uma sensibilidade e percepção apuradas para que se consiga ouvir o que o doente diz, mas sobretudo “o que ele não diz”.

Para ser um comunicador eficaz o enfermeiro tem que ter conhecimentos teóricos e tem que saber utilizar técnicas de comunicação. Comunicar aprende-se, não se pode deixar a comunicação ao critério individual de cada enfermeiro. Mas a comunicação nem sempre “flúi” da melhor forma, existindo por vezes obstáculos a uma comunicação eficaz, como é o caso dos doentes impossibilitados de comunicar verbalmente.

Após as considerações tecidas anteriormente e a análise do processo de comunicação consegue-se perceber a importância do desenvolvimento de competências nesta área, por parte dos enfermeiros. Embora possam não existir regras no campo da comunicação/relação visto que cada homem é um ser singular que possui dignidade, ou seja tem valor por si mesmo, pela sua existência e não pelos seus actos e como tal é diferente de todos os outros homens, o aprofundamento destas questões contribui com certeza para a compreensão, aceitação e melhoria do cuidar em enfermagem.

A comunicação designa todas as formas de relações sociais e em unidades de cuidados intensivos, o enfermeiro prestador de cuidados, deve avaliar a sua atitude na comunicação com o doente, não descurando este aspecto relativamente às alterações estruturais e tecnológicas próprias destes serviços, valorizando o silêncio e as mensagens mudas que o doente de cuidados intensivos nos transmite.

O enfermeiro de cuidados intensivos não deve centrar a sua acção exclusivamente na componente científica e técnica, pois para além desta existe a relação entre enfermeiro e doente, numa situação em que o doente se encontra debilitado e em sofrimento. O sucesso da relação irá também depender das capacidades do enfermeiro para encarar o sofrimento humano.

O enfermeiro deve desenvolver capacidades para ouvir e compreender o doente, deve mostrar-se atento ao seu comportamento, incluindo todas as atitudes que o mesmo demonstra, quer sejam verbais ou não verbais, visto que a linguagem não verbal transmite-nos tanto ou mais do que a linguagem verbal.

O enfermeiro deve demonstrar ao doente que está interessado e que o compreende, para que este não se sinta sozinho no seu sofrimento, pois como refere Cheveau (1990:95):

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

Lidar com sofrimento, com angústias, com problemas emocionais não é fácil. Exige aprendizagem, disponibilidade, sensibilidade, tolerância, para aceitar o outro como ele é, respeito, solidariedade, empatia, ou seja, exige ter presentes os valores do humanismo, aceitando o homem como um ser de necessidades que é preciso satisfazer.

Bastos (1990:568), reflecte sobre os valores do humanismo na profissão de enfermagem escrevendo:

*“ Os profissionais de saúde, dado o contacto com os enfermos, podem compreender como ninguém a totalidade da pessoa humana (...) O humanismo é a realidade do homem concreto, sofredor e angustiado, o homem enfermo, com o qual se partilham amarguras e dificuldades.”*

A comunicação eficaz, também designada por alguns autores como comunicação terapêutica, consiste num processo recíproco entre enfermeiro e doente, em que o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos científicos e as suas habilidades profissionais, para ajudar o doente de forma útil e individualizada.

Esta relação de ajuda, que tem por base a comunicação, tem como objectivo satisfazer as necessidades básicas do doente, e a este respeito Rogers, citado por Stefanelli (1983:33), escreve:

*“O objectivo da comunicação terapêutica não está na solução dos problemas do utente, mas sim no fornecimento de elementos para que este se desenvolva de forma a fazer frente, não só aos problemas actuais, mas também aos futuros de uma forma integrada e independente.”*

Por outro lado esta interacção enfermeiro / doente não será só benéfica para o doente, mas também para o enfermeiro que aprende, e aumenta o seu leque de conhecimentos com as mais-valias que retira desta relação. A este propósito Peplau, citada por Stefanelli (1983:34), acredita que:

*“A enfermagem é um processo interpessoal terapêutico em que ambos os parceiros crescem como resultado da aprendizagem ocorrida na relação.”*

Na realidade, a necessidade sentida pelo enfermeiro de comunicar com o doente ventilado, leva a que este desenvolva esforços na tentativa de atingir esse objectivo e as várias experiências que vão ocorrendo na sua comunicação com estes doentes, irão contribuir para que gradualmente, o enfermeiro, pelo conhecimento e pela prática se torne mais capaz de “entender” o doente.

Quais são então os aspectos a que o enfermeiro deve atender para promover a comunicação com o doente ventilado?

Consideramos que o enfermeiro prestador de cuidados a doentes ventilados, terá que reflectir sobre a sua atitude, a sua postura perante o doente, visto que, tendencialmente, quando o doente não consegue comunicar verbalmente e o entendimento se torna difícil, cai-se no erro de o demonstrar através de sentimentos de impotência que transparecem no rosto ou através de comentários. Expressões de aborrecimento, impaciência, sinais de desistência e incapacidade, como por exemplo, o desviar o olhar ou afastar-se, irão constituir mais barreiras à comunicação, dificultando ainda mais o processo de comunicação.

Watzlawick *et al* (1966:62) alertam-nos para o facto de que:

*“...Tão pouco podemos dizer que a comunicação só acontece quando é intencional, consciente ou bem sucedida, isto é, quando ocorre uma compreensão mútua.”*

Como tal, para que a comunicação seja eficaz, temos que ter em conta as mensagens não verbais que transmitimos aos nossos doentes.

Outro aspecto a considerar quando comunicamos é o de que temos de ter consciência que o nosso comportamento, linguagem e sistema de valores são diferentes dos do outro pelo que a mensagem tem que ser analisada, não só na nossa perspectiva mas também na perspectiva do outro. Temos que aceitar os outros como eles são. Só assim conseguiremos ter êxito na comunicação, tal como nos diz Watzlawick, citado por Bitti *et al* (1993:75):

*“A capacidade de comunicar de maneira adequada não só é a «conditio sine qua non» da comunicação eficaz como está estreitamente ligada ao magno problema da consciência de si e dos demais.”*

O primeiro contacto do enfermeiro com o doente e a forma como este se apresenta são determinantes para o sucesso da comunicação. O enfermeiro tem que criar um ambiente acolhedor e para isso deverá apresentar-se, tratar o doente pelo nome, olhar-lhe nos olhos enquanto fala, sorrir, para que o doente perceba que não está sozinho e que o enfermeiro está ali disponível para o ajudar.

Por vezes, pelo primeiro olhar, o doente “aproxima-se” ou “afasta-se” do enfermeiro, como nos diz Bernardo (1984:105):

*“O contacto do olhar activa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-o se mostra indiferença.”*

O enfermeiro pelo lugar que ocupa na equipa de saúde, sendo o elemento que permanece mais tempo junto do doente desde o primeiro minuto, está numa posição de eleição para tentar compreender o doente, com o objectivo de o ajudar a satisfazer as suas necessidades e só o conseguirá se “cativar” o doente.

A nossa experiência, como enfermeiros, em unidade de cuidados intensivos parece também apontar para o facto de que o tipo de contacto inicial e a postura do enfermeiro junto do doente, fazem variar a eficácia da relação que se vem a estabelecer. Na prática, verificamos que existem enfermeiros que conseguem perceber quase sempre o que o doente ventilado lhes quer transmitir, enquanto que outros mantêm sempre essa dificuldade.

### **1.3.1 - Técnicas de comunicação não verbal**

É essencial que nos consciencializemos da importância da comunicação não verbal pois muitas vezes, mensagens não verbais que transmitimos não intencionalmente, poderão ter no doente um efeito contrário ao pretendido, pois tal como nos diz Argyle (1978:60):

*“A comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa.”*

Existem várias técnicas de comunicação não verbal que o enfermeiro e outros profissionais de saúde devem conhecer e desenvolver para ultrapassar algumas dificuldades de comunicação.

Na perspectiva de autores como Lazure (1994) e Palma (1992), as técnicas mais eficazes no estabelecimento de uma comunicação eficaz são: o olhar, o acenar da cabeça, o toque e a escuta activa.

### **O olhar**

As relações interpessoais iniciam-se com o contacto visual recíproco que assinala o desejo e a intenção de interagir. Durante a comunicação verbal os intervenientes, poderão só trocar olhares de vez em quando; no entanto perante um doente ventilado o enfermeiro deverá manter sempre o contacto visual com o doente, pois só assim poderá receber a mensagem e dar *feedback*. Se “as nossas caras são a nossa identidade” (ditado popular); então a nossa expressão facial pode transmitir estímulos positivos ou negativos para o doente. O enfermeiro deverá esforçar-se por ser congruente, tendo sempre presentes princípios como a sinceridade e a honestidade.

Lazure (1994:82), salienta que:

*“À enfermeira permita-se ser cada vez mais ela própria (...), perante o cliente ela mostra-se sem disfarces, sem se esconder por trás do papel de enfermeira (...) e não mostra contradição entre o que sente e o que comunica.”*

### **O acenar da cabeça**

O enfermeiro poderá também usar o acenar da cabeça, como sinal de atenção ou de aceitação, o que encorajará o doente a continuar a transmitir o que pretende. O acenar da cabeça funciona como reforço positivo, como recompensa para o doente pois é sinal de que o enfermeiro percebeu a sua mensagem.

### **A escuta activa**

Para melhorar a comunicação com o doente o enfermeiro deve desenvolver e valorizar a capacidade de escuta como atitude essencial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, que estará na base de uma verdadeira relação de ajuda. Lazure (1994:15), alerta-nos para o facto de que:

*“Escutar não é sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções tanto exteriores como interiores.”*

Na realidade, embora esta seja uma das actividades mais importantes no desempenho da nossa profissão, é das que tem tido menos formação, talvez

por se considerar, até agora, que a escuta é um dom natural e como tal sem necessidade de ser aperfeiçoada. Talvez por isso não lhe seja atribuído o seu real valor e nem todos os enfermeiros disponibilizem tempo para “escutar” o doente, sempre ocupados noutras tarefas que consideram mais importantes.

Escutar é, como diz Lazure (1994:107):

*“...Um acto exigente, que exige uma vigilância sensorial, intelectual e emocional constantes; que consome muita energia e muito do nosso tempo.”*

Em unidades de cuidados intensivos esta actividade deveria ser primordial, como técnica utilizada para melhorar a comunicação com o doente ventilado, mas o seu valor perde-se no meio dos ventiladores e dos monitores, da azáfama, dos alarmes e quando olhamos com mais atenção, deparamo-nos com uns olhos suplicantes, a pedir ajuda, explicações e conforto.

É nestes momentos que consciencializamos a necessidade de escutar o doente e acreditamos que o tempo investido de certeza não será tempo “perdido”, sendo certamente evidenciado através da satisfação e benefícios que o doente obterá.

Como escrevia Saint-Exupery (1996:74):

*“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”*

Apesar do progresso científico e técnico, as habilidades da escuta jamais serão desnecessárias na profissão de enfermagem, pois só a atitude de disponibilidade e escuta poderão conduzir a uma relação de confiança e respeito. Lazure (1994) define escuta activa ou “escuta integral”, como a capacidade de ouvirmos com todos os nossos sentidos, a fim de identificar as reais necessidades do doente.

Assim Lazure (1994:214) indica-nos algumas sugestões para o desenvolvimento de uma escuta eficaz:

- *“Antes de tudo estar disponível emocionalmente para a escuta”*
- *“Seleccionar o ambiente que mais facilita a escuta”*
- *“Fazer silêncio e respeitar o silêncio do utente”*
- *“Para o enfermeiro, qualquer momento de prestação de cuidados deve ser ocasião de escuta atenta e eficaz”*

Embora nem sempre seja possível responder a todos estes critérios, eles devem servir de orientação na actuação do enfermeiro, por constituírem a base para o desenvolvimento das competências relacionais.

### **O toque**

O tacto é a mais básica de todas as respostas humanas. Tal como nos refere Hudak (1997:40):

*“A necessidade de contacto táctil está presente em todas as pessoas ao nascimento e continua durante toda a vida”.*

Em enfermagem acredita-se que o uso do toque é benéfico para a maioria dos doentes e nomeadamente em doentes ventilados, pode ser usado pelo enfermeiro durante o contacto verbal ou quando este se torna difícil ou impossível, visto que o toque transmite apoio e em certas situações poderá ser a atitude comunicativa mais eficaz.

No entanto mais uma vez o enfermeiro tem que estar atento ao que o doente lhe transmite, para perceber se o toque tem o efeito desejado, visto que pode também ser sentido como ameaçador.

### **1.3.2 - Técnicas de comunicação verbal**

Como ajuda ao esclarecimento da mensagem o enfermeiro poderá também usar técnicas de comunicação verbal.

Sundeen (1994) descreveu as técnicas terapêuticas de comunicação verbal, das quais salientamos as que consideramos mais importantes na interacção enfermeiro/doente ventilado e que são: o devolver, o clarificar e o reformular.

A técnica do devolver implica que o enfermeiro transmita ao doente o que entendeu da sua mensagem, traduzido em linguagem verbal.

Por vezes para tentar compreender a mensagem global ou o verdadeiro sentido da mesma, o enfermeiro tem necessidade de pedir mais pistas ao doente, demonstrando que quer perceber a sua mensagem mas que precisa de mais dados, ao que se chama, técnica de clarificar.

Por fim, o enfermeiro, após ter interpretado a mensagem, deve reformulá-la (técnica de reformular), ou seja, deve repetir para o doente o que é que acha que este lhe quis dizer.

O enfermeiro deverá também promover momentos de boa disposição e descontração com conversas informais, que contribuem para um fortalecimento da relação, e são também promotoras de uma comunicação eficaz.

O humor é também um tipo de comunicação verbal, que pode facilitar a relação dos enfermeiros com a pessoa que cuidam.

José (2003:155) salienta que:

*“A utilização criteriosa do humor e do riso são um bom bálsamo para os enfermeiros e um óptimo revitalizante da sua relação com as pessoas que cuidam”.*

De acordo com este autor, as piadas, as brincadeiras, as mímicas e outros comportamentos humorosos estão sempre presentes no contexto de trabalho dos profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros, podendo ser uma importante forma de desdramatizar as situações mais embaraçosas para os profissionais e para os doentes. Muitas vezes os enfermeiros brincam entre si, ou com os doentes, promovendo o riso e um conseqüente alívio do ambiente vivido nas unidades de prestação de cuidados. No serviço onde trabalhamos é comum observar alguns enfermeiros brincarem com os doentes, estimulando-os com momentos de boa disposição. Robinson, citado por José (2003: 145), refere-nos que:

*“O humor: quebra o gelo e as barreiras sociais; reduz o medo; aumenta a segurança; torna o ambiente familiar; encoraja um sentimento de verdade e de confiança; inicia um sentimento de camaradagem e amizade que perdura no tempo; torna possível brincar com procedimentos, com instrumentos; possibilita nivelar situações, nomeadamente de poder, servindo para diminuir a distância social; serve de caminho para a gestão construtiva de conflitos; reduz o embaraço e o desconforto de profissionais e doentes em situações como enemas, exposição corporal, banho, exames ginecológicos; ....”*

## **CAPÍTULO II – O AMBIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS E O SEU EFEITO NOS DOENTES**

### **2.1 – AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

A unidade de cuidados intensivos é um ambiente *sui generis* onde se podem integrar as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico, a fim de combater doenças que põem a vida em perigo.

A UCI pretende dar resposta a doentes instáveis e em estado crítico, com um grau de risco elevado, em que as condições clínicas podem alterar-se de minuto a minuto.

O papel do enfermeiro que se ocupa do doente crítico é essencial para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado, uma vez que a sua observação contínua da situação clínica do doente, coloca-o numa posição única para identificar problemas e iniciar os procedimentos adequados.

O objectivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, o que exige equipamento e dotações de pessoal adequadas, de forma a satisfazer as necessidades previstas para estes doentes.

A disposição física é geralmente circular, em redor de ponto central onde o enfermeiro visualiza directa e continuamente todos os doentes. Os doentes podem estar em *boxes* individuais de vidro ou em área aberta, separados por cortinados. A vantagem da visualização directa pode ser acompanhada das desvantagens da limitação da privacidade e da exposição a intervenções noutros doentes.

Este ambiente não familiar de alta tecnologia e de terapia intensiva é uma das fontes de stress mais sentidas pelo doente e família. Para o doente e família este contexto representa um internamento/ hospitalização o que irá condicionar a interacção enfermeiro/doente/família. O doente numa situação de dependência e excluído do seu sistema habitual de referências, está sujeito aos cuidados que lhe são prestados, num local desconhecido e ameaçador.

Rome citado por Curry (1995:26) apresenta-nos a Unidade de cuidados intensivos como:

*“Uma sala sem janelas, sem cor, austera, com várias camas, com monitores assustadores e estranhos respiradores e outro equipamento mecânico à cabeceira do doente.”*

Na verdade, as unidades de cuidados intensivos surgem-nos como um ambiente hostil, ao primeiro contacto, nomeadamente para nós enfermeiros. Geralmente associa-se ao internamento de um doente em cuidados intensivos, a ideia de “situação desesperada”, o isolamento da família e do mundo e muito provavelmente a morte.

## **2.2 - O AMBIENTE “AMEAÇADOR”**

O ambiente dos cuidados intensivos só por si sujeita os doentes a situações de crise, perante as formas de terapêutica médica e de enfermagem mais avançadas.

O doente e família, embora parcialmente conhecedores da natureza especial dos cuidados nestas unidades, reparam sobretudo no aspecto exterior: luzes que se apagam e acendem; aparelhos que apitam; ambiente ruidoso e excessivamente iluminado; pessoal atarefado equipados com máscaras, batas; etc. Os factores desencadeantes de *stress* para o doente e família, são imensos e provocados em parte pelo equipamento sofisticado que pode salvar a vida do doente.

Quando o doente crítico entra na UCI, é invadido por múltiplas intervenções, muitas delas dolorosas, como sejam a entubação endotraqueal, a colocação de cateter central e linha arterial para além de outros procedimentos invasivos. O doente vê-se então impossibilitado de falar e por vezes de se mexer, num local estranho onde os sons dos alarmes se ouvem 24 horas por dia, rodeado de estranhos e sem saber o que lhe vai acontecer.

Muitos doentes pedem constantemente explicações sobre o seu estado clínico, sobretudo à medida em que vão conhecendo melhor os enfermeiros e se sentem encorajados para colocarem questões, o que, notoriamente os tranquiliza.

Uma das maiores preocupações do doente é a de não poder falar quando está entubado endotraquealmente, pois a impossibilidade de comunicar através de

linguagem verbal, coloca-o numa posição de desvantagem não só por não conseguir fazer perguntas acerca do seu estado de saúde, como também por não conseguir partilhar preocupações e receios. A comunicação por outro lado também é inibida pelo ambiente, como as luzes intensas, os ruídos, os sinais de agitação, que perturbam e inibem o doente, causando-lhe um grau de ansiedade elevado.

Os estímulos do meio ambiente da UCI variam em intensidade ao longo do dia, e esta alternância entre sobrecarga sensorial e ausência da mesma podem provocar no doente alucinações, desorientação, paranóia, ansiedade e agressividade – Síndrome da UCI.

Quem trabalha em cuidados intensivos reconhece sem dúvida alguns destes sintomas a que os doentes são sujeitos e que muitas vezes se manifestam no período da noite, habitualmente o momento em que o ambiente da UCI é mais tranquilo. Durante a noite os doentes manifestam muitas vezes dificuldade ou incapacidade de dormir, emergindo sentimentos como medo, desamparo e isolamento.

Coutinho e al (2003:24), realizou um estudo de natureza estatística sobre as memórias e qualidade de vida, de 108 doentes que estiveram internados em UCI, avaliados em consulta, 6 a 8 meses após a alta. Os resultados revelaram que mais de metade dos doentes não tinham memória do internamento. Os doentes que recordavam o internamento revelaram que as situações mais incómodas foram a luz, o ruído e os procedimentos constantes.

Também os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de cuidados intensivos estão sujeitos a factores desencadeantes de *stress*. Espera-se que o enfermeiro de cuidados intensivos tenha conhecimentos científicos e técnicos avançados assim como uma grande capacidade de observação e de manuseamento de equipamentos altamente sofisticados. As exigências também são grandes ao nível das competências comunicacionais, perante doentes com necessidades psicológicas contínuas, que o enfermeiro pode ser tentado a considerar de pequena prioridade numa situação crítica.

### **2.3 - AMBIENTE E FAMÍLIA – INTEGRAR A FAMÍLIA NO CUIDAR**

Como já foi referido, também para os familiares do doente a UCI é assustadora e muitos não têm coragem numa fase inicial para entrar no serviço, apesar da necessidade que têm de ver o seu familiar.

Uma situação de internamento é sempre uma situação de crise na família, mais ou menos sentida de acordo com o papel social do elemento que adocece, no seio da mesma. O enfermeiro visualizando o homem numa perspectiva holística não deve reconhecer exclusivamente o indivíduo doente, mas também o membro da família e o cidadão de uma comunidade, ou seja, o indivíduo como sistema vivo, um todo indivisível, e simultaneamente pertencente a uma família e a uma sociedade na qual se insere.

Com o internamento de um familiar na UCI, a integridade da família fica ameaçada pela separação, pelo medo de perda, e pelo próprio ambiente da unidade.

A família tem responsabilidade na evolução do prognóstico do doente e isto porque, desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social e económico aos elementos doentes.

Muitas vezes os familiares dos doentes internados em UCI's são excluídos da prestação de cuidados, uma vez que estão condicionados ao período da visita.

O estado de saúde do familiar, a gravidade da situação com tudo o que o rodeia, associado à dificuldade de comunicar com este, são factores que contribuem para aumentar a ansiedade da família.

Neste contexto, a família surge com necessidades comprometidas e consequentemente com necessidade de ajuda. O equilíbrio familiar está alterado e na sua maioria, os elementos da família não conseguem identificar os recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise.

Millar (1989:31) efectuou um estudo sobre o apoio prestado aos familiares dos doentes na UCI. Este estudo tinha como objectivos:

1. Estabelecer as necessidades dos familiares de um doente na UCI;
2. Verificar se as necessidades eram satisfeitas;
3. Saber quem satisfazia essas necessidades.

Através da análise dos resultados, elaborou uma lista das necessidades da família do doente internado em UCI, por ordem de importância:

1. A necessidade de reduzir a ansiedade
2. A necessidade de informação
3. A necessidade de estar próximo do doente
4. Necessidades pessoais
5. A necessidade de apoio
6. A necessidade de ser útil

Uma das necessidades dominantes é a da informação, que deve ser honesta acerca do estado do doente e sua evolução, sendo este conhecimento essencial para a tomada de consciência da situação pelos familiares, e para accionar os mecanismos para a resolução da crise. Facilitar as visitas e implicar a família nos cuidados são intervenções que o enfermeiro deve promover para a satisfação das necessidades dos familiares.

## **CAPÍTULO III – A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS**

### **3.1 - ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO VERBAL NO DOENTE VENTILADO**

A admissão de um doente na unidade de cuidados intensivos é a afirmação da intenção de salvar uma vida, o que leva a que o doente possa ser despersonalizado e observado em função da doença que tem não se valorizando a pessoa que é, com dignidade e merecedora de respeito, independentemente da situação que vive. Qualquer ser humano tem necessidade de se sentir respeitado na sua dignidade sobretudo quando sofre o impacto causado por um problema grave de saúde, que o coloca num estado de vulnerabilidade. Como agravante será a necessidade que poderá ter, de ser submetido a ventilação mecânica que o impossibilitará de falar, colocando-o numa posição ainda mais desvantajosa sem poder fazer perguntas, chamar alguém que o auxilie ou partilhar os seus receios.

O enfermeiro e os outros profissionais de saúde de cuidados intensivos têm que desenvolver sensibilidade e conhecimentos para adquirir competências para cuidar estes doentes, nomeadamente capacidades de comunicação que devem desenvolver para interpretar as dificuldades e necessidades do doente nesta área.

Os enfermeiros que permanecem mais tempo junto dos doentes, têm que saber reconhecer as dificuldades do doente, e as suas próprias dificuldades e saber quais as estratégias que podem usar, para as ultrapassar. Um estudo de Addler referido por Mackereth (1988:18), revelou que, os doentes em estudo, consideravam o enfermeiro o *“mais importante”* numa UCI, pois:

*“A sua presença permanente assegura aos doentes que não estão sozinhos e que alguém se preocupa com eles”.*

Consideramos que os enfermeiros pela sua proximidade com os doentes estão numa posição privilegiada para *“tomarem posição”* para que na UCI se observem e cuidem os doentes como pessoas doentes e não como objectos de intervenção. E uma das melhores maneiras de o fazer é investir na

comunicação com o doente, pois uma comunicação eficaz é meio caminho andado para ir ao encontro das necessidades dos doentes.

Nesta perspectiva com este capítulo pretendemos rever resumidamente alguns conceitos básicos como a ventilação mecânica e as alterações fisiológicas que esta técnica provoca no doente, mas sobretudo, pretendemos perceber as repercussões que estas alterações têm na comunicação com o doente ventilado. São também objecto da nossa pesquisa as estratégias que poderemos desenvolver para ajudar o doente a ultrapassar ou minorar estas dificuldades.

### **3.1.1 - Mecanismo da ventilação mecânica**

A ventilação pode designar-se como o movimento do ar para dentro e para fora dos pulmões, por forma a transportar o oxigénio necessário aos tecidos e por outro lado remover o dióxido de carbono residual que se forma devido ao metabolismo anaeróbio. Em situação normal a ventilação ocorre com um mínimo de percepção sensorial. Em situações de dificuldade ou ineficácia respiratória ou até de incapacidade de respirar é necessário recorrer ao auxílio de máquinas – ventiladores – para controlo artificial, total ou parcial do ciclo respiratório, passando a ventilação a designar-se ventilação mecânica.

Hoje em dia os ventiladores são máquinas versáteis e sofisticadas que permitem ao doente respirar de forma confortável. Por outro lado facilitam o processo de desmame ventilatório visto que têm a capacidade de suportar a pressão em cada ciclo.

A ventilação de pressão positiva intermitente é o método mais utilizado para ventilar doentes em estado crítico em UCI's e consiste em forçar o ar enriquecido em oxigénio a entrar dentro dos pulmões do doente permitindo depois a sua saída passiva. Este princípio simples pode ser usado para forçar um determinado volume de ar preestabelecido para dentro dos pulmões – volume controlado – ou para insuflar os pulmões até um determinado valor de pressão preestabelecido – pressão controlada.

A ventilação de pressão positiva intermitente pode ser administrada de forma não invasiva, habitualmente através de máscara, ou de forma invasiva através de uma via fechada, sendo este último o procedimento mais usual em UCI's

visto que a maioria dos doentes não se adaptam ao método não invasivo e outros não têm condição clínica para serem submetidos a esta terapêutica.

O método invasivo consiste na introdução de um tubo endotraqueal nasal com *cuff* ou de tubo endotraqueal oral com *cuff* ou de um tubo de traqueostomia com *cuff*. A introdução de um tubo endotraqueal verifica-se ao longo das várias estruturas: nariz ou boca, laringe, traqueia, pulmão e brônquios e a passagem do tubo impede a produção de sons pelas cordas vocais.

### **3.1.2 - Repercussões da ventilação mecânica na comunicação**

O doente entubado endotraquealmente por via nasal ou oral, sofre uma alteração da comunicação verbal que se manifesta pela não emissão de sons. 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, visto que o som é produzido pela vibração das cordas vocais. O doente fica então privado de comunicar oralmente, uma vez que as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções. Em situações normais o som é produzido quando os impulsos nervosos deixam o centro cerebral da fala e são conduzidos aos músculos da laringe, da língua, do maxilar inferior e dos lábios. Quando os músculos da laringe se contraem, as pregas vocais também se contraem, o ar exalado transpõe as pregas vocais e da sua vibração resulta o som. Quanto maior a quantidade do ar exalado mais alto será o som produzido. Os músculos da face, da língua e dos lábios transformam então o som em fala.

Embora todas as formas de acesso endotraqueal produzam afasia de expressão, ou seja, impedem o doente de se expressar oralmente, o acesso endotraqueal através de uma traqueostomia, por exemplo, tem algumas vantagens neste campo, relativamente ao tubo endotraqueal nasal ou oral pois existem tubos de traqueostomia com *cuff* que permitem a fala.

Ashurst (1998:10), referenciando Hafsteindóttir, diz-nos que os doentes ventilados:

*“...São capazes de passar por experiências de comunicação muito negativas durante a ventilação mecânica, desencadeando-lhes frustrações, zanga e exaustão e, talvez, sensação de impotência. O*

*facto de não poderem falar e de sofrerem de fraqueza nos membros dificulta-lhes a comunicação e, portanto, será preciso reconfortá-los e apoiá-los.”*

Embora a maioria dos doentes tente um esforço verbal, movendo os lábios, nem sempre conseguem fazer-se perceber. A ansiedade e o nervosismo são característicos nestes doentes pelo esforço que fazem para serem compreendidos e pelo desespero quando não conseguem fazer-se entender. Muitas vezes refugiam-se neste desespero e desistem, sentindo-se impotentes para comunicar.

São poucos os estudos realizados que permitiram identificar quais os sentimentos e principais dificuldades sentidas pelos doentes submetidos a ventilação mecânica.

Hafsteindóttir (1996) efectuou um estudo descritivo e exploratório sobre as experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica, numa unidade de cuidados intensivos. O autor realizou oito entrevistas e uma análise fenomenológica dos dados obtidos. O artigo foca essencialmente as experiências de comunicação vividas pelos doentes durante o período em que estiveram ventilados e os problemas e dificuldades por que passaram. De um modo geral os sujeitos do estudo recordam claramente as experiências passadas, relacionadas com a comunicação, descrevendo-as como negativas, referindo que a impossibilidade de comunicar lhes provocou emoções muito negativas e muitas vezes sentiram vontade de desistir. Nesse estudo os doentes referem ter estado sujeitos a um estado de cansaço ou de exaustão durante o período de ventilação.

Os aspectos que enfatizaram estão relacionados com a importância da informação e explicações fornecidas pelos enfermeiros e com a presença da família como um suporte de extrema importância durante esse período.

Hafsteindóttir (1996) realizou uma consulta bibliográfica onde analisou e observou resultados de outros estudos de investigação e apresenta-nos um resumo dos mesmos através das seguintes considerações:

- A comunicação com os doentes em UCIs é limitada e as conversações tendem a ser pequenas e não focadas nas necessidades dos doentes.
- Há uma tendência dos enfermeiros para utilizarem comportamentos bloqueantes e desencorajadores durante as conversações

- As experiências dos doentes, na comunicação, de um modo geral são descritas como negativas.

Alguns resultados do estudo de Hafsteindóttir (1996), foram concordantes com as considerações anteriores, referindo o autor que na maior parte do tempo os doentes experienciam a comunicação como uma dificuldade. Este sentimento associa-se a emoções negativas, tais como a tristeza, a zanga e a depressão. Os entrevistados descreveram outros problemas relacionados com a comunicação tais como a incapacidade de comunicar pela fala, a dificuldade em recordar os acontecimentos, as dificuldades de concentração e as sensações de asfixia, considerando serem os aspectos que mais afectavam a comunicação entre doente e enfermeiro.

Na opinião do autor a melhor fonte de informação sobre o doente é o próprio doente. A perspectiva do doente sobre aquilo que o rodeia não é a mesma de quem o observa inferindo-se daqui a necessidade de validação para definir as situações.

Quando cuida de um doente ventilado, o enfermeiro deve ter presente que o doente vivencia a comunicação como um impedimento e tem dificuldade em conseguir fazer-se entender. O enfermeiro deve observar como é que o doente se sente devido ao facto de não conseguir falar e deve também identificar os problemas que o doente experiencia quando utiliza outros métodos de comunicação.

As intervenções de enfermagem escolhidas pelo enfermeiro para ultrapassar as dificuldades na comunicação com o doente ventilado devem basear-se nas necessidades daquele doente, pois cada doente vivencia esta experiência de modo diferente. É muito importante que o enfermeiro tenha presente que os métodos alternativos de comunicação são experienciados de modo diferente pelos doentes e dependem entre outros aspectos, do contexto em que a comunicação ocorre. Assim o método alternativo para comunicar deve ser escolhido em colaboração com o doente. Também a condição física e psicológica do doente deve ser considerada na escolha do método alternativo. O modo como o enfermeiro se aproxima do doente é determinante para perceber como é que o doente vivencia o processo de comunicação, podendo dessa forma escolher as intervenções de enfermagem adequadas. Relembro o conceito de *presença* que implica o “estar lá” na maior abrangência do termo e

que também é mencionado por Hafsteindóttir (1996) que nos diz que no processo de comunicação do enfermeiro com o doente ventilado, o desenvolvimento de uma interação cuidativa, que faz parte da relação terapêutica, exige a presença plena do enfermeiro e não só a presença física. Na opinião do autor as habilidades da comunicação com o doente ventilado devem fazer parte da formação dos enfermeiros, já que são tão importantes para conseguir ajudar estes doentes. Comunicar no âmbito do cuidar em enfermagem, significa “estar presente”, “escutar” e reconhecer e demonstrar respeito pela unicidade do doente, pelo que o desenvolvimento destas competências deve estar contemplado na formação dos enfermeiros. (Hafsteindóttir, 1996)

### **3.2 - ESTRATÉGIAS QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE VENTILADO**

O enfermeiro, sendo o elemento da equipa de saúde que mais tempo permanece junto do doente, tem um papel fundamental no estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente ventilado e é sua responsabilidade desenvolver esforços e estratégias para o conseguir.

Uma das primeiras tentativas dos doentes ventilados é a de desencadearem um esforço verbal movendo os lábios o que deve ser aproveitado pelo enfermeiro que deve explicar ao doente que para se conseguir fazer perceber através da leitura dos lábios deve formar frases curtas e acentuar a silabação.

É condição essencial do enfermeiro a disponibilidade e a paciência para que o doente não se sinta impotente, desmotivado e desista de tentar comunicar. Evidencia-se aqui a importância da comunicação não verbal, que por um lado pode auxiliar à compreensão da mensagem e por outro pode servir como factor estimulante para que o doente se sinta empenhado na sua tentativa de comunicação ao verificar que o enfermeiro é receptivo e está disponível e interessado em percebê-lo. Tal como nos diz Davies citado por Ashurst (1998b:13):

*“...Sinais simples e não verbais, como movimentos da cara, contacto visual e posição corporal podem transmitir a mensagem necessária.”*

Quando a função neuromuscular do doente o permite existem segundo Ashurst (1998b) vários métodos que podem auxiliar na comunicação com o doente ventilado, como por exemplo, cartões com desenhos, cartões com alfabeto, escrita, computadores e o emprego das mãos através de mímica gestual.

O autor refere ainda outros métodos tais como o tubo traqueal de Pitt fenestrado (tubos especiais para traqueostomia que permitem um fluxo gasoso através da laringe, permitindo a fala), e a fala esofágica, que exige treino e amplificadores de voz. O autor fala-nos ainda de atitudes por parte do enfermeiro, como a disponibilidade, orientação e o reforço positivo e no “empenhamento dos que amam o doente” como factores facilitadores da comunicação.

O terapeuta da fala é um elemento da equipa multidisciplinar que deve ser envolvido desde o início, no caso de doentes crónicos ou naqueles em que se prevê uma dependência prolongada do ventilador.

Sendo o toque uma estratégia de comunicação é necessário que o enfermeiro tenha a capacidade de perceber se este é benéfico para o doente, pois a interpretação e reacção à comunicação táctil é diferente de indivíduo para indivíduo. Vários estudos apontam que a maioria dos doentes recebe o toque como um sinal de que não está sozinho e de alguém se preocupa com ele. Associado à comunicação verbal o toque pode melhorar a interacção enfermeiro / doente.

Verity citado por Ashurst(1998:13) refere que:

*“ (...) O toque nas suas formas mais variadas, talvez se revele tão terapêutico como comunicativo.”*

Na verdade há depoimentos de doentes que revelam a importância que pode ser dada ao toque, como é o caso de Sally Redfern, uma doente internada numa UCI, cit. por Mackereth (1988:17) que nos diz:

*“Surpreendeu-me o valor que eu dava ao contacto humano: queria que toda a gente, médicos, enfermeiros e visitantes me segurassem na mão.”*

Os enfermeiros têm também a responsabilidade de promover a manutenção de um ambiente terapêutico e uma das áreas onde a sua intervenção se poderá notar mais é o próprio ambiente da UCI.

Benner citado por Meyer (1995:178) considera que:

*“(...) Temos que conceber as UCIs com ambientes muito mais humanos, que produzam menos estímulos, menos ruídos e mais descanso.”*

Vários autores referem que o enfermeiro deve ter presente que as características do ambiente da UCI, os procedimentos e rotinas podem desencadear no doente uma reacção psicótica que se traduz por paranóia, agressividade e alucinações, o denominado “Síndrome da UCI” que já foi referido anteriormente. De acordo com Ashurst (1998) pensa-se que os factores que contribuem para desencadear o “Síndrome da UCI” estão relacionados com a sobrecarga/privação sensorial, ausência de sono e falta de comunicação.

Este síndrome além de constituir uma barreira à comunicação eficaz, assusta os familiares que têm dificuldade em perceber as alterações do estado de consciência do seu familiar internado.

O “Síndrome da UCI” pode ser desencadeado não só pelo aumento de estímulos sensoriais como pela sua privação. No que respeita à privação sensorial esta acontece quando há uma redução da quantidade ou da qualidade de estímulos sensoriais e pode manifestar-se de acordo com Hudak *et al* (1997:29), por:

*“Perda da percepção do tempo, tédio, presença de delírios, ilusões e alucinações, ansiedade e medo, agitação, depressão e qualquer tipo de comportamento ou sintoma presente em psicose.”*

A intervenção do enfermeiro nesta área passa por pequenas acções, como por exemplo colocar um relógio com um mostrador grande que seja visível em todas as unidades dos doentes e informar sobre a data, o dia da semana, a hora. O facultar um rádio ou televisor é outra estratégia que pode ser usada para facilitar a orientação temporal do doente. Permitir a presença dos familiares facilitando a aproximação do doente com a realidade.

Como já referimos um dos problemas destes doentes é a sobrecarga sensorial, que ocorre quando há um aumento de estímulos sensoriais como o ruído, a luz intensa, entre outros. Florence Nightingale citada por Hudak *et al* (1997:30) refere que:

*“O ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor a um indivíduo doente.”*

O nível elevado de ruído pode desencadear no doente de cuidados intensivos, sintomas como (Hudak *et al*, 1997, p.30):

*“Incapacidade em dormir, sentimentos de medo, desamparo, esquecimento, isolamento, confusão, delírios e ilusões ou alucinações.”*

Em UCI's algumas estratégias utilizadas para diminuir a frequência e intensidade dos estímulos sensoriais, são:

- Diminuir a intensidade da luz durante a noite;
- Sempre que possível administrar a terapêutica durante o dia;
- Reduzir os ruídos ao mínimo, nomeadamente através da diminuição dos sons dos alarmes dos monitores, bombas, seringas infusoras e ventiladores;
- Se o doente não consegue dormir, informar o médico podendo haver necessidade de prescrição de terapêutica;
- Executar todos os procedimentos não urgentes durante o dia.

Hudak *et al* (1997:34), refere que:

*“Os períodos de repouso para o paciente devem ser proporcionados com a mesma ênfase dada à avaliação do estado cardíaco e outras medidas físicas intensas da assistência.”*

Quando apesar de todas as medidas tomadas o doente desencadeia um quadro de confusão aguda, vários sintomas podem ocorrer, de acordo com Hudak *et al* (1997:34), que são:

*“Flutuação do nível de consciência, alucinações visuais, erro na identificação das pessoas, agitação acentuada e comprometimento da memória.”*

Para diminuir o estado de confusão do doente o enfermeiro deve utilizar algumas estratégias, nomeadamente:

- Orientar frequentemente o doente no espaço e no tempo;
- Usar frases simples e curtas;
- Proporcionar o telefonema de um familiar ou a visita mais frequente do mesmo;
- Proporcionar ao doente ter junto a si algum objecto significativo;
- Sempre que possível, proporcionar a luz natural na unidade;
- Ter em atenção o posicionamento do doente de modo a que este fique com uma visão do ambiente que o rodeia.

Torna-se imprescindível que os profissionais de enfermagem, primeiro, conheçam o seu “lugar” no processo comunicativo e, segundo, saibam como ocupar esse lugar, isto é, que dominem técnicas que lhes permitam estabelecer uma comunicação eficaz.

Ao enfermeiro compete desenvolver um conjunto de atitudes e competências que lhe permitirão otimizar a sua actuação junto daqueles que pretendem cuidar.

### **3.3 - O CUIDAR DO DOENTE VENTILADO**

A humanização dos cuidados prestados continua a ser um tema muito actual, em parte pela sua pertinência. Não existe hoje em dia nenhuma instituição de saúde que não tenha desenvolvido esforços no sentido de melhorar este propósito. Verifica-se no entanto que as infra estruturas inadequadas, as condições de trabalho e a carência de enfermeiros, têm por vezes sido apontados como impedimentos ao caminho pretendido.

Por outro lado, hoje em dia vivemos uma situação em que se pretende a máxima rentabilização da própria organização de saúde, com o menor investimento possível, o que na nossa opinião poderá fazer perigar o tempo que obrigatoriamente tem que ser disponibilizado para humanizar os cuidados.

No entanto e apesar de todas estas alterações o enfermeiro continuará a ser o profissional de saúde que se encontra melhor posicionado para promover a humanização dos cuidados, sobretudo pelo tempo que permanece junto dos doentes, o que conseqüentemente, lhe confere um domínio de conhecimentos, que lhe permite satisfazer não só as necessidades do doente mas também as da sua família.

Assim, nesta época de mudança em que se perspectiva a saúde com fins lucrativos, correndo-se o risco de sobrevalorizar os valores humanistas, o enfermeiro deve procurar cada vez mais a excelência dos cuidados prestados, documentando-se, pesquisando e analisando, ou seja, desenvolvendo competências de forma a poder dar resposta a todas as necessidades dos doentes e famílias.

O enfermeiro deve tornar-se imprescindível para o doente, sempre que este não consiga por si só satisfazer todas as suas necessidades, como ser biopsicosociocultural e espiritual que é, em interacção com o meio.

De facto ser enfermeiro significa ser capaz de dar uma atenção particular, especial, individualizada a cada doente, tendo a capacidade de o entender como ser único, de o respeitar, não o comparando com qualquer outro ser humano.

Por outro lado, o enfermeiro não deve substituir o doente naquilo que ele não consegue mas sim fornecer-lhe as pistas ou as soluções que lhe permitam sempre que possível, a ele próprio, resolver os seus problemas, respondendo às suas necessidades. Ajudar o outro é torná-lo mais capacitado, mais forte, mais autónomo.

E ajudar significa cuidar!...

Para Hesbeen (2000:37):

*“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”*

Na verdade nesta frase reconhecemos o que é ser enfermeiro, e temos que parar para pensar na finalidade da nossa profissão. Não podemos continuar cada vez mais apressados, alegando falta de tempo, que embora possa ser real, não pode servir como desculpa para não ajudarmos os que confiam em nós e de nós tudo esperam, sobretudo em situações em que estão debilitados e se sentem desorientados e perdidos.

É notório que com a evolução da técnica, da ciência e da informatização, se tem observado o que descreve Carvalho (1994:238):

*“A riqueza e essência do cuidar preconizado por Nightingale, perdeu-se no entanto ao longo dos tempos em favor da técnica e das muitas solicitações da sociedade moderna (...).”*

Um exemplo desta realidade são as unidades de cuidados intensivos onde tem vindo a crescer uma imensidão de tecnologia em redor do utente, o que obriga a que os enfermeiros desenvolvam obrigatoriamente as suas competências técnicas, o que por vezes os leva a esquecerem-se das suas competências relacionais.

Na realidade, acreditamos que devem existir poucos manuais de integração para enfermeiros que contemplem as competências relacionais; como se fosse um dado adquirido que os enfermeiros sabem comunicar e relacionar-se sem dificuldades, o que não corresponde à verdade. Numa UCI não será tão difícil trabalhar com uma máquina de hemofiltração, como aprender a comunicar com doentes ventilados, a quem foi suprimida a sua capacidade de falar?

Também a este respeito Watson (1998:34) escreve que:

*“Tem havido uma proliferação do síndrome da cura e uma adopção de técnicas de cura, frequentemente sem olhar a custos. No sentido de satisfazer as demandas tecnológicas e burocráticas crescentes do sistema, o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase. O conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem de encontro às necessidades dos sistemas.”*

É bem verdade que qualquer enfermeiro que trabalhe em cuidados intensivos reconhece o prestígio da técnica, e a competição existente entre os enfermeiros relativamente ao domínio das máquinas, dos monitores, das técnicas que executam....

Quantas vezes olhamos em redor para identificar o som de um alarme e quantas vezes olhamos em redor para verificar se existem alguns “olhos” ou algum gesto a solicitar a nossa presença? E quantas vezes corremos para desligar um alarme e não olhamos sequer a pessoa que está ali deitada?

Ajudar o doente a ultrapassar uma situação de doença e internamento, implica uma atitude por parte do enfermeiro baseada no saber, saber fazer e saber ser, tendo em vista uma intervenção que visa o atendimento das suas necessidades, respeitando a sua individualidade, promovendo a auto-estima e inculcando esperança.

Tal como nos refere Mayerhoff citado por Watson (2002:55):

*“Nós, algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa... Para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações,*

*quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico.”*

Perante estas considerações e reflexões parece-nos importante que o desenvolvimento de competências relacionais, deva constituir a pedra basilar no desempenho profissional do enfermeiro, de onde emerge a necessidade de investir na formação a esse nível.

Em seguida desenvolveremos alguns aspectos que consideramos essenciais para o estabelecimento de uma relação de ajuda.

### **3.3.1 - O significado da presença em Enfermagem**

Se perguntarmos aos enfermeiros, porque é que escolheram ser enfermeiros, a maioria responde que tinham como ideal ajudar o seu semelhante, diminuir o seu sofrimento físico e psicológico.

No entanto hoje em dia é habitual ouvirem-se queixas dos doentes que identificam a falta de sensibilidade e a pouca disponibilidade dos enfermeiros, como as principais causas para o seu descontentamento.

Então porque é que existe esta contradição?

Se recuarmos no tempo e ao início da profissão de enfermagem, verificamos que “cuidar” os doentes baseava-se essencialmente na sensibilidade e na disponibilidade, ou seja, o enfermeiro era sobretudo generoso e presente, visto que os meios técnicos eram diminutos, e o enfermeiro empenhava-se sobretudo em promover o conforto do doente. Como já vimos, com o progresso e a evolução da ciência e da técnica, verificou-se que o tempo que era utilizado na presença junto do doente, para o ouvir e confortar começou a diminuir, a favor do tempo utilizado com os novos meios técnicos existentes, com a finalidade de atingir a eficácia.

Os enfermeiros inconscientemente foram perdendo uma importante vertente autónoma da sua profissão, os cuidados de enfermagem, que são, como diz Phaneuf (1995:12):

*“Os cuidados que por uma qualidade de presença, trazem compreensão e conforto à pessoa que sofre a fim de a ajudar a alcançar um melhor bem-estar ou de a assistir para viver o fim da sua vida com dignidade.”*

Na realidade o enfermeiro de cuidados intensivos passa sem dúvida a maior parte do seu tempo junto do doente, mas será uma presença plena, ou seja, presença física, psicológica e espiritual, ou será unicamente uma presença física?

O conceito de presença não é um conceito claramente definido em enfermagem.

Osterman e Schwartz-barcott (1997:324) definiram presença como “estando lá” e baseando-se na essência do conceito identificaram quatro formas de “estar lá”, a partir de descrições teóricas e de exemplos observados:

*“Pode-se estar lá fisicamente (...); pode-se estar lá fisicamente e centrado num objecto (...); pode-se estar lá fisicamente e centrado psicossocialmente; e pode-se estar lá física, psicossocial e espiritualmente numa relação que é transformadora (energia concentrada) e ilumina a unicidade do enfermeiro e do doente.”*

Quantas vezes, na unidade de cuidados intensivos o enfermeiro passa uma hora ou mais junto do doente e exclusivamente centrado num objecto, ou seja, em tarefas que tem que realizar...?

Para Osterman e Schwartz-barcott (1997:322):

*“A presença plena é a encarnação da empatia e do cuidar...”*

Na verdade a presença física não chega para que o enfermeiro perceba quais os problemas e necessidades dos doentes. Só “estando presente” na maior abrangência do termo, o enfermeiro poderá desenvolver uma relação de ajuda.

### **3.3. 2 - O Respeito e a Empatia como princípios da Relação de Ajuda no Cuidar em Enfermagem**

A relação de ajuda é a essência do cuidar em enfermagem, e constitui para os enfermeiros um meio poderoso de intervenção, sendo fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes, na sua perspectiva mais abrangente em que se observa o indivíduo como um todo numa visão holística e humanista.

Para Chalifour (1989: 18):

*“A relação de ajuda consiste numa interacção particular, entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, contribuindo cada uma pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade apresentada pelo último. (...) Essa interacção pressupõe que a enfermeira adopte uma maneira de estar e de comunicar em função do objectivo que se pretende atingir. Este objectivo estará relacionado tanto à necessidade de ajuda do beneficiário como à compreensão que a enfermeira tem do seu papel.”*

Para que o enfermeiro exerça uma relação de ajuda verdadeira e eficaz não basta a sua “boa-vontade”, nem sequer são suficientes conhecimentos sobre as variáveis em curso numa relação; tal como nos refere Chalifour citado por Queirós (1999:25):

*“...Trata-se de uma intervenção que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma concepção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar esta ajuda. Além disso ela requer da parte da Enfermeira um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais ela apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar.”*

A intervenção de ajuda baseada nesta atitude e nesta filosofia irá ao encontro do objectivo de uma relação de ajuda que tal como nos diz Brammer citado por Lazure (1994:14):

*“É uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”.*

Desenvolver competências na área do cuidar em enfermagem implica que o enfermeiro consiga integrar na sua prática de cuidados, a relação de ajuda. Para isso necessita obviamente desenvolver capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais.

O enfermeiro tem que ser possuidor de conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe permitam implicar o indivíduo no processo, pois se este não se sentir implicado e encorajado, a relação, que se pretende de ajuda, não terá sucesso.

Numa dimensão mais avançada, os enfermeiros poderão desenvolver e planejar uma relação mais específica, uma técnica de intervenção em enfermagem denominada “Relação de ajuda”, em que após diagnosticarem uma situação problemática, planeiam com o doente uma relação em que utilizarão técnicas e instrumentos específicos da relação de ajuda, de forma a resolver a situação problemática, com o doente. Esta relação desenvolve-se em várias fases e obedece a regras específicas, pelo que o enfermeiro necessita obrigatoriamente de desenvolver competências nesta área, necessitando também de condições físicas e disponibilidade, para a realizar. No entanto na sua prática diária o enfermeiro deve seguir os princípios básicos da relação de ajuda no cuidar em enfermagem, o que deve demonstrar através de atitudes de empatia e respeito, pois tal como nos refere Chalifour (1989:145):

*“É a presença e a expressão das atitudes internas da enfermeira que determinam a qualidade da relação.”*

De acordo com este autor a empatia e o respeito são duas atitudes fundamentais que o enfermeiro deve desenvolver para melhorar a sua competência nesse domínio.

Citando Gordon, Chalifour (1989:148), refere que:

*“A empatia é um processo pelo qual uma pessoa é capaz de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação.”*

A empatia é considerada uma das componentes essenciais da relação de ajuda e segundo Queirós (1999:36):

*“...Exige mais do que a partilha de sentimentos e de acontecimentos do cliente mesmo podendo ser semelhantes a algo que a enfermeira já tenha experimentado. A enfermeira deve compreender o mundo do cliente como se fizesse parte desse mundo. Criam-se, assim, sentimentos de aproximação e de compreensão gradualmente mais significativos entre a enfermeira e o cliente. No entanto, nenhum deles deve perder o sentido do seu próprio eu.”*

Assim o enfermeiro tem que compreender o que o utente diz e sente e tem que ter a capacidade de lhe transmitir por palavras suas, o que compreendeu, ou seja, o que pensa que ele está a dizer e a sentir.

Torna-se assim essencial que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de escuta, e de comunicação. Tal como diz Gibbons citado por Queirós (1999:37):

*“...Apenas escutar não é suficiente...Escutar com empatia é essencial.”*

Por outro lado, a capacidade do enfermeiro para comunicar implica a utilização da comunicação verbal e não verbal. Para Queirós (1999:41):

*“A linguagem não verbal presente na atitude empática acompanha a mensagem empática, intelectual e afectiva que a enfermeira pode transmitir ao cliente. Através do olhar, de um gesto, de um sorriso, a enfermeira pode manifestar compreensão pelo outro.”*

A empatia pode também considerar-se como habilidade de comunicação, visto que temos que ter a capacidade de comunicar ao outro a partilha dos seus sentimentos e a nossa compreensão dos mesmos.

Outra das atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em enfermagem é a de respeito pelo outro. Para Lazure (1994:51):

*“Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória.”*

Segundo a mesma autora a necessidade humana mais profunda do ser humano é a necessidade de respeito, sendo fundamental que os intervenientes numa relação de ajuda, enfermeiro e utente, comecem por se respeitar a si próprios, pois só assim serão capazes de se respeitar mutuamente.

Uma atitude de respeito pelo utente, ajudá-lo-á a reconhecer e reforçar a sua unicidade, e a descobrir por si próprio a capacidade para satisfazer as suas necessidades. O enfermeiro deve demonstrar ao utente que o respeita na sua integridade, abstraindo-se de juízos de valor, aceitando-o como ele é, diferente de todos os outros com um valor próprio.

Lazure (1994:4) descreve algumas capacidades que considera que o enfermeiro deve desenvolver para estabelecer e manter uma relação de ajuda:

- *“Clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros,*
- *Respeitar-se e respeitar os outros*

- *Ser congruente em relação a si próprio e em relação aos outros*
- *Ser empático consigo e com os outros.”*

Para o enfermeiro a relação de ajuda é uma garantia da eficácia dos cuidados de enfermagem, já que tem implícito o acto de cuidar.

Numa relação de ajuda, o enfermeiro não deve exclusivamente ajudar o doente a solucionar os seus problemas actuais ou resolvê-los por ele; deve pelo contrário promover a sua autonomia, ou seja ajudá-lo a resolver o seu problema actual, mas também capacitá-lo para resolver problemas futuros.

Pretende-se que o doente se compreenda, de modo a poder tomar decisões adequadas à resolução dos seus problemas. O enfermeiro irá apenas guiá-lo no encontro desse caminho, respeitando as suas características individuais.

O enfermeiro centrado na pessoa do doente, nem sempre deverá dar soluções para o problema, que é vivenciado por este, de acordo com as suas experiências e valores; deverá antes oferecer, condições para promover a mudança.

Na perspectiva de Moraga (1992), a relação de ajuda é um tipo de interacção fundamental e que está à disposição dos enfermeiros, para que estes possam planear o sistema de comunicação adequado e essencial para cada doente.

Moraga (1992:18) escreve:

*“A relação de ajuda é um modo de comunicar, guiado por saberes, por técnicas, que podem permitir ao doente caminhar construtivamente no seu presente (...). Esta comunicação deve desenvolver-se num clima de segurança afectiva e de confiança, onde a condição essencial é a responsabilidade que cada interlocutor toma perante o outro.”*

Este autor considera também que através desta atitude, o enfermeiro constrói a sua própria identidade profissional. Com o desenvolvimento da relação de ajuda o enfermeiro cresce a nível pessoal e profissional e ajuda o doente a crescer.

Gaspar (2000) apresenta-nos um resumo das competências que o enfermeiro deve desenvolver para garantir a eficácia da relação de ajuda:

### ***Aceitação***

O enfermeiro deve aceitar o outro como ele é abstendo-se de juízos de valor.

### ***Empatia***

Como vimos anteriormente a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro para o compreender e devolver-lhe o nosso entendimento de si.

### ***Apoio***

A compreensão e a disponibilidade do enfermeiro para proporcionar ao doente momentos para falar sobre o seu problema, recordando-lhe que não está só.

### ***Respeito***

O enfermeiro reconhece no doente um ser único com os seus próprios valores e dignidade.

### ***Congruência***

O enfermeiro tem que ser congruente entre o que diz e o que pensa, pois só assim será possível promover um clima de confiança essencial à relação de ajuda.

### ***Autenticidade***

O enfermeiro deve ser ele próprio.

### ***Capacidade de escuta***

Como já referimos anteriormente, escutar não é sinónimo de ouvir; escutar é ouvir com todos os nossos sentidos.

Assim concluímos que será a nossa disponibilidade, a nossa atenção, a nossa autenticidade e respeito pelo outro que nos permitirão, tal como diz Collière (1999:306), analisar:

*“...O que existe como capacidade de vida e o que tem que ser compensado, estimular tudo o que a pessoa pode fazer por si própria ou com ajuda, e isso em relação ao estágio da sua vida bem como ao que constitui obstáculo ou entrave. A construção do projecto de cuidados faz-se em torno dessa estimulação das forças da vida e do tipo de ajuda a desencadear para a assegurar.”*

Por outras palavras (Collière, 1999, p.306):

*“Cuidar é mobilizar em alguém tudo o que vive”*

É cada vez mais importante que o enfermeiro pratique e demonstre o cuidar, tal como nos diz Watson (2002:62), pois sendo esta a essência da profissão de enfermagem:

*“A sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, (...) determinará o contributo da enfermagem para a sociedade.”*

Assim e tal como escreve Watson (2002:62):

*“Como princípio temos que impor ao nosso comportamento e não ao dos outros, a nossa vontade para cuidar e amar. Temos que tratar de nós com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios.”*

Esta ideia é também referida por Collière (1999:235), quando afirma que:

*“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”*

Assim, o cuidar, sendo intrínseco ao próprio, deve ser também transportado para o outro sempre que este necessita da nossa ajuda, numa perspectiva do cuidar em enfermagem. Esta prática do cuidar deve traduzir-se numa relação de ajuda, que deve ser intrínseca aos cuidados de enfermagem como garantia da excelência dos mesmos.

No desenvolvimento de competências para melhorar a comunicação com o doente ventilado, consideramos ser necessário que o enfermeiro invista no aperfeiçoamento de determinadas características pessoais como o ser capaz de comunicar eficazmente, demonstrar disponibilidade física e psíquica (“presença de qualidade”), desenvolver capacidades intelectuais e afectivas para compreender o doente na sua globalidade e ter a capacidade de reconhecer as suas limitações.

O desenvolvimento destas capacidades pessoais e uma atitude de empatia e respeito pelo doente, permitirão ao enfermeiro desenvolver as suas competências relacionais essenciais para estabelecer uma relação de ajuda ao nível do cuidar.

### **3.4 - CONTRIBUTO DO TRABALHO EM EQUIPA**

Conseguir a aderência da equipa de saúde para a alteração de comportamentos tendo em vista melhorar a comunicação com o doente ventilado na UCI, torna imprescindível o desenvolvimento de estratégias de intervenção para sensibilizar a equipa para a importância da comunicação eficaz com o doente ventilado, nomeadamente através da aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais. Para que tal aconteça tem que existir um envolvimento de toda a equipa de profissionais de saúde, particularmente da equipa de enfermagem que está em permanente contacto com os doentes.

#### **3.4.1 - A importância de envolver a equipa**

O desenvolvimento deste tema torna-se pertinente para tentar perceber de que modo se poderá melhorar o desempenho dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. A simples transmissão de conhecimentos não é suficiente para alterar ou melhorar comportamentos, sendo necessário que as pessoas se sintam motivadas para tal, o que implica o envolvimento da equipa no processo.

As teorias da motivação têm evoluído ao longo do tempo, desde que os antigos filósofos voltaram a sua atenção para o Homem e conseqüentemente começaram a indagar-se a respeito da natureza humana das suas acções.

As teorias que estudam os aspectos humanos das organizações têm tido como um dos principais objectos do seu estudo, a motivação, sobretudo desde que a Escola de Relações Humanas salientou o facto de que empregados desmotivados têm um rendimento diminuído. Assim, um dos principais desafios para os teóricos da gestão tem sido o de tentar motivar os empregados para as suas tarefas, pelo que têm recorrido às teorias da motivação da psicologia para adquirir conhecimentos que possam aplicar a nível organizacional.

Os estudos desenvolvidos na área da motivação como factor essencial, promotor do bem-estar e do desenvolvimento das pessoas, grupos e organizações, têm sido utilizados para tentar perceber como se podem motivar

os enfermeiros e outros profissionais de saúde, com vista à alteração de comportamentos.

Na realidade, é necessário que os enfermeiros sejam capazes de combinar as qualidades da excelência na técnica e da excelência na relação, emergindo a necessidade de ocorrerem mudanças que visem não só um elevado desempenho técnico mas também relacional. Para que ocorram estas mudanças é necessário que os enfermeiros desenvolvam competências e para desenvolver competências é fundamental que os enfermeiros “sintam” essa necessidade. Ninguém investe em áreas onde considera não sentir dificuldade. Savoia (1989:27) define “motivo” como:

*“Um factor interno que dá início e integra o comportamento humano”.*

Por outro lado Abreu citado por Martins (1995:59,) refere que:

*“...Todo o comportamento é personalizado, isto é, integrado num Eu, expressão de um sujeito, resultante da interacção contínua da Pessoa e do Mundo.”*

A motivação refere-se às razões que levam as pessoas a comportar-se de determinadas maneiras. É o que leva ao início de uma acção e à sua orientação em função de determinados objectivos. Mas a motivação não se resume exclusivamente a estes aspectos pois tudo o que envolve comportamentos tem subjacentes múltiplos factores tanto internos como externos.

Na sua definição de motivação Mucchielli citado por Ferreira (1997:48), engloba, alguns destes factores dizendo que:

*“A motivação é toda a tensão afectiva: sentimento, desejo, aspiração, tendência, necessidade, etc...susceptível de desencadear e de sustentar uma acção. A motivação dinamiza, activa e põe em movimento, dirige e canaliza o comportamento em direcção aos objectivos.”*

Quem está motivado fica facilmente mobilizado para intervir, sente-se com forças internas, valoriza-se, dá menos relevância aos obstáculos que poderão surgir, valorizando a satisfação e o sucesso e o atingir de determinado objectivo.

Brix *et al.* citado por Martins (1995:60) introduzem na sua definição factores como a satisfação e a manutenção de determinado comportamento, dizendo que motivação pode definir-se como:

*“A necessidade, desejo, tendência ou aspiração que incita ou dispõe um indivíduo a ter um certo comportamento ou a tomar certas decisões. A motivação é uma tensão efectiva que orienta a conduta e sustenta a actividade para uma finalidade ou situação satisfatória.”*

A necessidade de tentar perceber porque razão ocorre determinado comportamento, leva-nos à procura dos motivos que estão na base desse mesmo comportamento, o que nem sempre é fácil porque nem todas as razões que levam à acção são directamente observáveis e mensuráveis, muitas são intrínsecas à própria pessoa. A este propósito Murray (1973:72) diz-nos que:

*“Um determinado comportamento pode ter na sua base vários motivos, a mesma necessidade pode ser satisfeita por vários comportamentos e existem motivos que não produzem comportamentos que visem a satisfação da sua necessidade”.*

A observação do comportamento humano não nos conduz de imediato à compreensão dos motivos a ele subjacente, o que reforça a constatação de que a motivação humana engloba um conjunto de factores que têm que ser considerados para conseguir perceber as razões de determinados comportamentos.

Dos vários factores que têm sido evidenciados com o desenvolvimento das teorias da motivação, importam neste contexto os relacionados com o estudo da motivação no trabalho, que trata das forças propulsoras do indivíduo para o trabalho que estão normalmente associadas à produtividade e ao desempenho.

### **3.4.2 - Teorias da motivação**

Segundo Alves (2000) as teorias da motivação podem dividir-se em grandes correntes dependendo do que consideram como força propulsora para o trabalho. Para este autor estas correntes seriam: os *etologistas*, segundo os quais é a conduta instintiva de cada espécie animal e a busca de adaptação ao meio, a maior motivação para a acção, inclusive dos homens; os *behavioristas*, que acreditam que a força propulsora são os estímulos externos através do processo de aprendizagem; os *cognitivistas*, que dizem que a motivação depende da representação que os indivíduos possuem do meio, o que inclui um conjunto complexo de factores como a percepção, o pensamento, os

valores, as expectativas e a aprendizagem; a *psicanálise*, que realça as motivações inconscientes derivadas de pulsões biológicas e experiências passadas, principalmente durante a infância e ainda um grupo de teóricos que procuram compreender o ser humano na sua vivência concreta como seres únicos.

A compreensão da relação existente entre a motivação humana e as organizações pressupõe o estudo das principais teorias da motivação.

As primeiras teorias da motivação, inseridas num **modelo homeostático**, pressupõem que o organismo possui mecanismos reguladores que mantêm constantes as características do meio interior. Segundo estas teorias o estado de equilíbrio está ligado ao bem-estar e à satisfação e o estado de desequilíbrio suscita insatisfação ou sofrimento. Os behavioristas e os cognitivistas acreditam que a motivação se fundamenta no princípio do hedonismo, segundo o qual os indivíduos buscam o prazer e afastam-se do sofrimento. Consideram que os indivíduos desenvolvem comportamentos que permitam maximizar os resultados das suas acções, ou seja, pressupõem a existência de um processo de aprendizagem. O que motiva o comportamento são as consequências dos efeitos obtidos pelo comportamento passado. O que diferencia a corrente behaviorista -**Teoria comportamental** -, da corrente cognitiva -Teoria cognitiva -, é o facto de considerarem que a força que conduz o comportamento motivado está fora do indivíduo, nasce de factores extrínsecos que se sobrepõem à sua vontade. Existe uma ligação necessária entre o estímulo externo e a resposta comportamental; pelo reforço ou recompensa, a motivação passa a ser vista como um comportamento reactivo que leva ao movimento. (Alves, 2000).

Bergamini citado por Alves (2000:web) aponta para que:

*“A motivação passa a ser compreendida como um esquema de ligação Estímulo-Resposta (...) e que o homem pode ser colocado em movimento por meio de uma sequência de hábitos que são fruto de um condicionalismo imposto pelo poder das forças do meio exterior.”*

Esta teoria pressupõe que o indivíduo pode ser manipulado e controlado através da adequação dos estímulos externos, ameaçando o sentido da sua identidade pessoal.

Alves (2000) considera que esta teoria incorre no erro de considerar que o indivíduo está verdadeiramente motivado, quando na verdade este apenas altera o seu comportamento em resposta aos estímulos externos.

A **Teoria cognitiva**, ao contrário da anterior, defende que os indivíduos possuem valores, opiniões e expectativas em relação ao mundo que os rodeia e que assim os seus comportamentos também são direccionados, só que desta vez, com base nas suas representações internas. Com base nas suas representações internas os indivíduos desenvolvem objectivos e meios para os atingir. (Alves, 2000).

De acordo com Motta (1986:124):

*“Os indivíduos possuem objectivos e expectativas que desejam alcançar e agem intencionalmente, de acordo com as suas percepções da realidade. (...) As intenções dependem das crenças e atitudes que definem a maneira de um indivíduo ver o mundo, ou seja, as suas percepções.”*

Assim, de acordo com esta teoria, ninguém pode motivar ninguém, uma vez que os comportamentos humanos têm origem em estímulos internos, contrariamente à corrente behaviorista que nos diz que é possível e necessário aprender a motivar os outros, através de estímulos externos.

Todavia e tal como ressalva Aguiar (1992:256):

*“A escolha feita em determinada situação é ocasionada pelos motivos e cognições próprios do momento em que se faz a escolha”*

Assim, não nos podemos esquecer que os indivíduos tendem em buscar o prazer e afastar-se do sofrimento.

No final do século XIX, Freud, também deu o seu contributo para o estudo das teorias da motivação, na medida em que considera que é através de forças internas que o Homem é direccionado para o comportamento.

De acordo com Alves (2000:web):

*“Estas forças internas seriam os instintos (libido) que fornecem uma fonte fixa e contínua de estímulo, sendo algumas vezes conscientes e outras inconscientes. As pessoas em alguns momentos estão conscientes das motivações de suas acções, só que muitas vezes são comandadas pela necessidade de libertação e satisfação dos instintos.”*

A principal contribuição de Freud para o estudo da motivação baseia-se no facto de considerar que o Homem é prisioneiro da sua hereditariedade, das suas experiências de infância (o seu passado) e do seu meio, sendo os estímulos externos (meio) comparativamente menos importantes. (Alves, 2000).

Nas décadas de 50 e 60 surgem duas teorias, que são sem dúvida referências marcantes nesta área.

Na década de 50 Abraham Maslow, desenvolveu uma **Teoria da Motivação Humana** fundamentada numa hierarquia das necessidades humanas, segundo a qual os indivíduos são motivados a satisfazer cinco tipos de necessidades, de ordem biológica, psicológica e social. Maslow considera que todas estas necessidades influenciam o comportamento humano, fazendo uma abordagem do homem na sua globalidade. (Alves, 2000).

Segundo Alves (2000:web):

*“Maslow vê o ser humano como eternamente insatisfeito e possuidor de uma série de necessidades, que se relacionam entre si por uma escala hierárquica na qual uma necessidade deve estar razoavelmente satisfeita, antes que outra se manifeste como prioritária. Nesta hierarquia, o indivíduo procura satisfazer suas necessidades fisiológicas, fundamentais à existência, e necessidades de segurança, antes de procurar satisfazer as necessidades sociais, as necessidades de estima e auto-realização.”*

A hierarquia das necessidades, segundo Maslow, encontra-se assim estruturada (figura 1):

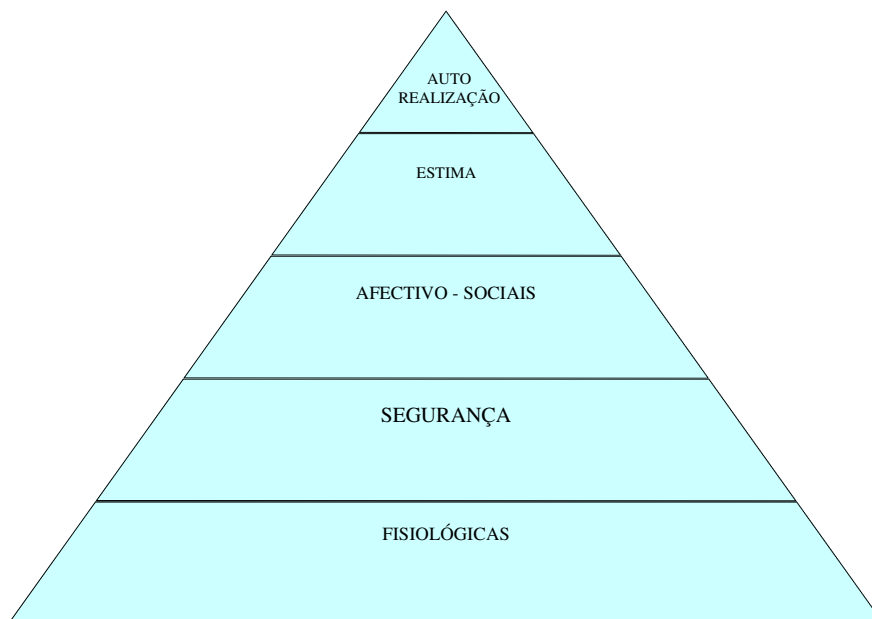


Fig.1 – Hierarquia das Necessidades básicas (A. Maslow)

Fonte: BRANDÃO, Lúcia – Ninguém motiva ninguém. AHMG, Informativo dos Hospitais. 1997. <http://www.ahmg.com.br/motivaca.htm>

De acordo com este autor e da observação da figura 1 se depreende que, à medida que são satisfeitas as necessidades básicas, outras mais elevadas e complexas condicionam e influenciam o comportamento, dirigindo-o para objectivos individuais.

As necessidades fisiológicas são todas as necessidades relacionadas com a própria sobrevivência, como a alimentação, abrigo, vestuário, etc. Quando satisfeitas razoavelmente as necessidades fisiológicas, o indivíduo procurará satisfazer as suas necessidades de segurança, através de um emprego estável, um sistema de protecção na doença e na reforma, seguros de saúde, etc. A preocupação seguinte terá a ver com o relacionamento interpessoal. A necessidade de afecto e de pertença podem ser satisfeitos através de fortes relações interpessoais e da inclusão em vários grupos sociais. No âmbito profissional, embora os indivíduos possam desempenhar determinada função pela necessidade de ganhar dinheiro, como meio de subsistência e de manutenção de um determinado nível de vida, valorizam igualmente o trabalho

pelas relações sociais que aí estabelecem. O nível de satisfação seguinte tem a ver com a necessidade de reconhecimento, relacionados com a autoconfiança e auto-estima e com o reconhecimento por parte dos outros, quer seja no contexto familiar, social ou profissional. Ao nível do trabalho, por exemplo, significa desempenhar uma função onde o indivíduo se considere útil, se sinta realizado mas também sinta que é reconhecido pelos outros e que lhe conferem prestígio. (Alves, 2000).

A necessidade mais elevada de auto-realização implica, segundo Brandão (1997:web):

*“Querer realizar as suas potencialidades, com um sentido de plenitude do ser. Estão embutidos aí os desejos de auto-desenvolvimento e auto-conhecimento.”*

Desde que todas as outras necessidades estejam satisfeitas, o indivíduo desejará utilizar todo o seu potencial.

Esta teoria tem sido foco de divergência entre alguns autores, nomeadamente no que diz respeito à passagem para um nível mais elevado das necessidades. Para alguns autores, nomeadamente Brandão (1997), Maslow considerava que os indivíduos só chegariam ao nível seguinte de necessidades se o anterior estivesse satisfeito. Também Rosa cit. por Ferreira (1997:53) tece algumas críticas a esta teoria, entendendo que as necessidades individuais sofrem mutações constantes de acordo com as situações vividas pelos indivíduos, não sendo portanto estáticas, referindo também que:

*“O facto de investigações recentes terem mostrado que várias necessidades podem constituir ao mesmo tempo elementos motivadores, contraria a sucessividade mecânica que Maslow propunha. O facto das necessidades individuais nunca estarem total e permanentemente satisfeitas, vai contra a tese defendida por Maslow, de que uma necessidade satisfeita já não constitui motivação.”*

Contrariamente, outros autores, como Bianca Alves (2000) e Jader dos Reis (1993), fazem uma interpretação diferente dos estudos de Maslow, concluindo que o autor considerava que a maioria dos indivíduos tende a estar em parte satisfeita e em parte insatisfeita em cada nível. A este respeito Reis (1993:40), refere que:

*“Segundo Maslow, uma necessidade não precisa ser totalmente satisfeita, para que o indivíduo mobilize ações na busca da satisfação de uma próxima necessidade.”*

Também Stoner (1985:324) partilha desta opinião quando nos diz que:

*“De acordo com Maslow, os indivíduos serão motivados a satisfazer a necessidade que para eles estiver preponderante, ou mais forte, num determinado momento. A preponderância de uma necessidade depende da situação do indivíduo no momento e das suas experiências recentes.”*

Parece óbvio que o indivíduo tendenciosamente satisfará em primeiro lugar as necessidades fisiológicas visto que um indivíduo com fome ou sede não será motivado pela necessidade de segurança. Por outro lado, um indivíduo com a necessidade de segurança razoavelmente satisfeita, poderá sentir necessidades de pertença, reconhecimento, de auto-realização, o que com certeza terá influência no tipo de comportamentos que este desenvolverá. No entanto esta sequência não poderá constituir regra absoluta visto que às necessidades não será atribuído igual importância por todos os indivíduos. Provavelmente, nem todos desejam a auto-realização e alguns contentam-se perfeitamente com um emprego que lhes proporcione um nível de vida razoável e relativa segurança, mesmo com poucas possibilidades de desenvolvimento pessoal.

Na realidade podem ocorrer inversões na ordem das necessidades ou subestimação de alguma, visto que cada indivíduo é único, com os seus próprios valores e necessidades. Tal como nos refere Reis (1993:40):

*“Essas inversões, na ordem hierárquica das necessidades humanas, estabelecida por Maslow, podem ser determinadas por vários aspectos, como a subestimação de uma necessidade satisfeita durante muito tempo: (...) são as características conscientes e inconscientes das necessidades humanas, bem como a especificidade cultural do indivíduo que pode alterar o conteúdo motivacional.”*

Além da especificidade cultural de cada indivíduo, também variáveis como o padrão de vida e o nível de educação terão influência na caracterização do nível de satisfação das necessidades.

Frederick Herzberg na década de 60 avançou nos estudos de Maslow, desenvolvendo a **Teoria da Motivação-Higiene** para tentar compreender aspectos relacionados com comportamentos em situação de trabalho.

Procurou então identificar quais os factores que geravam satisfação e os que geravam insatisfação no trabalho, concluindo que os factores de insatisfação normalmente estavam relacionados com o ambiente de trabalho e os factores de satisfação com o trabalho em si. Aos primeiros classificou-os como higiénicos e aos segundos como motivadores. (Brandão, 1997)

Segundo Brandão (1997) as necessidades fisiológicas e de segurança como factores higiénicos, que se caracterizam por gerar insatisfação se não estiverem satisfeitos, mas se estiverem satisfeitos não geram satisfação. Aspectos como as condições físicas e ambientais do local de trabalho, salários e benefícios sociais, inadequados, podem provocar insatisfação, no entanto se forem adequados podem não motivar os indivíduos.

Os factores motivadores são constituídos pelas necessidades afectivas e sociais, necessidades de estima e de auto-realização. De acordo com Brandão (1997:web) são estes factores que:

*“Produzem efeitos duradouros nas pessoas, e englobam sentimentos profundos de satisfação, realização, crescimento e reconhecimento. É na busca de atender essas necessidades que observamos surgir o fenómeno da motivação como uma força interna, uma energia interior própria e exclusiva do ser humano.”*

Em consonância com esta teoria a nossa satisfação pessoal é proporcionada pelos factores motivadores que quando ausentes geram insatisfação mas se estiverem presentes geram satisfação. A motivação existirá em função do desejo interno dos indivíduos em relação a objectivos do mundo exterior.

De acordo com esta teoria ninguém motiva ninguém, visto que a motivação é uma força interior que nos impele para um comportamento, com a finalidade de alcançar determinado objectivo realizando assim os desejos internos.

Uma das críticas feita à teoria de Herzberg é o facto de não considerar as diferenças individuais, visto que um factor que causa insatisfação a um indivíduo, pode causar satisfação a outro. (Stoner, 1985).

Segundo Stoner (1985:327) estudos realizados posteriormente concluíram que:

*“A teoria dos dois factores simplifica exageradamente o relacionamento entre satisfação e motivação”; embora não deixe de ser “...vista como contribuição importante à nossa compreensão dos efeitos das características dos trabalhos sobre a satisfação, a motivação e o desempenho.”*

Além de Maslow e Herzberg outros autores como Alderfer, McGregor, Atkinson e McClelland, desenvolveram teorias da motivação com base nas necessidades internas dos indivíduos que motivam o comportamento. Acreditam que num esforço para reduzir ou satisfazer as suas necessidades, os indivíduos agem de determinada maneira. (Stoner, 1985).

De acordo com Stoner (1985:323) existem outras abordagens da motivação, que identificam outros factores intervenientes no processo, além das necessidades internas do indivíduo: as *“teorias de processo”* que analisam *“os processos de pensamento que se transformam em motivação”* e a *“teoria do reforço”* que se concentra *“nas formas pelas quais se aprende o comportamento”*.

### **3.4.3 - Teorias do processo**

As teorias do processo partem do pressuposto de que as necessidades internas do indivíduo são apenas mais um elemento interveniente no processo de comportamento do indivíduo e que existem outros, relacionados com as capacidades do indivíduo para compreender qual deve ser o seu papel, ou seja, quais os comportamentos necessários para alcançar um elevado desempenho. Segundo esta teoria o indivíduo terá também as suas expectativas em relação às consequências de determinado comportamento.

As teorias de processo mais importantes são a teoria da expectativa, a teoria da equidade e a teoria do estabelecimento de objectivos. (Stoner, 1985).

A ***Teoria da expectativa*** tem em consideração as diferenças existentes entre indivíduos e situações e diz-nos que (Stoner, 1985, p.328):

*“...O esforço para se atingir um alto desempenho é resultante de se perceber a possibilidade de que o alto desempenho pode ser alcançado*

*e recompensado se alcançado e que a recompensa valerá o esforço despendido.”*

A teoria da expectativa tem por base três componentes principais que segundo Stoner (1985:328) se traduzem em três perguntas:

*“Se eu fizer isso, qual será o resultado? O resultado vale o meu esforço? Quais são as chances de chegar a um resultado que valha a pena para mim?”*

Assim, os indivíduos esperam certas consequências dos seus comportamentos. Os resultados dos comportamentos podem motivar os indivíduos e esse poder de motivar é diferente de indivíduo para indivíduo. Alguns resultados funcionam como recompensas para o próprio indivíduo, como por exemplo os sentimentos de realização, de auto-estima e a satisfação por desenvolver novas habilidades. Outras recompensas vêm do exterior, fornecidas por um agente externo, como por exemplo as bonificações, os elogios ou promoções.

A **Teoria da equidade** tem por base o princípio de que a motivação, o desempenho e a satisfação no trabalho, estão relacionados com a avaliação que o indivíduo faz sobre a equidade ou a justiça da recompensa recebida. De acordo com Stoner (1985:330):

*“A teoria da Equidade diz que a motivação, o desempenho e a satisfação das pessoas dependem da avaliação subjectiva que fazem da relação entre seu quociente esforço/recompensa e o quociente esforço/recompensa de outros em situações semelhantes.”*

A **Teoria do Estabelecimento de Objectivos** concentra-se no processo de estabelecer os próprios objectivos. De acordo com Stoner (1985:331):

*“ (...) É uma teoria cognitiva da motivação do trabalho (...) ” e “ (...) diz que os trabalhadores são criaturas pensantes que lutam em direcção a objectivos.”*

Os objectivos devem ser específicos e desafiadores para funcionarem como factor motivador do desempenho individual ou do grupo. (Stoner, 1985).

Estas teorias são extremamente importantes para quem gere pois ajudam a explicar como pensam os subordinados mas só serão úteis a partir do momento em que o chefe conhece a personalidade de cada um dos seus elementos o que implica disponibilidade e esforço. Assim, quem gere deve começar por promover a existência de todos os recursos necessários para que cada um dê o melhor de si, pois a satisfação de fazer um bom trabalho é intrinsecamente satisfatória para quase todos os indivíduos.

Por último, a **Teoria do Reforço**, associada ao psicólogo B.F. Skinner e outros faz uma abordagem da influência de comportamentos anteriores nas acções futuras num processo de aprendizagem contínuo, deixando de parte as questões da motivação interna. De acordo com Stoner (1985:332), a Teoria do Reforço baseia-se:

*“Na lei do efeito - a ideia de que o comportamento com consequências positivas tende a ser repetido, enquanto o comportamento com consequências negativas tende a não ser repetido.”*

De acordo com esta teoria, o comportamento de um indivíduo pode ser mudado, alterando as consequências desse comportamento. Os defensores desta teoria acreditam que geralmente é mais eficaz recompensar o comportamento desejado do que punir o comportamento indesejado. A teoria do reforço, é criticada pelo facto de ser muito simples aproximando-se do modelo tradicional, visto que de acordo com Stoner (1985:333):

*“Basta substituímos o dinheiro ou a sua falta, por consequências positivas ou negativas (...).”*

Também a ideia de que se podem prever ou programar comportamentos, desafia a crença profunda da liberdade de escolha dos indivíduos e o risco da utilização incorrecta das técnicas de modificação de comportamentos pode levantar questões éticas. No entanto esta teoria reconhece a variedade de consequências que podem reforçar o comportamento, salientando a importância da interacção do indivíduo com o meio. Por outro lado esta abordagem oferece a vantagem de ser mais prática para seguir no dia-a-dia, visto que nem sempre é possível a quem gere compreender as necessidades pessoais de cada indivíduo. (Stoner, 1985).

Citando Stoner (1985:333):

*“Determinar directrizes claras para o comportamento aceitável e para as consequências positivas e negativas economiza tempo e ajuda os empregados a guiar o seu próprio comportamento.”*

Com tantas abordagens diferentes sobre motivação questiona-se como é que se pode usar todo este conhecimento para melhor compreender o comportamento dos indivíduos no seu local de trabalho. Porter e Miles citados por Stoner (1985) consideram que uma **abordagem sistémica da motivação** será a mais útil por pressupor que todos os factores externos que influenciam o indivíduo devem ser observados para se poder compreender adequadamente a motivação e o comportamento do mesmo. Como tal devem utilizar-se os conhecimentos tanto das teorias de conteúdo, como das teorias de processo ou de reforço. Para Porter e Miles citados por Stoner (1985:334) o sistema consiste em três conjuntos de variáveis que influenciam a motivação no trabalho:

*-“As características individuais”* que incluem os interesses, atitudes e necessidades do indivíduo.

*-“As características do trabalho”* relacionadas com a tarefa do indivíduo incluindo o nível de responsabilidade, a diversidade de tarefas e os factores que este considera como factores de satisfação no trabalho que realiza.

*-“As características da situação de trabalho”* que incluem os factores do próprio ambiente de trabalho do indivíduo. Tem a ver com aspectos como por exemplo o padrão de baixo ou elevado desempenho da equipa, o reconhecimento ou não do alto desempenho por parte dos superiores e colegas, a consideração ou indiferença demonstrada pela instituição para com os seus membros, etc.

#### **3.4.4 - A importância do trabalho em equipa**

Segundo a OMS citado por Graça (1992:11), uma equipa de trabalho é

*“...Um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada e cujos membros contribuem de maneira*

*empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas.”*

Uma das características do trabalho em equipa é a de que a relação entre os seus membros se estabelece numa base de igualdade, sem subordinações ou hierarquias, traduzindo-se essa relação no chamado espírito de equipa.

Outra diferença que caracteriza o comportamento da equipa de trabalho é o modo com se processa a comunicação entre os seus membros, que contrariamente ao modo como se processa num grupo hierárquico tradicional, onde existe uma unidade de comando que assegura o cumprimento das ordens transmitidas com uma comunicação fechada e unilateral, a equipa de trabalho implica a comunicação aberta, multidireccional. Sendo a equipa considerada um grupo primário, o fluxo de comunicação não é filtrado, havendo uma relação face a face, personalizada e continuada. (Amado e Guitet, 1982).

Relativamente ao modo como se processa a comunicação entre os membros da equipa, Graça (1992:12) diz-nos que, embora a comunicação fechada e unilateral seja mais eficiente, é menos eficaz:

*“(...) Nomeadamente em termos de qualidade da informação, motivação e satisfação, aprendizagem e desenvolvimento, etc.”*

De salientar, no entanto e de acordo com Graça (1992) que uma equipa a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos e numa situação de urgência, deve usar o modo de comunicação centralizado, fechado e unilateral por ser o mais eficiente nestas situações.

Relativamente ao trabalho em equipa a OMS definiu alguns pressupostos a que deve obedecer o trabalho em equipa, que são:

- *“Partilha de objectivos comuns;*
- *Compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um;*
- *Existência de recursos humanos e materiais suficientes;*
- *Cooperação activa e compreensão mútua;*
- *Liderança adequada e eficaz;*
- *Rede de comunicação circular, aberta, multidireccional;*
- *Mecanismos de feedback e de avaliação.”* (Graça, 1992, p.10)

A motivação é outra característica da equipa, pois existe um grande empenhamento de todos e de cada um para a obtenção de um objectivo

comum, conhecido e partilhado por todos. Um aspecto interessante é o facto de se verificar que embora exista forte motivação dos elementos da equipa em relação a objectivos concretos, operacionais, comuns à equipa e fáceis de avaliar, o mesmo pode não se verificar por parte dos mesmos elementos em relação aos objectivos táticos e estratégicos da instituição a que a equipa pertence, que habitualmente são mais abstractos, mais difíceis de compreender e aceitar por parte dos elementos da equipa, que nem sempre se sentem identificados com os mesmos. Mesmo numa equipa constituída por profissionais da mesma área como o é a equipa de enfermagem, os elementos da mesma não desempenham todos o mesmo papel e a ambiguidade de papéis é um dos factores que pode condicionar o sucesso da equipa. Um grupo de enfermeiros só estará em condições de trabalhar como equipa depois de todos os membros conhecerem e aceitarem os papéis uns dos outros. Por outro lado quando falamos de papéis temos que ter em consideração que além do seu papel explícito, que se pode definir como o comportamento do indivíduo que é esperado por parte dos outros elementos da equipa, existem os papéis não explícitos que cada um desempenha na equipa e que estão relacionados com aspectos como a dinâmica do grupo, a personalidade de cada elemento e o contexto. Este aspecto é fundamental para que exista cooperação (e não sobreposição) entre os elementos da equipa, o que é essencial para a realização das tarefas atribuídas a cada um. (Patita e Farinha, 1999).

Patita e Farinha (1999:34) salientam que:

*“É importante que cada elemento tenha conhecimento do seu eu para que adopte uma filosofia de trabalho, onde os valores e as atitudes sejam ponderados e analisados antes de tomar decisões que possam gerar conflitos nessa equipa podendo afectar o doente no seu todo bio-psico-social.”*

Outro aspecto a considerar é o da necessidade de uma liderança eficaz, como factor essencial para trabalhar em equipa, pois independentemente da interiorização dos papéis por parte dos elementos da equipa, as acções têm que ser coordenadas e concertadas. Para que a liderança seja realmente eficaz é necessário que exista um reconhecimento e aceitação do líder por parte de todos os elementos da equipa. Embora uma verdadeira equipa pressuponha que todos os elementos participem na discussão dos objectivos,

avaliação de ideias, tomada de decisão e definição de estratégias para atingirem os seus fins, o papel do líder é fundamental para a definição de um pensamento colectivo, essencial para um desempenho de qualidade. (Fontes, 2000).

O líder deve promover condições para que se desenvolvam na equipa alguma das características fundamentais que contribuirão para o seu sucesso e que de acordo com Fontes (2000:19), são:

- *“Estabelecimento de objectivos precisos;*
- *Tomar decisões informadas;*
- *Capacidade de agir rapidamente face a essas decisões;*
- *Dominar as capacidades e técnicas necessárias para levar a cabo o projecto em curso;*
- *Fornecer objectivos claros e, acima de tudo, encontrar o equilíbrio certo entre essas pessoas preparadas para trabalhar em conjunto, pelo bem comum da equipa.”*

O líder deve promover o espírito de equipa, o que pressupõe a existência de uma finalidade comum e de solidariedade no trabalho, assegurando aos seus membros a máxima satisfação. O poder intelectual de uma equipa não deve ser desperdiçado, visto que a capacidade colectiva de inovar é mais forte do que a individual, permitindo à equipa alcançar verdadeiros progressos. (Fontes, 2000)

Também as relações de amizade devem, de acordo com Fontes (2000), ser fomentadas por permitirem potencializar o espírito de equipa. Por outro lado existem factores que influenciam negativamente o bom relacionamento entre os membros e o seu desempenho. Assim, o não reconhecimento, a falta de solidariedade, a falta de motivação, a desconfiança, a competição e a falta ou excesso de afectividade devem ser evitados ou desencorajados. (Fontes, 2000).

Segundo Patita e Farinha (1999:34),

*“Um passo importante é que todos e cada um reconheçam os seus limites e capacidades assim como as actividades fundamentais na equipa que são*

- *Encorajar os outros*

- *Estimular a sua participação*
- *Reconhecer todo o esforço como um valor*
- *Apoiar mesmo no fracasso (positivamente)*
- *Desenvolver espírito de competência, solidariedade, lealdade, justiça e criatividade.”*

Deve existir um sentimento de confiança mútua entre os elementos da equipa e para que isso aconteça o líder tem um papel importante ao promover atitudes como a delegação de funções, a troca de ideias e a abertura a novas condutas. A comunicação eficaz é essencial e não basta cada um saber qual é o seu papel, importa também saber qual é o papel do outro e quais as competências de cada elemento. Cada um deve assumir a responsabilidade dos seus actos e ter confiança na integridade dos outros elementos da equipa.

Perante estas considerações podemos concluir que as reuniões de serviço constituem uma das chaves de sucesso para o bom funcionamento da equipa, pois só assim cada membro pode ter uma definição clara, concisa e precisa, da missão da equipa, da sua razão de ser e dos objectivos a atingir. É preciso definir regras, normas e procedimentos: qual o processo de tomada de decisão, quem coordena as equipas, quem preside às reuniões, como resolver os conflitos, qual o processo de comunicação, etc.

Na realidade de acordo com Graça (1992:14) as equipas falham muitas vezes ao nível da organização e funcionamento:

*“(...) Por falta de capacidades em relações humanas, por falta de saber-ser e saber-estar em grupo, por falta de liderança eficaz, por falta de heterogeneidade das competências e papéis, etc.”*

Assim, partindo do pressuposto de que não há vida sem comunicação e sem relação, no trabalho em equipa o processo de comunicação tem um contexto próprio que é fundamental para o relacionamento e que influencia a manutenção ou deterioração do ambiente de trabalho.

De acordo com Watson citado por Soares e Nunes (1995:25):

*“Temos de tratar-nos com gentileza e dignidade antes de respeitarmos e cuidarmos dos outros com gentileza e dignidade”*

O *saber ser* e o *saber estar* de um enfermeiro reflecte-se na sua prestação de cuidados e na relação que estabelece com os doentes; de igual modo o *ser* e *estar* com outros enfermeiros numa mesma equipa além de se reflectir no

relacionamento entre os seus membros, se reflectirá na relação que a equipa estabelece com os destinatários dos seus cuidados. Na verdade humanizar e preservar as relações entre os membros da equipa de enfermagem é um meio de melhorar a humanização e personalização dos cuidados que prestamos ao doente o que contribui para a melhoria contínua da qualidade que é um dos objectivos da equipa e da instituição.

De acordo com Soares e Nunes (1995:29):

*“(...) A todos interessa ter uma boa qualidade de vida no trabalho e uma óptima relação de equipa.”*

Os autores alertam-nos para o que deve ser feito no sentido de desenvolver pessoalmente cada elemento do grupo acreditando que assim se poderá proporcionar uma aprendizagem colectiva. Assim de acordo com estes autores há vários aspectos que devem ser contemplados para “proteger” a equipa, entre os quais:

- *“A construção do “moral” da equipa*
- *A protecção da comunicação aberta*
- *O desenvolvimento da assertividade*
- *O planeamento em grupo, com participação de todos nos objectivos comuns*
- *O planeamento individual e empenhamento em metas de desenvolvimento pessoal”* (Soares e Nunes, 1995, p.29).

Para que o trabalho a efectuar seja assumido pela equipa, em colaboração e com espírito de partilha e esforço conjunto, é importante que os elementos da equipa se sintam motivados, pois a informação e o conhecimento não são suficientes visto que o conhecer sem agir não cria a mudança.

A análise do que foi referido relativamente às teorias da motivação permite retirar algumas considerações que podem ajudar na tentativa de perceber de que modo poderemos contribuir para aumentar a motivação das equipas de profissionais de saúde. Assim, podemos concluir que:

- A motivação pode ser considerada como um factor intrínseco acontecendo apenas nos níveis mais elevados de acordo com a hierarquia das necessidades de Maslow (estima e auto-realização)

- A remuneração e as condições de trabalho não geram motivação, servem apenas para prevenir insatisfação. É importante em primeiro lugar criar as condições que previnam a insatisfação, para que assim, eventualmente haja motivação. Garantir a satisfação dos factores higiénicos é necessário mas não suficiente para que haja motivação.
- Se na actual concepção do Homem no mundo, considerarmos o trabalho como uma componente importante do seu crescimento individual concluímos que também aí ele sentirá necessidade de realização, o que passa por encontrar um sentido naquilo que faz para se sentir motivado.
- Os seres humanos possuem necessidades e desejos diferentes uns dos outros pelo que são diferentemente motivados.
- A motivação provém do interior de cada indivíduo, não sendo possível motivar intrinsecamente os indivíduos. No entanto, numa perspectiva humanista podem ser criadas condições para promover um ambiente em que se favoreça o desenvolvimento do potencial humano.
- Podemos considerar dois tipos de motivação: a motivação intrínseca proveniente do interior do indivíduo e que o impulsiona a ser produtivo, e a motivação extrínseca promovida pelo ambiente de trabalho ou por recompensas externas.
- O reforço positivo, negligenciado a maioria das vezes é um dos factores que mais contribuem para a motivação dos indivíduos

Motivar os outros, nomeadamente um grupo, é um processo complicado e difícil tendo em conta a individualidade de cada um e os inúmeros factores que intervêm neste processo. Torna-se então necessário primeiro que tudo criar condições em ambiente de trabalho que previnam a insatisfação, pois só assim poderá vir a desenvolver-se a motivação.

Quem exerce funções na área de gestão dos cuidados de enfermagem, deve promover a participação dos enfermeiros nos processos de tomada de decisão e na definição de estratégias que visem obter mudanças nas atitudes e nos comportamentos, de forma a proporcionar a melhoria dos cuidados de enfermagem. Deve ser proporcionado ao enfermeiro espaço para desenvolver

a sua criatividade e autonomia, pois cada um tem capacidades e talentos especiais que devem ser valorizados e reconhecidos.

Conseguir a aderência da equipa para melhorar a comunicação com o doente ventilado não é fácil, mas uma sensibilização adequada em que se demonstre a importância de uma comunicação eficaz, em que se induzam os elementos da equipa a reconhecer as suas limitações e a descobrir em que é que podem melhorar e em que se apresentem estratégias eficazes para melhorar a comunicação com esses doentes, poderá ser o caminho a seguir. O objectivo deve ser comum a toda a equipa de profissionais de saúde, numa área tão importante como é a da comunicação com o doente e família, de forma a elevar o seu grau de satisfação no que diz respeito aos comportamentos comunicacionais dos profissionais de saúde.

## **II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO**

### **1.1 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE, no Barreiro, é uma unidade polivalente de adultos com uma lotação máxima de cinco camas. Está integrada na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no Distrito de Setúbal.

Em termos de espaço físico consiste numa sala única e ampla onde estão situadas todas as camas, sendo uma delas, central e parcialmente isolada por vidros. A área de trabalho situada nesta sala possibilita a visualização simultânea de todas as unidades onde estão os doentes. O restante espaço divide-se em gabinetes, sala de reuniões, copa, zona de sujos, rouparia, arrecadação e sala contígua à área de trabalho com material de apoio.



Fig.2 – Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Acolhe doentes do foro médico e cirúrgico, de médio e alto risco, que se encontrem em estado crítico, com patologia pulmonar aguda ou crónica, cardíaca (incluindo *status* pós paragem cárdio-respiratória), gástrica,

ortotraumática, neurológica, endócrina, obstétrica, infecciosa, e situações de intoxicações várias.

A proveniência dos doentes é fundamentalmente das várias unidades de internamento e urgência do próprio hospital, no entanto, dado que as Unidades de Cuidados Intensivos não têm áreas de abrangência, podem ser internados doentes vindos de qualquer ponto do país.

A Unidade contém equipamento que permite prestar cuidados médicos e de enfermagem a cinco doentes ventilados, com infusões de alto débito, e caso necessitem, métodos de substituição da função renal e monitorização hemodinâmica invasiva.

Existe um ventilador pulmonar volumétrico de cuidados intensivos, com capacidade para ventilar em modos assistidos e controlados, por cada cama e um extra, para suprir eventuais falhas. Sendo a média anual da taxa de ocupação referente ao número de camas activas, de 85%, podemos concluir que o número de doentes submetidos a ventilação é considerável.

Em termos de recursos humanos a equipa médica é constituída por cinco médicos residentes e três médicos em horário parcial. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um enfermeiros além da Enfermeira chefe de serviço. Os enfermeiros praticam o horário rotativo, divididos por cinco equipas de quatro elementos. O método de trabalho adoptado é o método de equipa, fazendo-se a distribuição dos doentes pelos enfermeiros da equipa segundo o método de Enfermeiro Responsável. Cada equipa é constituída por quatro enfermeiros sendo coordenada por um deles, o enfermeiro chefe de equipa. As funções do enfermeiro chefe de equipa incidem sobretudo na gestão dos cuidados a prestar e gestão dos recursos humanos e materiais (na ausência da enfermeira chefe). Existe ainda um enfermeiro responsável pela Formação em Serviço dos elementos da equipa de enfermagem.

De acordo com o método de Enfermeiro responsável, cada enfermeiro presta cuidados de enfermagem ao(s) seu(s) doente(s) / família(s), no período em que está de serviço, permitindo ao enfermeiro a prestação de cuidados individualizados e de qualidade. A partir do conhecimento do doente / família, o enfermeiro planeia as suas intervenções, centradas no doente, de forma global e individualizada. É um método considerado humanizante, exige experiência

prática e (auto)formação contínua, proporciona maior satisfação a quem é cuidado e a quem cuida.

O número de enfermeiros por cada período de trabalho varia entre 4 a 5 enfermeiros no período da manhã (8-16h), 3 a 4 no período da tarde (15h30-23h30) e da noite (23-8h30). Cada enfermeiro fica responsável por um a dois doentes, de acordo com a carga de trabalho, por períodos de 15 dias.

Os médicos praticam o horário diurno das 8 às 15 horas, diariamente, e um deles fica presente 24 horas. A distribuição dos doentes é feita de acordo com o número de profissionais disponíveis, variando entre 1 a 3 doentes atribuídos a cada médico.

Os auxiliares de acção médica são em número de 2 ou 3 no horário da manhã (8-16h), 1 a 2 no horário da tarde (16-23h) e 1 no turno da noite (23-8h). As funções dos auxiliares de acção médica são coordenadas pelo enfermeiro chefe de equipa ou pelo chefe de serviço.

Estas dotações estão em consonância com os requisitos mínimos recomendados para as Unidades de Cuidados Intensivos, pela Direcção Geral da Saúde (2003:17):

*“Presença física de Médico qualificado nas 24h” e “No mínimo um Enfermeiro com treino específico por cada duas camas, nas 24h”.*

A selecção do Serviço unidade de cuidados intensivos, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE, para campo de investigação deveu-se ao facto de:

- Ser o nosso local de trabalho, facilitando a acessibilidade e rentabilidade
- Conhecermos o ambiente e cultura institucional
- Podermos eventualmente utilizar alguns resultados do estudo na melhoria da assistência dos profissionais de saúde a estes doentes, possibilitando, nomeadamente a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem
- Geograficamente ficar próximo da nossa área de residência.

A maior facilidade em obter consentimento para a realização das entrevistas também influenciou a escolha do campo de investigação, assim como a eventual possibilidade de utilizar os resultados da investigação em benefício da melhoria da qualidade na prestação de cuidados aos doentes ventilados na unidade de cuidados intensivos.

Por outro lado e procedendo com o devido distanciamento e neutralidade exigido a qualquer investigador, pensamos que o conhecimento que possuímos acerca da dinâmica do serviço e dos enfermeiros, serão com certeza úteis para a compreensão e análise dos dados obtidos.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

### **2.1 – POPULAÇÃO ESTUDADA**

#### **2.1.1 – Dimensão da Amostra e Sistema de Recrutamento**

A escolha dos participantes no estudo foi determinada após termos identificado o objectivo do estudo, o método de pesquisa a utilizar e o campo de análise.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002) em investigação qualitativa o envolvimento activo dos indivíduos que participam no estudo, que designaremos por participantes, permitirá uma melhor compreensão das suas vidas e interações sociais. Referenciando Morse (1991) os autores dizem-nos que a posição do investigador deve ser a de que, não se age nas pessoas que fazem parte da investigação, considerando-as antes como activas no estudo.

Como participantes do estudo consideraram-se os doentes submetidos a ventilação mecânica, conscientes, internados no serviço Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE.

Os participantes foram seleccionados numa primeira fase, através da consulta de registos no serviço Unidade de Cuidados Intensivos, garantindo que se incluíam nos critérios predefinidos, e numa segunda fase, telefonicamente, ou pessoalmente. Após serem informados do estudo, aceitaram participar no mesmo e autorizaram a gravação da entrevista, quinze indivíduos.

A técnica de amostragem é não probabilística e intencional por conveniência, uma vez que os quinze participantes do estudo foram seleccionados voluntariamente do grupo de doentes que estiveram internados na unidade de cuidados intensivos, ventilados e conscientes.

Tal como nos refere Carmo e Ferreira (1998:197), a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, dá-nos acesso a *“Um grupo de indivíduos que esteja disponível ou a um grupo de voluntários”* que aceitem colaborar no nosso estudo.

Por outro lado, o tipo de amostra é intencional porque só os indivíduos que viveram o fenómeno em estudo podem fazer parte do mesmo, tal como nos diz, Streubert e Carpenter (2002), os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou do fenómeno de interesse.

Pretende-se desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno e não utilizar técnicas de amostragem que permitam a generalização dos dados obtidos.

### **2.1.2 – Critérios de Inclusão**

Para pertencerem à amostra os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Doentes submetidos a ventilação mecânica na unidade de cuidados intensivos por mais de três dias;
- Doentes que estiveram conscientes durante o período ventilatório.
- Doentes que desejem participar no estudo.

### **2.1.3 – Procedimentos Formais e Éticos**

Qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas.

Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação dos resultados da investigação, contribuem para o avanço dos conhecimentos científicos, podendo no entanto violar os direitos e liberdades da pessoa, sendo moralmente inaceitável quer para os sujeitos quer para os próprios investigadores. Existe um limite que não deve ser ultrapassado e está relacionado com o respeito pela pessoa e com a protecção do seu direito de viver livremente e dignamente enquanto ser humano.

No caso concreto da investigação em enfermagem, uma vez que os sujeitos da investigação são pessoas há que ter em consideração os direitos inerentes à dignidade da pessoa humana.

Tal com refere Fortin (1999:116):

*“ (...) É importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.”*

Surgem assim os códigos de ética de âmbito nacional e internacional em consequência da violação dos direitos humanos e da evolução da ciência e da tecnologia, com o objectivo de reger a investigação em seres humanos.

Neste sentido, os códigos de ética definiram cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos conforme referenciado por Fortin (1999:116) e que são:

*“ (...) O direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal.”*

O direito à autodeterminação fundamenta-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual, cada pessoa é capaz de decidir por si e tomar conta do seu próprio destino.

O direito à intimidade, tem por base a liberdade da pessoa em decidir acerca do conteúdo da informação que transmite ao participar no estudo e a determinar de que forma aceita partilhar informações privadas e íntimas.

O direito ao anonimato e à confidencialidade que indica ao investigador o tratamento que ele deve reservar aos dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro do estudo. Assim sendo, a identidade do sujeito não é associada nem mesmo pelo investigador às respostas individuais. Todos os dados colhidos durante o estudo foram tratados de forma confidencial.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo que pressupõe as regras de protecção da pessoa contra inconvenientes que sejam susceptíveis de lhe causarem mal ou de a prejudicarem.

O direito a um tratamento justo e equitativo, tal como refere Polit e Hungler citado por Fortin (1999:119):

*“Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo.”*

Desta forma, a escolha dos participantes deve estar relacionada com o problema de investigação e não deve ser baseada na conveniência e na disponibilidade dos sujeitos, nem devendo de igual modo causar prejuízo aos mesmos, caso desistam durante o estudo. (Fortin, 1999).

Um dos aspectos mais difíceis de aplicar baseia-se na relação riscos/benefícios devendo existir uma relação aceitável entre o “risco que o sujeito corre” e o proveito que o sujeito retira na participação do estudo. Salientando esta ideia Crête citado por Fortin (1999:120) diz que:

*“Na preparação do seu estudo, o investigador deve avaliar cuidadosamente os riscos e os benefícios aos quais ele pode expor os sujeitos. A análise riscos – benefícios de um projecto de investigação consiste em tomar em consideração todos os benefícios e todas as perdas que daí poderão resultar.”*

Devem-se informar devidamente os sujeitos para que estes possam decidir participar ou não no estudo. Esta decisão deve ser efectuada de forma consciente, livre e esclarecida. Segundo Fortin (1999:120):

*“O consentimento é livre se é dado sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja em plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento informado seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos. Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação.”*

Foi nossa intenção actuar segundo os princípios éticos na realização do nosso estudo. Deste modo, no início de cada entrevista, procedemos a um cumprimento, e informámos o doente acerca do estudo e dos objectivos do mesmo; da liberdade de participar ou não na entrevista, sem que daí resultassem quaisquer implicações; garantimos a confidencialidade e o anonimato dos dados e solicitámos a autorização para a gravação da entrevista.

Tratando-se de pessoas adultas, conscientes e lúcidas, optámos por informá-las oralmente do nosso propósito ao invés de utilizarmos um documento escrito de consentimento informado, o que considerámos não ser necessário na nossa amostra.

Aos participantes foi-lhes garantido que posteriormente seriam informados dos resultados do estudo caso o desejassem, tendo alguns deles manifestado esse desejo.

Paralelamente aos aspectos éticos relacionados com os entrevistados há também a considerar os relacionados com o investigador.

O investigador deve ter determinadas características, nomeadamente integridade intelectual e honestidade que contribuirão para dar rigor e seriedade ao estudo a realizar. A honestidade do investigador é um dos princípios numa atitude científica e como tal deve estar presente quer seja na recolha de dados, quer seja na análise dos resultados, assim como na elaboração do relatório do estudo de investigação.

O facto de escolhermos este local, onde desempenhamos funções, obrigou a uma consciencialização da necessidade de existir um esforço da nossa parte para manter a objectividade do investigador. Por outro lado, o facto de conhecermos o local e os profissionais poder-nos-á ser útil para a análise dos resultados de investigação.

Numa fase inicial, foi formalizado o pedido para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital (Anexo I), onde referíamos os objectivos do estudo, a finalidade, como seria efectuada a selecção dos participantes e o instrumento de colheita de dados que seria utilizado. Foi também fornecido o guião da entrevista que seria efectuada aos participantes do estudo.

O pedido foi submetido a avaliação e discussão pela Comissão de Ética, após o que foi emitido despacho favorável pelo Conselho de Administração. Foi também dado conhecimento do estudo à Enfermeira Chefe do serviço e ao Director Clínico, que nada opuseram em relação à sua realização.

## **2.2 – TIPO DE ESTUDO**

Como forma de dar resposta à questão de investigação formulada, realizámos um estudo do tipo exploratório e descritivo, seguindo uma abordagem

qualitativa. A abordagem qualitativa pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que de acordo com Fortin (1999:148):

*“Os sujeitos que participam no estudo tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente”.*

No caso deste estudo os participantes têm em comum o facto de terem estado internados numa unidade de cuidados intensivos, conscientes e submetidos a ventilação mecânica, e portanto impossibilitados de comunicar oralmente.

Segundo Fortin (1999:164):

*“Um estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.*

Assim, o estudo será descritivo porque desejamos *“Estudar, compreender e explicar a situação actual “* (Carmo e Ferreira, 1998, p.213), neste caso, as experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica em unidade de cuidados intensivos. Será um estudo exploratório porque pretendemos:

*“Proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”* (Carmo e Ferreira, 1998, p.47).

### **2.3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO**

A realidade da nossa prática profissional levou a que nos questionássemos sobre as experiências de comunicação destes doentes durante o período ventilatório e sobre as dificuldades que enfrentariam para tentar ultrapassar a impossibilidade de comunicarem verbalmente.

Por outro lado a comunicação é uma área de pouco investimento ao nível da formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sendo um assunto que habitualmente não é objecto de reflexão nem de discussão, deixando-se a comunicação com o doente ao critério de cada um.

Pretendemos realizar um estudo, a partir da perspectiva dos doentes, que conduza à produção de informação empírica, acerca do processo de comunicar com o doente ventilado internado no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE.

Assim considerámos como principais objectivos deste estudo:

- Conhecer as dificuldades de comunicação dos doentes ventilados no serviço UCI
- Identificar os sentimentos dos doentes ventilados em UCI perante as dificuldades de comunicação
- Identificar os factores que influenciam a comunicação doente / profissional de saúde na perspectiva dos doentes ventilados em UCI
- Melhorar a comunicação profissional de saúde / doente ventilado em UCI

## **2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

### **2.4.1 – Recolha de dados**

A colheita de dados decorreu na instituição hospitalar, nos serviços de internamento, no caso de participantes que ainda estavam internados.

Relativamente aos participantes que já tinham tido alta hospitalar, as entrevistas decorreram no serviço Unidade de Cuidados Intensivos, após combinação prévia.

A colheita foi efectuada através de entrevistas abertas semi-estruturadas aos participantes, com apoio de um guião baseado na temática em estudo.

### **2.4.2 – Entrevistas**

O instrumento de colheita de dados seleccionado é a entrevista semi-estruturada por ser o que mais se adequa ao tipo de estudo descritivo exploratório e por ser uma técnica de informação aberta que permite colher dados referentes às questões de investigação formuladas.

Segundo Quivy (1992:193),

*“Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele. Instaure-se assim, em princípio, uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e profundidade.”*

Optou-se por esta técnica de entrevista semi-estruturada, visto que o que se pretende obter são opiniões dos doentes relativamente às experiências de comunicação sentidas no período em que estiveram submetidos a ventilação mecânica, impossibilitados de falar, o que está de acordo com o que nos refere Estrela (1990:354):

*“A finalidade das entrevistas a realizar consiste, em última instância, na recolha de dados de opinião que permitam não só fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes do processo.”*

Para este autor existem princípios que de um modo geral orientam a entrevista, ou seja, o investigador deve sempre que possível evitar dirigir a entrevista, não deve restringir a temática abordada e deve esclarecer os quadros de referência do entrevistado.

Savoie-Zajc (2003:284) considera que um dos objectivos deste tipo de entrevista *“é o de tornar explícito o universo do outro”*, permitindo ao participante exprimir as suas representações, crenças e valores relativamente ao tema em estudo.

Na entrevista semi-estruturada o investigador tem presente uma lista de temas a partir dos quais formula as questões ao entrevistado de acordo com a ordem que lhe convém, visando abranger todos os temas propostos. O modo como é estruturada a entrevista deve ser desenvolvido em termos de objectivos gerais e específicos.

Tal como nos diz Estrela (1990:354):

*“...Pretende-se utilizar, na condução da entrevista, uma orientação semi-directiva, sem prejuízo de uma prévia estruturação da entrevista...”.*

A entrevista foi elaborada por nós, e constou numa primeira parte de perguntas referentes a dados demográficos (idade, sexo, estado civil, religião, profissão, local de residência), se foi a primeira vez que esteve ventilado e o tempo de internamento.

Para a segunda parte da entrevista foi construído um guião de entrevista (Anexo II) onde designamos questões consideradas essenciais, tais como dificuldades de comunicação, sentimentos perante as dificuldades de comunicação, disponibilidade dos profissionais de saúde, ajuda dos profissionais de saúde para ultrapassar dificuldades de comunicação, e a opinião sobre o que poderia ter sido feito para facilitar a comunicação.

Estas questões surgiram na sequência de uma reflexão da nossa prática quotidiana e de uma pesquisa bibliográfica orientada.

O guião foi validado junto da Orientadora do estudo, e dele constam as seguintes perguntas abertas (Anexo II):

- 1 - Já tinha estado ventilado ou foi a primeira vez?
- 2 - Durante o seu internamento na Unidade de cuidados intensivos, enquanto esteve ventilado, alguma vez sentiu dificuldades em comunicar? Com quem?
- 3 - Quais foram essas dificuldades?
- 4 - Pode dizer-me como se sentiu quando tinha dificuldades em comunicar?
- 5 - Durante esse período, em que esteve ventilado, sentiu disponibilidade por parte de alguns profissionais do serviço para o ajudarem a ultrapassar essas dificuldades? Se sentiu, quais?
- 6 - Como é que esses profissionais de saúde o ajudaram a ultrapassar as dificuldades de comunicação?
- 7 - O que é que acha que poderia ter ajudado a ultrapassar as dificuldades de comunicação que sentiu durante o período que esteve ventilado?
- 8 - Sugestões para melhorar a comunicação com o doente ventilado internado em cuidados intensivos?

Para testar a clareza, a funcionalidade e a validade do guião de entrevista, aferindo se estava adaptado aos objectivos do estudo e à população, realizámos uma primeira entrevista a um participante da população. Após a análise das respostas verificámos que, estas se enquadravam nos objectivos definidos, motivo pelo qual, a entrevista realizada a este participante foi incluída no estudo, não tendo sido necessário reformular o guião de entrevista.

Os participantes estavam orientados no momento da entrevista e a mesma foi audiogravada em fita magnética com o seu consentimento.

As entrevistas iniciavam com a nossa apresentação e a do participante, seguida da referência aos objectivos do estudo e ao tratamento a que os dados seriam sujeitos. Foi permitido aos participantes falar livremente, tentando não interferir na linha de pensamento, mostrando atenção e interrompendo quando era necessário aprofundar ou clarificar algum tópico. No final de cada entrevista questionaram-se os participantes se pretendiam acrescentar algo mais, agradecendo a colaboração e disponibilidade.

As entrevistas foram efectuadas pelo mesmo investigador e a duração de cada uma, variou entre 15 a 30 minutos.

As entrevistas foram aplicadas por nós a quinze participantes de ambos os sexos e transcritas no mesmo dia da sua aplicação, no sentido de assegurar toda a informação obtida.

Os verbatins foram transcritos na íntegra mediante um programa informático de processamento de texto (Microsoft Office Word). Foi-lhes atribuído um número, por exemplo E1, E2, etc.

Concluimos as entrevistas quando as narrativas sobre o fenómeno em estudo se estavam a tornar repetitivas.

## 2.5 – ANÁLISE DE DADOS

### 2.5.1 – Análise de conteúdo

A abordagem qualitativa de um estudo de investigação, de acordo com Parse, citado por Franco (2002), “*reflecte um estudo das experiências vividas do Homem em termos não mensuráveis*”, em que “*a colheita de dados é feita por observação participante e descrição retrospectiva*”. Segundo este autor:

*“A análise dos dados é feita por identificação e síntese de termos e elementos comuns das descrições feitas pelos sujeitos.”*

Pretende-se assim, descrever as experiências vividas pelos sujeitos, de uma forma objectiva, sistemática e quantitativa, possibilitando ao investigador elaborar proposições hipotéticas, através de abstracções lógicas.

De acordo com estes propósitos, a metodologia que utilizámos para o tratamento de dados colhidos foi o método de análise de conteúdo numa abordagem indutiva, segundo Bardin (1977:56), que nos diz, citando Berelson, que a análise temática de conteúdo é:

*“Uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas manifestações.”*

Este método de tratamento de dados é ainda, segundo Vala (1986:104) uma técnica de tratamento de informação, que consiste:

*“ Na desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação resultantes de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise.”*

Este método de análise de dados parece-nos a adequada para o estudo uma vez que se pretende descrever as experiências vividas pelos sujeitos, de uma forma objectiva, sistemática e quantitativa, possibilitando ao investigador elaborar proposições hipotéticas.

Após a realização das quinze entrevistas, procedemos à transcrição do conteúdo magnético de cada uma delas para o computador. Este processo de transcrição do registo oral para o registo escrito, embora moroso, permite o retorno ao ambiente real e como tal uma maior validade dos factos. Ghiglione e

Matalon (1993:198) consideram que este procedimento pode ser definido *“como a adequação entre os objectivos e os fins sem distorção dos factos.”*

Seguidamente efectuaram-se várias leituras flutuantes das quinze entrevistas que permitiram construir os respectivos *corpus* de análise, que são constituídos pelo conteúdo de cada uma das entrevistas expurgado das palavras e frases que não dizem respeito ao objecto em estudo, tal como nos diz Vala (1986:109):

*“Se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o corpus da análise é constituído por todo esse material.”*

O procedimento seguinte consiste na divisão do texto em unidades de registo, sendo a unidade de registo, de acordo com Bardin (1977:104):

*“A unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.”*

Cada unidade de registo constitui uma frase com sentido para o estudo.

Após a divisão do texto em unidades de registo, procedeu-se à sua codificação.

Este procedimento é segundo Bardin (1977:104):

*“Um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.”*

A atribuição de um significado, um sentido a cada unidade de registo é o que nos permite proceder à análise temática, que consiste na descoberta dos núcleos de sentido existentes no texto e que pela sua presença e frequência podem ter significado para o estudo em questão. É a partir do significado de cada unidade de registo analisado com base na teoria que suporta o estudo, que nos surgem os temas, tal como nos refere Bardin (1977:105):

*“Na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.”*

O passo seguinte foi a categorização definida por Bardin (1977:117) como:

*“...Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.”*

Desta forma, agrupámos as unidades de registo em temas; categorias e subcategorias, e calculámos as respectivas frequências das unidades de registo.

Para a elaboração das categorias foram respeitados os princípios de exclusão mútua; de homogeneidade; de pertinência; de objectividade e de fidelidade e produtividade. Tal como nos refere Bardin (1997:119):

*“Existem boas e más categorias. Um conjunto de categorias boas, deve possuir as seguintes qualidades: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade e a fidelidade e a produtividade”.*

Designámos as entrevistas por E1, E2, (...) E15, tendo sido contabilizadas no total, 300 unidades de registo.

Na apresentação dos dados recorreremos à utilização de alguns símbolos/códigos linguísticos cujo significado passamos a descrever:

[ ] – Frases ou palavras que clarificam o significado das declarações

... – Pausas no discurso

(...) – Excerto da transcrição original sem relevância para a análise

Os quadros resultantes da análise das quinze entrevistas são os seguintes:

**QUADRO 1 – Tema: Experiências de Comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica**

**CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS**

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Experiências de Comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica</b>	<b>Comunicar ventilado</b>	Sentiu dificuldade
		Não sentiu dificuldade
	<b>Comunicar com os profissionais de saúde e família</b>	Dificuldade em comunicar com os Enfermeiros
		Dificuldade em comunicar com os Médicos
		Dificuldade em comunicar com todos os profissionais
		Dificuldade em comunicar com a família
	<b>Barreiras físicas à comunicação</b>	Incapacidade de comunicar verbalmente
		Não conseguir satisfazer necessidades
		Incapacidade ou limitações físicas
	<b>Barreiras humanas à comunicação</b>	Desconhecimento do motivo porque não falava
		Não ser compreendido pelos profissionais
		Não ser compreendido pela família
	<b>Alternativas à comunicação verbal</b>	Linguagem Escrita
		Linguagem gestual
		Mímica labial
		Quadro magnético com alfabeto

**QUADRO 2 – Tema: Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica**

**CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS**

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica</b>	<b>Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas</b>	Satisfação / Distracção
		Apoio na orientação
		Preocupação com os familiares
		Falta de notícias dos familiares
	<b>Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente</b>	Ansiedade
		Revolta
		Aflição / Medo
		Tristeza
		Solidão
		Impotência / Desânimo
		Aceitação da impossibilidade de comunicar verbalmente
	<b>Sentimentos expressos relacionados com o internamento</b>	Aceitação do diagnóstico e tratamento
		Falta de informação sobre a situação clínica / Incerteza quanto ao futuro
		Desorientação / Confusão
		Dor / Sofrimento
		Segurança pela presença dos profissionais de saúde na sala
		Satisfação por recuperar a possibilidade de comunicar verbalmente
Satisfação e alívio no momento da transferência		

**QUADRO 3 – Tema: Interação doente / profissional saúde**

**CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS**

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Interação doente / profissional saúde</b>	<b>Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade</b>	Profissionais de saúde na generalidade mostraram disponibilidade
		Profissionais de saúde na generalidade não mostraram disponibilidade
		Disponibilizavam tempo para perceber os doentes
		Não disponibilizavam tempo para perceber o doente
	<b>Apoio dos profissionais de saúde na generalidade</b>	Ajudaram e orientaram na comunicação
		Foram simpáticos e carinhosos
		Forneceram informação
		Reconhecimento pelo modo como foram tratados
		Apoio dos enfermeiros
		Sentiram-se apoiados pelos Médicos
		Não se sentiram apoiados
	<b>O que gostariam que tivessem feito</b>	Disponibilizar alternativas à comunicação verbal
		Presença durante a visita dos familiares
		Maior empenho na linguagem gestual
		Ter mais paciência
		Não deixar o doente sozinho
		Não desistir dos doentes
Mais informação		

## **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

#### **3.1.1 – Caracterização da Amostra dos Doentes**

A amostra relativa aos participantes é constituída por quinze indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 86 anos de idade. No quadro seguinte, apresentamos de forma sistematizada e resumida algumas das características da amostra de participantes estudada.

**Quadro 4 – Caracterização dos participantes no estudo**

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Residência</b>	<b>Tempo Internamento</b>
<b>E1</b>	Masculino	16	Solteiro	10º Ano	Estudante	Moita	17 dias
<b>E2</b>	Masculino	62	Solteiro	4º Ano	Desempregado	Barreiro	22 dias
<b>E3</b>	Masculino	61	Casado	9º Ano	Reformado	Barreiro	4 dias
<b>E4</b>	Feminino	39	Solteira	12º Ano	Desempregada	Barreiro	22 dias
<b>E5</b>	Masculino	54	Casado	6º Ano	Comerciante	Setúbal	6 dias
<b>E6</b>	Feminino	73	Viúva	4º Ano	Reformada	Montijo	12 dias
<b>E7</b>	Masculino	86	Viúvo	Licenciatura	Reformado	Moita	25 dias
<b>E8</b>	Feminino	72	Casada	4º Ano	Reformada	Barreiro	7 dias
<b>E9</b>	Masculino	55	Casado	5º Ano	Comerciante	Moita	10 dias
<b>E10</b>	Feminino	56	Casado	4º Ano	Doméstica	Alcochete	4 dias
<b>E11</b>	Feminino	61	Casado	6º Ano	Doméstica	Barreiro	6 dias
<b>E12</b>	Feminino	74	Casada	4º Ano	Doméstica	Moita	4 dias
<b>E13</b>	Masculino	75	Casado	4º Ano	Reformado	Barreiro	4 dias
<b>E14</b>	Feminino	56	Casada	9º Ano	Doméstica	Barreiro	12 dias
<b>E15</b>	Feminino	36	Casada	4º Ano	Doméstica	Moita	10 dias

Seguidamente analisaremos os quinze participantes quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, área de residência e dias de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos.

Relativamente ao sexo, dos quinze participantes, sete são do sexo masculino (46.6%) e oito do sexo feminino (53.3%).

No que diz respeito à idade dos participantes, esta varia entre dezasseis e oitenta e seis anos, para o sexo masculino, com uma média de idade de 58.4 anos para este sexo, e entre trinta e seis e setenta e quatro anos para o sexo feminino, com uma média de idade de 58.3 anos. A média total de idades é de 58,4 anos.

Verificámos que a maioria dos participantes são casados (66,6%), sendo os restantes viúvos (13,3%) ou solteiros (20%).

O nível de escolaridade obrigatória predominante é o 4ºAno, para 46,6% dos participantes, existindo apenas um participante com o 12ºAno e outro com Licenciatura. Um dos participantes é estudante.

No que concerne à profissão ou ocupação, verificamos que 33,3% dos participantes são reformados, existindo a mesma percentagem com a ocupação designada como doméstica. Existem dois desempregados e dois participantes com a profissão de comerciante. Como já foi referido um dos participantes é estudante.

Relativamente ao local de residência, catorze participantes habitam na área de abrangência do Hospital Nossa Senhora do Rosário, quase todos na periferia do mesmo (entre 3 a 4 quilómetros), com excepção de dois participantes que vivem a cerca de trinta quilómetros do hospital e outro, a cerca de seis quilómetros. Um dos participantes não pertence à área de abrangência deste hospital, sendo residente em Setúbal.

A média de dias de internamento dos participantes na Unidade de Cuidados Intensivos é de 11 dias, verificando-se que três participantes tiveram um internamento mais prolongado (> 20 dias).

Foi comum a todos os participantes o facto de ser a primeira vez que viveram esta experiência, de estar entubado endotraquealmente e impossibilitados de comunicar verbalmente.

### **3.1.2 – Análise das Entrevistas dos Doentes**

Após a caracterização dos quinze doentes entrevistados, na sequência do nosso estudo, iniciámos o processo de análise.

A realização do processo de análise deu origem aos seguintes temas:

- Experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica
- Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica
- Interação doente / profissionais de saúde

Procederemos de seguida à apresentação e análise dos temas referidos. Em cada um dos temas serão apresentadas as categorias encontradas que serão analisadas separadamente.

Relativamente ao primeiro tema, **Experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica**, identificámos cinco categorias. O quadro seguinte representa as categorias, as subcategorias e respectiva frequência.

**Quadro 5 – Categorias inerentes ao tema “Experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Comunicar ventilado</b>	Sentiu dificuldade	<b>12</b>
	Não sentiu dificuldade	<b>3</b>
		<b>15</b>
<b>Comunicar com os profissionais de saúde e família</b>	Dificuldade em comunicar com os Enfermeiros	<b>6</b>
	Dificuldade em comunicar com os Médicos	<b>5</b>
	Dificuldade em comunicar com todos os profissionais	<b>9</b>
	Dificuldade em comunicar com a família	<b>9</b>
		<b>29</b>
<b>Barreiras físicas à comunicação</b>	Incapacidade de comunicar verbalmente	<b>11</b>
	Não conseguir satisfazer necessidades	<b>6</b>
	Incapacidade ou limitações físicas	<b>10</b>
		<b>27</b>
<b>Barreiras humanas à comunicação</b>	Desconhecimento do motivo porque não falava	<b>5</b>
	Não ser compreendido pelos profissionais	<b>9</b>
	Não ser compreendido pela família	<b>3</b>
		<b>17</b>
<b>Alternativas à comunicação verbal</b>	Linguagem Escrita	<b>9</b>
	Linguagem gestual	<b>9</b>
	Mímica labial	<b>6</b>
	Quadro magnético com alfabeto	<b>2</b>
		<b>26</b>
	<b>Total</b>	<b>114</b>

## Quadro 6 – Categorias “ *Comunicar ventilado*”

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Comunicar ventilado</b>	Sentiu dificuldade	<b>12</b>
	Não sentiu dificuldade	<b>3</b>
		<b>15</b>

A comunicação com os doentes em contexto de cuidados intensivos assume uma importância extrema, especialmente o comunicar com doentes ventilados, entubados endotraquealmente, e como tal impossibilitados de falar. As dificuldades de comunicação não se colocam só aos doentes, mas também as profissionais de saúde, na qualidade de receptores da mensagem, que muitas vezes e apesar do esforço para entender os doentes, não o conseguem fazer devido às inúmeras barreiras que ocorrem no processo de comunicação.

Hagland, citado por Verity (1996), refere que a comunicação em unidades de cuidados intensivos é difícil e implica alterações pouco comuns, em muitas situações. De acordo com Calne, referido pelo mesmo autor, o doente de cuidados intensivos está dependente da habilidade dos enfermeiros em interpretar fragmentos de sinais que poderão levar a identificar os medos e os desejos do doente. Na verdade a presença do tubo endotraqueal, na maioria dos doentes de cuidados intensivos, diminui drasticamente a sua capacidade de resposta, criando grandes dificuldades aos doentes e aos profissionais de saúde.

No nosso estudo foram questionados os participantes em relação à forma como experienciaram a comunicação, enquanto entubados endotraquealmente, nomeadamente se sentiram dificuldade em comunicar e com quem.

Na categoria **Comunicar ventilado** verificou-se que surgiu com maior frequência a subcategoria **Sentiu dificuldade**, tendo sido referida por doze participantes. Apenas três dos participantes não referiam dificuldade em comunicar, como podemos observar na subcategoria **Não sentiu dificuldade**.

O facto dos doentes estarem impossibilitados de comunicar verbalmente, coloca-os em desvantagem, por não conseguirem expressar-se da forma habitual, verificando-se por vezes “o voltar as costas” a estes doentes quando não se consegue entendê-los, o que aumenta a sua frustração.

Hafsteindóttir (1996) realizou um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa sobre as experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica, numa unidade de cuidados intensivos na Escócia em que entrevistou oito utentes. O autor refere-nos que a comunicação com os doentes em UCIs é limitada e as conversações tendem a ser pequenas e não focadas nas necessidades dos doentes. De acordo com este autor, as experiências destes doentes, na comunicação, de um modo geral são descritas como negativas e na maior parte do tempo os doentes experimentam a comunicação como uma dificuldade. Este sentimento associa-se a emoções negativas, tais como a tristeza, a zanga e a depressão.

Também Ashurst (1998:10), referenciando Hafsteindóttir, nos diz que os doentes ventilados,

*“...São capazes de passar por experiências de comunicação muito negativas durante a ventilação mecânica”*

Perante estes resultados consideramos que é de extrema importância que os profissionais de saúde tenham plena consciência que o doente vivencia a comunicação como um impedimento sobretudo pela dificuldade que tem em fazer-se compreender.

**Quadro 7 – Categorias “Comunicar com os profissionais de saúde e família”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Comunicar com os profissionais de saúde e família</b>	Dificuldade em comunicar com os Enfermeiros	<b>6</b>
	Dificuldade em comunicar com os Médicos	<b>5</b>
	Dificuldade em comunicar com todos os profissionais	<b>9</b>
	Dificuldade em comunicar com a família	<b>9</b>
		<b>29</b>

Na categoria ***Comunicar com os profissionais de saúde e família***, foram encontradas 29 unidades de registo, referidas pelos doentes. Podemos constatar que foi referida com maior frequência a dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, todos), num total de 21 unidades de registo.

A subcategoria ***Dificuldade em comunicar com todos***, surge com uma frequência de nove, seguida das subcategorias ***Dificuldade em comunicar com os Enfermeiros*** e ***Dificuldade em comunicar com os Médicos*** com frequências semelhantes, nomeadamente seis e cinco unidades de registo.

A ***Dificuldade em comunicar com a família*** foi referida nove vezes pelos participantes, como se pode observar em expressões como:

*“ [Dificuldade em comunicar] Com a minha mãe...com o meu pai... com as outras pessoas...” (E1)*

*“ (...) Só sei que não conseguia falar com a minha mãe e as minhas irmãs.” (E15)*

Ashworth (1988) realizou um estudo de investigação sobre os problemas de comunicação entre doentes e enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, tendo feito alguns achados importantes. Segundo este autor, muitos doentes que estiveram em unidades de cuidados intensivos, recordam sentir dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde e alguns referem ainda que se sentiam frustrados ou aborrecidos quando não eram entendidos. Um dos doentes do estudo expressou o seu enorme alívio quando finalmente conseguiu que a enfermeira percebesse o que estava a tentar dizer.

Podemos verificar que as dificuldades de comunicação sentidas pelos participantes não aparecem associadas a nenhuma classe profissional em particular, nomeadamente, médico ou enfermeiro, parecendo existir dificuldade do doente em comunicar com todas as pessoas, sejam profissionais de saúde ou familiares que os vão visitar.

Estes dados parecem reflectir a existência de dificuldades na comunicação doente/profissional de saúde, uma vez que, se os participantes manifestaram

essa dificuldade, isso poderá evidenciar que os profissionais de saúde não conseguiram ajudar alguns doentes a ultrapassar esse problema.

As dificuldades referidas na comunicação com a família e visitas pode significar que o apoio ao doente / família não foi o mais eficaz, ou que os profissionais por não conseguirem eles próprios ultrapassar as suas dificuldades de comunicação com os doentes, não se sentiriam aptos a ajudar a família a compreender os doentes.

Na nossa prática profissional verifica-se muitas vezes que na hora da visita os profissionais de saúde parecem evitar o contacto com os familiares e quando são solicitados por estes, nem sempre conseguem interpretar o que o doente quer transmitir.

Os familiares e os enfermeiros dos doentes de cuidados intensivos são unânimes no sentimento de querer o melhor para o doente; no entanto podem entrar em conflito uma vez, que as suas prioridades em relação ao doente podem ser diferentes. Os enfermeiros nas suas tarefas e procedimentos podem ver a presença da família como desnecessária, e como um impedimento ao desenvolvimento do seu trabalho. Por outro lado, muitas vezes são confrontados com as inúmeras necessidades de informação, por parte dos familiares, e têm dificuldade em fornecer informação quando o prognóstico do doente é reservado. (Ashworth, 1987)

Os familiares e os enfermeiros podem constituir cada um por si fonte de *stress* para o outro, ou pelo contrário, podem ser uma grande ajuda. (Storlie, 1976; Ashworth, 1987).

Como foi referido na revisão teórica, o processo de comunicação funciona habitualmente como um sistema aberto, independentemente de poder ocorrer um determinado nível de ruído, sendo o ruído qualquer perturbação indesejável que possa interferir no processo de comunicação dificultando o envio das mensagens. Uma informação ambígua ou que induz a erros contém ruídos Reis e Rodrigues (2002).

No processo de comunicação entre as pessoas podem ocorrer também, outro tipo de obstáculos ou barreiras à comunicação. Sikula (1976) refere-nos três tipos de barreiras à comunicação humana, que podem ser de natureza técnica ou física, semânticas, e pessoais ou humanas, que podem ocorrer em simultâneo, levando a que a mensagem seja bloqueada, filtrada ou distorcida.

No nosso estudo identificámos barreiras físicas e barreiras humanas à comunicação, no decurso do nosso processo de análise, que conduziram à obtenção de duas categorias, como se pode observar nos quadros 8 e 9.

**Quadro 8 – Categorias “*Barreiras físicas à comunicação*”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Barreiras físicas à comunicação</b>	Incapacidade de comunicar verbalmente	<b>11</b>
	Não conseguir satisfazer necessidades	<b>6</b>
	Incapacidade ou limitações físicas	<b>10</b>
		<b>27</b>

A categoria ***Barreiras físicas à comunicação*** aparece-nos com três subcategorias, ainda dentro do tema Experiências de Comunicação dos doentes ventilados, com um total de 27 unidades de registo.

Com uma frequência de 11 surge a ***Incapacidade de comunicar verbalmente***, estando certamente relacionada com o facto de estes doentes estarem impossibilitados de falar audivelmente, mesmo estando conscientes, uma vez que o tubo endotraqueal, através do qual estão conectados ao ventilador, não permite que o ar que respiram entre em contacto com a laringe, não permitindo a emissão de sons.

Falar é o acto de verbalizar símbolos para comunicar pensamentos, sentimentos ou ideias. Quando por alguma razão perdemos esta capacidade que consideramos como adquirida, sentimo-nos indefesos e diminuídos para comunicar sem ela.

No nosso estudo nenhum dos participantes pertencia a nacionalidade estrangeira, todos falavam português. Hoje em dia é cada vez mais frequente o nosso contacto com doentes de outras nacionalidades e culturas, e no serviço onde decorreu o estudo aconteceu por várias vezes o internamento de doentes de outras nacionalidades.

O contacto com doentes de outras nacionalidades e culturas coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente nas unidades de cuidados

intensivos, onde os doentes ventilados para além de estarem impossibilitados de comunicar verbalmente, se podem deparar com a dificuldade linguística, o que aumenta sem dúvida os problemas comunicacionais entre doentes e profissionais de saúde, e insatisfação por parte dos doentes. Nestas situações o doente além de não conseguir falar, pode não compreender o que os profissionais de saúde dizem.

Neste contexto Ramos (2008:101) refere-nos:

*“Uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional, no âmbito da saúde, está relacionada, com efeito, com problemas de comunicação, nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde e algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimentos e de respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, cultural e comunitário.”*

Hafsteindóttir (1996) refere-nos, nos resultados do seu estudo a doentes internados em UCI, ventilados, que todos os participantes do estudo referiram a impossibilidade de comunicarem no início, revelando que quando acordaram e não conseguiam falar, as suas reacções foram de choque e medo. Muitos descrevem o esforço enorme que tiveram que desenvolver para tentarem fazer-se compreender, sem sucesso.

Também a maioria dos participantes do nosso estudo verbalizou essa dificuldade, em asserções como:

*“Eu não falava, não conseguia dizer o que queria (...) queria dizer qualquer coisa e não conseguia.” (E2)*

*“Não conseguia falar, a voz não saía... (...) nem conseguia pedir o que queria.” (E5)*

*“ (...) Não conseguia falar, porque tinha o tubo na garganta”. (E13)*

*“ [O tubo endotraqueal] ...Não me deixava falar...quando acordei...não podia falar!” (E10)*

*“ (...) Pois não podia falar. Eu queria comunicar, queria participar, mas não saía nada, (...) não conseguia...” (E12)*

Com uma frequência de 10 aparece a subcategoria **Incapacidade ou limitações físicas** relacionada com o agravamento das dificuldades e impedimento de comunicação dos doentes, devido ao seu estado clínico deficitário. Muitos doentes referiram limitações físicas decorrentes do seu estado clínico que dificultaram ainda mais os problemas de comunicação:

*“Tinha dificuldade em levantar a mão para pedir as coisas.” (E3)*

*“ [Para escrever] Eu não tinha força... (...) às vezes sentia-me cansado até perceberem o que é que eu queria...” (E13)*

*“ (...) Mas eu não conseguia escrever e não tinha os meus óculos... (...) não via bem, mesmo com os óculos.” (E8)*

*“ (...) Tentei escrever mas não consegui, só fazia riscos...” (E5)*

Quando um doente é internado numa UCI sente-se normalmente ansioso e preocupado, porque sabe que o seu estado de saúde é grave. A patologia física de que padece, vai indubitavelmente associar a estes sentimentos, limitações reais, físicas que lhe dificultam o seu esforço para comunicar e agravam ainda mais o seu estado de ansiedade. À patologia física acrescem alterações a nível psicológico e social.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que permanecem 24 horas junto dos doentes, devem estar despertos para identificar qualquer manifestação, qualquer sinal do doente que exija uma ajuda oportuna, neste caso, desenvolvendo intervenções que ajudem a minimizar ou eliminar as limitações físicas que impedem o doente de transmitir o que necessita. Coisas simples como pedir à família para trazer os óculos, disponibilizar tempo para

ajudar o doente a escrever ou substituir o placar para escrever, pelo quadro magnético com o alfabeto (exige menos esforço), serão certamente uma ajuda preciosa.

Esta ajuda deve ser prolongada à família, preparando-a para comunicar mais eficazmente com o doente.

Ashworth (1988) refere nos resultados do seu estudo, que muitos doentes são confrontados com barreiras à comunicação, por exemplo, incapacidade para ver ou para ouvir claramente, e lentificação do processo de raciocínio.

Outro estudo realizado por Hafsteindóttir (1996), refere-nos que a maioria dos participantes, descreveram sentir-se cansados ou exaustos durante o período em que estiveram ventilados.

A subcategoria ***Não conseguir satisfazer necessidades*** aparece-nos com uma frequência de 6, estando relacionada com as dificuldades que os doentes sentiram em satisfazer algumas das suas necessidades básicas, como por exemplo a sede, o frio, o calor, a dor, como podemos observar, nas suas verbalizações:

*“Tinha sede e não me percebiam...” (E8)*

*“ (...) E o calor...para mim uma das coisas piores foi o calor...” (E10)*

*“Porque o mal de tudo também é o não dormir, (...) [só quando lhe tiraram o tubo] pedi um comprimido para dormir, para poder descansar... (...) há não sei quantas noites que eu não dormia.” (E11)*

*“Não conseguia dizer que tinha dores” (E9)*

Como podemos verificar é essencial por parte dos profissionais de saúde uma observação contínua destes doentes, sobretudo em relação aos que se encontram mais dependentes, com dificuldades de mobilização, que os impede de comunicar aos profissionais de saúde algo que os esteja a incomodar ou algo que necessitam. É necessário também *“olhar com olhos de ver”* e tentar perceber o que é que incomoda os doentes. Temos o exemplo de um

participante (E11) que só ao fim de alguns dias, quando lhe foi retirado o tubo endotraqueal e recuperou a fala, conseguiu pedir um comprimido para dormir, tendo estado várias noites sem dormir.

Hafsteindóttir (1996), refere-nos que a comunicação dos profissionais de saúde com os doentes em UCIs é limitada e não focada nas necessidades dos doentes. Há uma tendência dos profissionais de saúde para utilizarem comportamentos bloqueantes e desencorajadores durante a comunicação com os doentes, como por exemplo o “*virar as costas*” quando não percebem o que o doente lhes tenta transmitir.

Ashworth (1988) recomenda, nas conclusões do seu estudo que os enfermeiros necessitam de aumentar os seus conhecimentos para melhorar a sua comunicação com os doentes. Segundo o autor, devem desenvolver conhecimentos na área da psicologia em geral, social e sobre os aspectos psicológicos da comunicação interpessoal, relativamente ao processo de comunicação, efeitos das unidades de cuidados intensivos sobre os doentes e equipa de saúde, e sobre as possíveis causas e efeitos.

#### **Quadro 9 – Categorias “*Barreiras humanas à comunicação*”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Barreiras humanas à comunicação</b>	Desconhecimento do motivo porque não falava	<b>5</b>
	Não ser compreendido pelos profissionais	<b>9</b>
	Não ser compreendido pela família	<b>3</b>
		<b>17</b>

Como já referimos um tipo de barreiras que podem existir no processo de comunicação, são as barreiras humanas à comunicação que identificámos como as interferências que decorrem das limitações, emoções e valores de cada pessoa que poderão limitar ou distorcer a comunicação com o outro.

Nesta categoria surgiram três subcategorias com uma frequência total de 17.

Grande parte dos participantes verbalizou o facto de ***Não ser compreendido pelos profissionais***, com uma frequência de 9. Observemos algumas verbalizações expressas pelos participantes:

*“Mas às vezes tinha receios e dúvidas e isso já era mais complicado, eram coisas que não se podiam dizer só por gestos...não podia desabafar, perguntar como é que ia ser...” (E14)*

*“ (...) Nem percebem o que queremos dizer.” (E4)*

*“ (...) Não me conseguiam entender” (E5)*

*“Não conseguiam entender-me....., não me percebiam...Não podia dizer o que sentia...” (E8)*

*“Eu dizia uma coisa e as pessoas percebiam outra, (...) não conseguia dizer tudo o que queria.” (E12)*

Como podemos observar mais de metade dos participantes referiu que efectivamente sentiu dificuldades em fazer passar a sua mensagem aos profissionais e sentiu esta dificuldade como um impedimento à comunicação. Alguns referiram como já vimos, que não conseguiam transmitir aos profissionais de saúde as suas dúvidas e receios (E14; E8). Como referiram existem mensagens que não se conseguem facilmente transmitir por gestos, nomeadamente as relacionadas com emoções e sentimentos, o que os impedia de “desabafar”.

Hafsteindóttir (1996), salienta que a comunicação com os doentes em UCI é limitada e as conversas tendem a ser curtas e não focadas nos problemas emocionais dos doentes. Segundo este autor essa é uma das razões pela qual, e de um modo geral, os doentes em UCI, descrevem como negativas as experiências de comunicação enquanto estão ventilados.

Mais uma vez nos reportamos à nossa prática profissional, onde no dia a dia observamos que os profissionais de saúde abordam o doente sobretudo com perguntas simples e directas às quais ele poderá responder facilmente por

mímica ou linguagem gestual, não sendo habitual o desenvolvimento de conversas direccionadas aos eventuais problemas psicológicos dos doentes. Esta situação parece ser sem dúvida causadora de ansiedade e comportamentos de desistência, por parte dos doentes. Coutinho *et al* (2003:21) referem-nos que:

*“A qualidade de vida sentida durante a estadia em UCI é influenciada, se não determinada por factores físicos, psicológicos, interpessoais e ambientais. (...) Os factores interpessoais como o relacionamento com enfermeiros, médicos e familiares têm sido menos compreendidos. (...) A dificuldade de comunicação pode ser, por si só, geradora de angústia e ansiedade.”*

Para Coutinho *et al* (2003) é inquestionável que estes factos são reais e que se devem conhecer para que a estadia em UCI não seja ela própria geradora de fenómenos agravantes no prognóstico de uma doença grave. No entanto, como referem os autores não é fácil medir estes factores e ainda não foi atingido um consenso quanto à forma de os avaliar.

A subcategoria ***Não ser compreendido pela família*** foi verbalizada apenas três vezes, podendo estar relacionado com o facto de que os familiares permanecem junto do doente menos tempo do que os profissionais de saúde e também com o facto de que muitas vezes os familiares solicitam a ajuda dos enfermeiros ou dos médicos para os ajudarem a perceber o que o seu familiar lhes quer dizer. Dois participantes referiram:

*“ [A família] (...) Não me conseguiam perceber.” (E10)*

*“A minha família também não me entendia, [família não percebia a letra] não percebiam, porque estava tudo tremido” (E13)*

Como podemos observar, os participantes viram-se confrontados não só com barreiras físicas mas também com barreiras humanas no seu processo de comunicação com os profissionais de saúde, na sua maioria, mas também com a família.

Podemos constatar que a maioria dos participantes se esforçam para serem compreendidos nem sempre o conseguindo e alguns fazem alusão ao facto de não poderem transmitir dúvidas, sentimentos, uma vez que as alternativas que usam para comunicar acabam por limitar o conteúdo da mensagem que queriam transmitir.

Hafsteindóttir (1996) refere-nos que a ansiedade e o nervosismo são característicos nestes doentes pelo esforço que fazem para serem compreendidos e pelo desespero quando não conseguem fazer-se entender.

No estudo realizado por este autor, os participantes para além de recordarem claramente as experiências de comunicação enquanto estiveram ventilados, recordando-as, como já referimos, como negativas, referem também a presença da família como um suporte de extrema importância durante este período.

Os familiares são quem melhor conhece a personalidade dos doentes e quem melhor consegue prever quais serão as suas reacções emocionais, perante a situação que estão a viver; a presença da família pode ser uma ajuda para os doentes. (Thomson, 1973; Robinson, 1974; Ashworth, 1987).

A subcategoria ***Desconhecimento do motivo porque não falava*** aparece-nos com uma frequência de 5, significando que cinco dos participantes não foram ou não puderam ser informados, pelos profissionais de saúde, de que iriam ser entubados, conectados a um ventilador e que ficariam impossibilitados de comunicar verbalmente, durante esse período.

Os participantes verbalizaram este aspecto em expressões como:

*“ (...) Apercebi-me que havia qualquer coisa na garganta, mas não sabia o que era (...)” (E3)*

*“Quando acordei só queria saber porque é que não falava” (E12)*

*“ (...) Ninguém me tinha dito que ia acordar com aquele tubo na boca” (E10)*

Os dados recolhidos não nos permitem identificar em que situação os participantes foram entubados e se estavam conscientes ou não. Muitos dos doentes são internados na UCI logo após a cirurgia e nem sempre esta situação era previsível. No entanto a nossa experiência como profissional de saúde neste serviço permite-nos afirmar que a maior parte dos doentes que chegam ao serviço não foram previamente informados do procedimento nem das limitações a que ficariam sujeitos.

Stovsky, *et al* referido por Hafsteindóttir (1996) compararam dois métodos de comunicação usada antes de uma cirurgia cardíaca, em doentes que seriam ventilados, concluindo que o grupo que foi informado do que iria acontecer e a quem foi ensinado como poderiam comunicar através de um quadro, revelaram uma maior satisfação relativamente à comunicação no período ventilatório. Curiosamente ao comparar a satisfação dos doentes com a dos enfermeiros, esta nos enfermeiros, não foi maior do que a do grupo de controlo. Perante os resultados deste estudo os enfermeiros desse serviço, passaram a informar os doentes que seriam ventilados depois da cirurgia e que não poderiam falar, e combinavam com cada um métodos alternativos à comunicação verbal, que seriam usados durante o período ventilatório, o que prova a convicção que partilhamos de que o conhecimento das dificuldades dos doentes pode contribuir para modificar e melhorar as nossas práticas.

Parece-nos que nem todos os profissionais de saúde valorizam suficientemente este aspecto, talvez porque os doentes que são entubados para ser ventilados, são transferidos para a UCI, pelo que os profissionais dos serviços de origem, talvez não estejam despertos para este aspecto, uma vez que não trabalham com estes doentes e não se apercebem das suas dificuldades.

Sempre que possível, os doentes que poderão ser sujeitos a ventilação mecânica devem ser informados do procedimento e das alternativas para comunicar. De referir que quando os doentes são entubados na UCI, por norma são informados do procedimento e da impossibilidade de falarem após a colocação do tubo endotraqueal.

**Quadro 10 – Categoria “*Alternativas à comunicação verbal*”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Alternativas à comunicação verbal</b>	Linguagem Escrita	<b>9</b>
	Linguagem gestual	<b>9</b>
	Mímica labial	<b>6</b>
	Quadro magnético com alfabeto	<b>2</b>
		<b>26</b>

Na categoria ***Alternativas à comunicação verbal*** surgiram quatro subcategorias com uma frequência total de 26 unidades de registo.

A análise das categorias anteriores evidenciou que a maioria dos participantes verbalizaram dificuldades em comunicar, uma vez que se encontravam impossibilitados de falar durante o período em que estiveram ventilados. Nesta categoria analisaremos as alternativas que os participantes utilizaram para ultrapassar esta dificuldade.

Como podemos observar no quadro 9, foram encontradas com maior frequência a utilização da ***Linguagem escrita*** e da ***Linguagem gestual***, ambas com 9 unidades de registo.

A utilização da ***Linguagem escrita*** foi uma das alternativas mais utilizadas pelos participantes, para poderem comunicar com os profissionais de saúde e com os familiares como podemos constatar, com alguns exemplos das suas verbalizações:

*“Escrevi primeiro na mão da minha filha (...) na roupa da cama (...) quadro.” (E3)*

*“Escrever, [no quadro] o escrever facilitou-me” (E4)*

*“(…) Conseguia que me percebessem e escrevia... (...) eu lembro-me que no início pedi um papel para escrever e deram-me o placar, (...)” (E10)*

*“Com a minha família escrevia, (...) para o meu marido, ou a perguntar pelos netos, como é que estavam, (...) O escrever facilitou quando ia lá a minha família (...) eu escrevia tudo e queria saber tudo e mais alguma coisa, (...) com os meus filhos, eles vinham e escrevia”. (E10)*

*“ (...) Quando não percebiam escrevia num papel.” (E13)*

*“ (...) Se não percebiam tentava escrever. (...) Com o meu marido e com o meu filho, tentava escrever.” (E14)*

O facto de alguns participantes referirem que *“tentaram escrever”* poderá estar relacionado com a dificuldade que experimentavam quando escreviam, uma vez que a posição em que o fazem habitualmente, não facilita a escrita (sentados na cama ou deitados). Por outro lado como já foi referido anteriormente alguns sentiam limitações físicas, como a falta de força para escrever, a dificuldade na visão e a capacidade de raciocínio diminuída.

O facto de trabalhar com estes doentes permite-me constatar que, na verdade, a maioria tem dificuldade em escrever pelas razões já referidas e o que escrevem, nem sempre é legível, necessitando muitas vezes de auxílio nesta tarefa. O papel dos profissionais de saúde não deve cingir-se unicamente em auxiliar o doente a escrever, mas também estimulá-lo através de reforços positivos pelo seu esforço em comunicar.

A utilização da **Linguagem gestual** foi outra das estratégias referida mais vezes pelos participantes, com uma frequência de 9.

Esta subcategoria evidencia a importância da comunicação não verbal que no caso destes doentes pode assumir o papel principal na comunicação. A eficácia desta estratégia depende da habilidade do doente para exprimir a mensagem através de gestos, mas também da capacidade do profissional de saúde para interpretar o conteúdo da mesma.

Habitualmente esta estratégia é a primeira que o doente utiliza e necessita que o receptor da mensagem disponibilize tempo e demonstre interesse para a sua

compreensão. Quando a sua utilização não é eficaz, o profissional de saúde orientará o doente, na procura de outras estratégias para comunicar. Muitas vezes a linguagem escrita poderá ajudar à interpretação da mensagem. Como podemos observar através das verbalizações dos participantes, esta estratégia pode ser usada com sucesso, sobretudo para os doentes sem limitações motoras:

*“ (...) Eu percebo [linguagem gestual] ...e torna-se mais fácil, quando não se consegue falar” (E3)*

*“Quando queria alguma coisa punha a mão no ar (...) tinha a boca seca, (...) levantava a mão para chamar e depois apontava para a boca” (E10)*

*“Eu falava por gestos, sempre as mãos, acho que fazia passar a minha mensagem, (...) fazia-me entender...mesmo com a Dra. (...)” (E11)*

*“ (...) Quando precisava de alguma coisa tinha que apontar para o que queria.” (E13)*

Para a subcategoria, **Mímica labial** foram encontradas 6 unidades de registo. A mímica labial pode identificar-se como um tipo de linguagem gestual, sendo muitas vezes usada pelos doentes que apresentam um nível mais elevado de limitações motoras, que os impede de transmitir a sua mensagem através de outro tipo de gestos. O profissional de saúde deve orientar o doente para *falar pausadamente* e durante a conversação deve dar *feedback* ao doente, repetindo o conteúdo da mensagem que percebeu, de forma a poder validá-la. É usada muitas vezes em simultâneo com a linguagem gestual nos doentes que mantêm alguma actividade motora.

A forma como os participantes utilizaram a mímica labial é perceptível nas suas verbalizações:

*“ (...) Tentava falar por mímica, mas nem sempre me percebiam...” (E4)*

*“Tentava falar mais pausadamente e entendiam-me...” (E5)*

*“ (...) Percebiam-me nos lábios, (...) falava devagarinho como me diziam” (E8)*

*“ (...) O meu filho até já me entendia pelos lábios...” (E11)*

*“Com o tempo fui conseguindo dizer o que queria ou precisava.... pelos lábios (...) ou soletrava...” (E14)*

Nem todos os doentes utilizam esta técnica, porque quando o tubo traqueal é introduzido por via orotraqueal, pode provocar dor ao nível dos lábios e garganta, e o movimento dos lábios torna-se incómodo.

A subcategoria **Quadro magnético com alfabeto** aparece referida só por dois participantes.

O quadro magnético com alfabeto tal como o nome indica permite ao doente escolher as letras que necessita para formular a sua mensagem, quase sempre com a ajuda dos profissionais de saúde ou da família, uma vez que nem sempre o doente consegue apontar a letra que escolheu, devido a incapacidades motoras. Quando a mensagem é muito extensa torna-se muito cansativo para o doente, pois muitas vezes a sua acuidade visual também está diminuída e não é fácil seleccionar num conjunto de letras, qual é a que queremos escolher. A ajuda dos profissionais de saúde é essencial para adivinhar através da escolha das primeiras letras qual é a palavra que o doente quer transmitir, evitando um maior esforço por parte deste.

A forma como foi utilizada transparece nas verbalizações dos dois participantes:

*“ (...) [A filha] Ela ia-me perguntando quais eram as letras e outras vezes eu apontava para as letras (...) ela [A filha] percebia qual era a palavra. (...) Eu escrevia” (E13)*

*“ (...) Construir palavras com as letras num quadro” (E14)*

Hafsteindóttir (1996) no seu estudo qualitativo de orientação fenomenológica, com o objectivo de descrever as experiências de comunicação dos doentes durante o período ventilatório, salienta que as dificuldades em usar métodos alternativos à comunicação verbal, como escrever ou formar palavras juntando letras, foi referida pelos participantes. Alguns referiram a fraqueza muscular, as dificuldades visuais e o cansaço como impedimentos à utilização destas alternativas à comunicação verbal. Outros referiram a frustração de tentar escrever e não conseguir, devido à fadiga que sentiam, às alterações visuais e aos tremores, o que lhes provocava ainda mais cansaço. Alguns referiram que acabavam por desistir.

No segundo tema, ***Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica***, identificámos três categorias, com um total de 88 unidades de registo:

- Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas (11 unidades de registo)
- Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente (31 unidades de registo)
- Sentimentos expressos relacionados com o internamento (46 unidades de registo)

O quadro 11 representa as categorias, as subcategorias e respectiva frequência.

**Quadro 11 – Categorias inerentes ao tema “Sentimentos expressos pelos doentes submetidos a ventilação mecânica”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas</b>	Satisfação / Distracção	<b>3</b>
	Apoio na orientação	<b>3</b>
	Preocupação com os familiares	<b>2</b>
	Falta de notícias dos familiares	<b>3</b>
		<b>11</b>
<b>Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente</b>	Ansiedade	<b>4</b>
	Revolta	<b>2</b>
	Aflição / Medo	<b>5</b>
	Tristeza	<b>2</b>
	Solidão	<b>2</b>
	Impotência / Desânimo	<b>13</b>
	Aceitação da impossibilidade de comunicar verbalmente	<b>3</b>
	<b>31</b>	
<b>Sentimentos expressos relacionados com o internamento</b>	Aceitação do diagnóstico e tratamento	<b>5</b>
	Falta de informação sobre a situação clínica / Incerteza quanto ao futuro	<b>5</b>
	Desorientação / Confusão	<b>15</b>
	Dor / Sofrimento	<b>6</b>
	Segurança pela presença dos profissionais de saúde na sala	<b>10</b>
	Satisfação por recuperar a possibilidade de comunicar verbalmente	<b>3</b>
	Satisfação e alívio no momento da transferência	<b>2</b>
		<b>46</b>
	<b>Total</b>	<b>88</b>

Neste tema os participantes verbalizaram sentimentos positivos e sentimentos negativos. Os sentimentos positivos estão sobretudo relacionados com a presença da família e dos profissionais de saúde. Os sentimentos negativos foram atribuídos na sua maioria às dificuldades de comunicação, e aos efeitos negativos do internamento em cuidados intensivos.

**Quadro 12 – Categoria “*Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas*”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Sentimentos expressos relacionados com a presença da família ou visitas</b>	Satisfação / Distracção	<b>3</b>
	Apoio na orientação	<b>3</b>
	Preocupação com os familiares	<b>2</b>
	Falta de notícias dos familiares	<b>3</b>
		<b>11</b>

Esta categoria comporta quatro subcategorias, com uma frequência total de onze unidades de registo.

A família é um núcleo essencial onde o indivíduo cresce e se socializa, não podendo deste modo ser considerado isoladamente quando o abordamos no contexto da prestação de cuidados de saúde, uma vez que ele faz parte integrante da estrutura e da dinâmica familiar. Neste contexto, quando o indivíduo adocece, o profissional de saúde deve envolver a família nos cuidados uma vez que, esta também sofre os efeitos perturbadores dessa situação adversa.

O internamento de um doente numa Unidade de Cuidados Intensivos, afecta a dinâmica da família, o que leva esta a desenvolver capacidades para ultrapassar e minimizar as adversidades decorrentes dessa situação.

Assim, quando o familiar de um doente vai visitá-lo é o enfermeiro responsável pelo doente que acompanha o familiar e explica o funcionamento da unidade, assim como é ele que dá as informações acerca do estado do doente.

Na primeira visita, tenta-se, sempre que possível, negociar com a família / doente, a identificação de um elemento de “referência”, para que a informação se centre nessa pessoa, e seja ela a transmiti-la aos restantes membros da família. É também fornecido um guia informativo onde constam alguns aspectos relacionados com a dinâmica da unidade e o enfermeiro completa com alguma informação que considera pertinente naquela situação.

O enfermeiro informa os familiares de acordo com a sua experiência profissional, assim como com a sua sensibilidade baseada em vivências e experiências, de forma a aliviar e / ou diminuir a ansiedade e a preocupação dos familiares.

Embora o familiar por vezes não solicite o enfermeiro, para determinadas questões como por exemplo se o doente está consciente ou sedado, se tem estado queixoso ou não, se está a ser submetido a alguma técnica especial, se foi ou vai realizar algum exame, se já não está ventilado ou se teve necessidade de o ser, este deve informá-lo sobre como vai encontrar o doente e qual a evolução do seu estado. Por outras palavras, o enfermeiro “*deve preparar*” o familiar antes de este entrar, para de certo modo o proteger de aspectos para os quais não estaria preparado e que iriam aumentar a sua ansiedade e preocupação.

Para a maioria dos doentes o desejo de estar com os seus familiares é reconfortante, e é com alguma ansiedade que esperam pela hora da visita, sendo muitas vezes este momento aproveitado para conferenciar e decidir questões relativas à sua situação de doença.

Na subcategoria **Satisfação / Distracção** três participantes evidenciaram sentimentos positivos, relacionados com a presença da família ou visitas, como se pode observar:

*“ [A família] Quando eles estavam distraía-me...” (E10)*

*“Eu quando via alguém conhecido ficava muito contente, (...) quando me iam visitar.” (E12)*

*“ (...) Estava muito bem disposta e disse-lhes a eles [Família] que me queria sentar. (...)” (E15)*

Na subcategoria **Apoio na orientação** foram encontradas três unidades de registo. Um dos participantes valorizou o facto de ser o seu familiar a explicar-lhe o que é que tinha acontecido:

*“ (...) cheguei a ponto de perguntar ao meu filho “Que hospital é este?”, (...)então comecei a retroceder, a retroceder...começou realmente a vir as coisas à memória.” (E11)*

Nestas duas subcategorias os participantes evidenciaram a importância da presença da família. Hafsteindóttir (1996) revela-nos nos resultados do seu estudo que a presença da família também foi importante para todos os participantes e que muitas vezes a família funcionou como interlocutor entre o doente e os enfermeiros, facilitando a comunicação.

A subcategoria **Preocupação com os familiares** foi verbalizada por dois participantes, através das expressões:

*“ (...) Lembro-me uma noite que acordei sobressaltada, tive um pesadelo, sonhei que o meu filho tinha tido um acidente... estava convencida que tinha acontecido alguma coisa ao meu filho...” (E14)*

*“A minha mãe chorava, as minhas irmãs choravam, tanta cigana que veio a caminho do hospital, à espera que eu morresse...” (E15)*

A última subcategoria, **Falta de notícias dos familiares** emergiu de três unidades de registo, a saber:

*“ (...) Não sabia o que é que tinha acontecido à minha mulher, queria saber as coisas e não conseguia...não sabia nada, pronto.” (E9)*

*“ [Durante a visita] Havia coisas que eu queria saber lá de casa (...) dos netos como é que eles estavam, como é que não estavam...” (E10)*

“ (...) [A enfermeira telefonou ao meu marido] Não tinha acontecido nada ao meu filho e eu consegui descansar...” E14

É evidente a preocupação destes participantes com as alterações que possam ocorrer no seu seio familiar, ou com os sentimentos dos seus familiares decorrentes do facto de estarem internados.

O profissional de saúde deve reconhecer cada indivíduo doente inserido na sua família, na sua comunidade e em todo o seu ambiente envolvente, não o dissociando desta, respeitando sempre que possível a sua dinâmica familiar.

O enfermeiro que acolhe a família na UCI deve criar condições para que o familiar participe nos cuidados e nas decisões referentes ao doente; deve facilitar o acesso do familiar ao doente internado e contribuir para a sua permanência junto do mesmo; mostrar disponibilidade e solicitude para com o familiar, acompanhando-o durante a visita à UCI; estabelecer um clima de confiança com o familiar para que este expresse os seus sentimentos e emoções e possa ser apoiado emocionalmente. Dependendo das capacidades dos intervenientes, a família pode ajudar na comunicação com o doente ou pode necessitar de ajuda, mas é sem dúvida quem melhor conhece o doente, podendo fornecer informação relevante aos profissionais de saúde.

**Quadro 13 – Categoria “Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente</b>	Ansiedade	<b>4</b>
	Revolta	<b>2</b>
	Aflição / Medo	<b>5</b>
	Tristeza	<b>2</b>
	Solidão	<b>2</b>
	Impotência / Desânimo	<b>13</b>
	Aceitação da impossibilidade de comunicar verbalmente	<b>3</b>
		<b>31</b>

A categoria referente aos sentimentos expressos relacionados com a impossibilidade de comunicar verbalmente, engloba sete subcategorias, que emergiram de 31 unidades de registo.

A subcategoria **Ansiedade** com uma frequência de 4 é verbalizada pelos participantes através de expressões como:

*“ (...) Ansiosa, porque não era capaz de dizer nem de fazer aquilo que eu queria...” (E8)*

*“...Olhe ficava nervoso [Quando tentava falar e não conseguia] ” (E2)*

*“ [Ao tentar escrever] Estava tão nervosa e não tinha força” (E14)*

A ansiedade é um sentimento muitas vezes referido pelos doentes que estiveram ventilados em unidades de cuidados intensivos. A ansiedade é uma emoção desagradável habitualmente associada a uma situação ameaçadora (Porter e al, 2000; Melo, 2005). Cada pessoa difere na sua propensão para experimentar a ansiedade.

A subcategoria **Revolta** surgiu das respostas de dois participantes, com uma frequência de 2. Verbalizaram:

*“ (...) Eu queria falar e não estava a perceber o que é que se estava a passar. (...) foi muito complicado. Fiquei muito revoltada” (E12)*

*“ (...) Eu não estava à espera que isto [Não poder falar] me acontecesse” (E11)*

O sentimento revolta surgiu nos dois participantes resultante do desconhecimento e surpresa pelo facto de não conseguirem falar.

A subcategoria **Aflição / Medo** aparece com como uma das mais verbalizadas pelos participantes, nesta categoria com uma frequência de 5. São exemplo as asserções:

*“Senti-me.... (...) [Apercebeu-se que tinha algo na garganta] e fiquei assustado...” (E3)*

*“ [Não falava] mas não sabia porquê e fiquei muito aflito (...) não sabia o que é que se passava nem porque é que não conseguia falar.” (E9)*

*“ [Não consegui falar] (...) a aflição era tanta, porque eu sentia que ia morrer...” (E10)*

*“Um bocado de medo...” (E1)*

O medo e a aflição são sentimentos comuns nos doentes ventilados motivados sobretudo pela falta de informação e medo do desconhecido.

As subcategorias **Tristeza** e **Solidão** surgem cada uma com uma frequência de 2. Dois participantes verbalizaram sentir-se tristes por não conseguirem falar:

*“ (...) Triste [Por não conseguir falar] ” (E6)*

*“Muito mal, triste [Por não conseguir falar]” (E14)*

Outros dois participantes verbalizaram sentimentos de solidão, nas seguintes asserções:

*“ (...) Necessitava muito, eu precisava muito de ser compreendida (...) e ajudada. Foi isso que faltou.” (E12)*

*“ (...) Porque às vezes sentimo-nos muito sozinhos, (...) os dias e sobretudo as noites são muito longas...” (E13)*

A impossibilidade de comunicar promove o isolamento dos doentes e os profissionais de saúde nem sempre valorizam estes aspectos.

A subcategoria **Impotência / Desânimo** surge-nos com 13 unidades de registo, tendo sido a mais verbalizada pelos participantes, como por exemplo:

*“ [Não falar] “Psicologicamente... afectava-me muito...” (E2)*

*“Sentia-me mal pois... (...) sentia-me tão fraca, tinha tão pouca força (...) [Para comunicar] não podia fazer mais nada...” (E8)*

*“Não dava para sentir nada...nem dava para pensar, não dava para sentir nada... [Não conseguir falar] ” (E10)*

*“Eu senti muita dificuldade [em comunicar], muita, muita, muita. Lembro-me que me custou muito, (...) foi muito difícil...” (E12)*

*“ [Por não conseguir falar] Eu sentia-me anulado, um bocado indiferente...” (E13)*

Na subcategoria **Aceitação da impossibilidade de comunicar verbalmente**, foram identificadas três unidades de registo, a saber:

*“Mentalizava-me que tinha que ultrapassar essa dificuldade.... [De comunicar] ” (E4)*

*“ (...) Se eu tinha aquilo metido na garganta, como é que eu conseguia falar? Não podiam fazer nada!... lam falando e eu ficava calada...” (E10)*

*“ (...) [Com o facto de não conseguir falar] Tive que me conformar... (...) algumas coisas que eu pedia vocês não me podiam dar e eu...conformava-me, que remédio.” (E13)*

Os dados obtidos permitem identificar que os participantes vivenciaram sentimentos negativos, relacionados com as suas experiências de comunicação durante o período em que estiveram ventilados, o que está em acordo com pesquisa bibliográfica que efectuamos.

Os sentimentos mais vezes verbalizados foram os sentimentos de impotência e desânimo, seguidos dos sentimentos de aflição, medo e ansiedade.

Morrison (2001:45) refere-nos que:

*“As pessoas que são internadas, por doença, (...) abandonam a sua independência em maior ou menor grau e ficam sujeitas à autoridade*

*dos médicos e enfermeiros que gerem esses cuidados. (...) Retira-se a responsabilidade ao doente que perde ao mesmo tempo a liberdade de tomar decisões sobre a sua vida, o que pode ser muito frustrante.”*

Este facto, associado às dificuldades de comunicação a que os doentes ventilados são sujeitos, pode promover ainda sentimentos de tristeza e solidão, que também foram referidos, embora menos vezes, pelos participantes do nosso estudo. Os doentes ventilados são sujeitos a um certo isolamento, motivado pelo facto de não poderem comunicar eficazmente. Como nos diz Argyle, citado por Ashworth (1988), para a maioria das pessoas o isolamento social constitui uma experiência desagradável, excepto se for limitado a curtos períodos.

Os participantes referiram ainda a revolta, que pode estar associado a uma fase inicial de surpresa e desconhecimento pelo que está a acontecer. Como já referimos pela nossa experiência prática, muitas vezes observamos doentes que quando acordam estão ventilados e impedidos de comunicar oralmente, sem saber porquê.

Os participantes referiram ainda o sentimento de aceitação em relação à impossibilidade de comunicar.

A categoria referente aos **Sentimentos expressos relacionados com o internamento**, comporta sete subcategorias, decorrentes de 46 unidades de registo, como podemos visualizar no quadro seguinte:

**Quadro 14 – Categoria “Sentimentos expressos relacionados com o internamento”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Sentimentos expressos relacionados com o internamento</b>	Aceitação do diagnóstico e tratamento	<b>5</b>
	Falta de informação sobre a situação clínica / Incerteza quanto ao futuro	<b>5</b>
	Desorientação / Confusão	<b>15</b>
	Dor / Sofrimento	<b>6</b>
	Segurança pela presença dos profissionais de saúde na sala	<b>10</b>
	Satisfação por recuperar a possibilidade de comunicar verbalmente	<b>3</b>
	Satisfação e alívio no momento da transferência	<b>2</b>
		<b>46</b>

A subcategoria **aceitação do diagnóstico e tratamento** com uma frequência de 5 pode observar-se nas seguintes asserções:

“ (...) Nós temos que nos entregar nas vossas mãos... (...) e a Deus...”  
(E14)

“ (...) Agora estava nas mãos de Deus...só um milagre é que me podia salvar...” (E15)

Na subcategoria **Falta de informação sobre a situação clínica / Incerteza quanto ao futuro** identificaram-se 5 unidades de registo. São exemplo as seguintes afirmações:

“ (...) Primeiro que a família me dissesse...explicasse o que é que se tinha passado, levou muito tempo...foi o meu filho que me explicou mais ou menos...” (E11)

“ (...) Ninguém me tinha explicado, o que é que tinha acontecido” (E12)

*“ (...) Eu pensava muito se ia melhorar, se ia sair dali...a pessoa acaba por se conformar” (E14)*

*“Eu chorava quando fiquei melhor, tinha medo de piorar” (E15)*

A subcategoria **desorientação / confusão** foi a mais enumerada nesta categoria, com uma frequência de 15. É referenciada pela maioria dos participantes com afirmações como:

*“ (...) Sentia-me tonta (...) desorientada...” (E6)*

*“Sentia-me maluco, doido, queria levantar-me e ir-me embora...às vezes não sabia onde é que estava.” (E9)*

*“ (...) Eu gritava com as enfermeiras (...)” (E11)*

*“ (...) Quando acordei a primeira vez, não sabia onde é que estava... (...)” (E10)*

*“ (...) Quando acordei, pensei...mas eu estou de boca fechada, (...) o que é que se passou comigo...e não conseguia perceber, (...) Só me lembro de pensar, quando acordei, “Onde é que eu estou? (...) ? Que sítio é este?” (E11)*

A subcategoria **Dor / Sofrimento** surgiu a partir de 6 unidades de registo. Surge-nos em afirmações como:

*“ (...) As dores, (...) Os tubos faziam-me muita impressão, (...) foi uma grande aflição” (E9)*

*“ (...) O estar na cama (...) não se consegue estar com as pernas...” (E11)*

*“ (...) Doía-me muito as costas” (E15)*

*“Quando acordei estava muito quente e não conseguia falar, doía-me a garganta. (...) Tinha dores...” (E13)*

De um modo geral todos os doentes referiram ter passado por períodos de desorientação ou confusão, o que é concordante com a literatura. A sobrecarga sensorial própria do ambiente da UCI, os tratamentos e terapêuticas a que são submetidos associados à impossibilidade de comunicar provoca nos doentes o “Síndrome da UCI”. (Ashworth, 1987, 1988; Hafsteindóttir, 1996; Hudak *et al*, 1997).

Alguns doentes referiram também experiências negativas como a dor e o sofrimento. Outros verbalizaram ter tido pouca informação em relação ao diagnóstico e ao tratamento, referindo alguns, que acabavam por se conformar e aceitar o diagnóstico e o tratamento.

Esta subcategoria, ***Segurança pela presença dos profissionais de saúde na sala*** foi referida com grande frequência, num total de 10, pelos participantes. São exemplo as asserções:

*“Nunca me senti sozinha, acho que isso foi muito importante para mim.” (E10)*

*“ (...) Estava sempre alguém na sala.” (E5)*

*“ (...) Estavam sempre aqui [Junto do doente] e passavam aqui muito tempo...” (E9)*

*“Foram uns anjos da guarda para mim, (...) havia sempre gente aqui ao pé de mim. (...) eu acabava por ficar descansado sobretudo durante a noite” (E13)*

*“ (...) Os enfermeiros andavam sempre por ali (...) estar sempre gente presente também ajuda muito” (E14)*

A presença dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que se mantêm 24 horas junto dos doentes, tranquiliza -os e diminui a sua ansiedade. A presença dos enfermeiros gera sentimentos de segurança.

Pretende-se a presença plena do enfermeiro, ou seja, pretende-se que o enfermeiro esteja disponível e receptivo ao apelo do doente, isto porque a presença física por si só, não é suficiente.

Osterman e Schartz – Barcott (1997:324) como já vimos, definiram presença como estar presente “*física, psicossocial e espiritualmente*”. Efectivamente, a presença física não chega para que o enfermeiro perceba quais as necessidades dos doentes e neste sentido, só “estando presente” na maior abrangência do termo, o enfermeiro poderá apoiar e ajudar o doente.

A subcategoria **Satisfação por recuperar a possibilidade de comunicar verbalmente** comporta 3 unidades de registo e emergiu das seguintes afirmações:

*“Quando me tiraram o tubo foi muito mais fácil” (E13)*

*“Quando me tiraram o tubo eu quase que não percebi, (...) a Dra. disse-me: Agora não pode falar durante uma hora; e eu fiquei expectante... (...) ao fim desse tempo lá consegui falar, finalmente.” (E11)*

*“Nunca ultrapassei aquela dificuldade, [Não conseguir falar], não...só quando me tiraram o tubo.” (E12)*

A subcategoria **Satisfação e alívio no momento da transferência** foi verbalizada por dois participantes, nas seguintes afirmações:

*“ [Quando foi transferida e a enfermeira do outro serviço a foi buscar] (...) quando a vi lá para me ir buscar, a minha alegria foi imensa, (...) pensei -Estou com a minha gente, estou com as minhas amigas”. (E12)*

*“Ao fim deste tempo foi como se acordasse de um sonho mau” (E15)*

Perante estes resultados podemos concluir que os doentes verbalizam sobretudo sentimentos negativos, como a desorientação e confusão, o que como vimos na literatura está sobretudo relacionado com as características das unidades de cuidados intensivos. A dor e o sofrimento também foram referidos pelos doentes como experiências negativas durante este período. Quase todos referiram como positivo a presença dos profissionais de saúde na sala o que na sua opinião lhes transmite segurança, por saberem que não estão sozinhos, sobretudo durante a noite, como alguns verbalizaram.

O último tema, **Interação doente / profissional saúde**, contém incluídas 98 unidades de registo que foram associadas em três categorias:

- Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade (29 unidades de registo)
- Apoio dos profissionais de saúde na generalidade (51 unidades de registo)
- O que gostariam que tivessem feito (18 unidades de registo)

O quadro representa as categorias, as subcategorias e respectiva frequência.

**Quadro nº 15 – Categorias inerentes ao tema “*Interação doente / profissional saúde*”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade</b>	Profissionais de saúde na generalidade mostraram disponibilidade	<b>11</b>
	Profissionais de saúde na generalidade não mostraram disponibilidade	<b>5</b>
	Disponibilizavam tempo para perceber os doentes	<b>8</b>
	Não disponibilizavam tempo para perceber o doente	<b>5</b>
		<b>29</b>
<b>Apoio dos profissionais de saúde na generalidade</b>	Ajudaram e orientaram na comunicação	<b>11</b>
	Foram simpáticos e carinhosos	<b>4</b>
	Forneceram informação	<b>3</b>
	Reconhecimento pelo modo como foram tratados	<b>11</b>
	Sentiram apoio dos enfermeiros	<b>14</b>
	Sentiram apoio dos Médicos	<b>5</b>
	Não se sentiram apoiados	<b>3</b>
	<b>51</b>	
<b>O que gostariam que tivessem feito</b>	Disponibilizar alternativas à comunicação verbal	<b>4</b>
	Presença durante a visita dos familiares	<b>2</b>
	Maior empenho na linguagem gestual	<b>2</b>
	Ter mais paciência	<b>4</b>
	Não deixar o doente sozinho	<b>3</b>
	Não desistir dos doentes	<b>2</b>
	Mais informação	<b>1</b>
		<b>18</b>
	<b>Total</b>	<b>98</b>

A categoria **Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade**, deu origem a 4 subcategorias relacionadas com a opinião dos participantes sobre a atitude de disponibilidade dos profissionais de saúde durante o período em que estiveram ventilados.

**Quadro 16 – Categoria “Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Atitude dos profissionais de saúde em relação à disponibilidade</b>	Profissionais de saúde na generalidade mostraram disponibilidade	<b>11</b>
	Profissionais de saúde na generalidade não mostraram disponibilidade	<b>5</b>
	Disponibilizavam tempo para perceber os doentes	<b>8</b>
	Não disponibilizavam tempo para perceber o doente	<b>5</b>
		<b>29</b>

A subcategoria **Profissionais de saúde na generalidade mostraram disponibilidade** foi a opinião mais referida pelos participantes com uma frequência de 11, que é visível em afirmações como:

*“Sim, senti disponibilidade por parte de todos.” (E1)*

*“Sim, senti disponibilidade. (...) Todos somos diferentes, mas foram todos.” (E4)*

*“Sim, todos os que estavam lá dentro.” (E6)*

*“(...) As pessoas que eu apanhei aqui, foi tudo impecável. Vinham todos ao pé de mim.” (E9)*

*“(...) Às vezes até sem eu pedir, iam-me molhar a boca... (...) tinha sempre gente ao pé de mim...sempre” (E10)*

*“Davam-me sempre atenção (...) estava sempre aqui gente.” (E13)*

Na subcategoria **Profissionais de saúde na generalidade não mostraram disponibilidade** foram identificadas 5 unidades de registo, de que são exemplo as seguintes asserções:

*“Não, vinham pouco ao pé de mim, às vezes eu estava a tentar falar e viravam-me as costas (...) Alguns ajudaram-me como puderam, ajudaram-me bastante.” (E8)*

*“ (...) Nem todos me facilitavam o placar para escrever...” (E4)*

*“ (...) Da parte da direcção, ou a directora, estavam a ser, como direi?... um pouco reprimidos, [Enfermeiros não estavam muito disponíveis porque o chefe não permitia] por causa da Sra. que vos estava a chefiar...[A chefe] não foi simpática nem compreensiva, não senhor...” (E12)*

*“ (...) Podia ter realmente razão [a enfermeira] porque estava na hora de saída dela mas tinha que me acudir.” (E10)*

A análise destas duas subcategorias permite-nos inferir que a maioria dos participantes do estudo sentiram que os profissionais de saúde de um modo geral estavam disponíveis.

Foram também identificadas duas subcategorias que reflectem a opinião dos participantes de uma forma mais específica, em relação à disponibilidade dos profissionais de saúde para perceberem os doentes.

A subcategoria **Disponibilizavam tempo para perceber os doentes**, aparece-nos com 8 Unidades de registo, e foi identificada em expressões como:

*“ (...) Esforçavam-se por me perceber, (...) Tinham muita paciência “ (E9)*

*“ Sempre me deram tempo, (...) nunca ninguém me virou as costas.” (E11)*

*“ (...) E davam-me tempo...esperavam até eu conseguir escrever.” (E3)*

*“ (...) Não saíam daqui sem entenderem o que é que eu queria...” (E13)*

*“Davam tempo para eu tentar fazer-me perceber.” (E5)*

Na subcategoria ***Não disponibilizavam tempo para perceber o doente***, foram identificadas 5 unidades de registo, encontradas nas opiniões de três participantes, como podemos observar nas afirmações:

*“ (...) Só que alguns têm menos paciência que outros (...) Alguns não me davam tempo para eu tentar explicar.... (...) Nem todos esperavam pelo que eu queria dizer e não conseguia...” (E8)*

*“ [Enfermeira] Só houve...uma que não gostei tanto...não perdia tempo para me tentar perceber” (E10)*

*“ (...) Não tinha nada para escrever, nunca me deram...não tinham tempo (...) não tinha nada ali à mão para escrever” (E12)*

Os resultados encontrados nestas duas subcategorias alertam-nos para o facto de que os participantes consideraram importante a disponibilidade dos profissionais de saúde, mas também a disponibilidade em termos de tempo para tentarem percebê-los, tendo alguns referido que os profissionais de saúde não lhes davam tempo para tentarem comunicar.

A categoria, ***Apoio dos profissionais de saúde na generalidade*** deu origem a 7 subcategorias relacionadas com a opinião dos participantes sobre o apoio que receberam da parte dos profissionais de saúde durante o período em que estiveram ventilados:

**Quadro 17 – Categoria “Apoio dos profissionais de saúde na generalidade”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>Apoio dos profissionais de saúde na generalidade</b>	Ajudaram e orientaram na comunicação	<b>11</b>
	Foram simpáticos e carinhosos	<b>4</b>
	Forneceram informação	<b>3</b>
	Reconhecimento pelo modo como foram tratados	<b>11</b>
	Sentiram apoio dos enfermeiros	<b>14</b>
	Sentiram apoio dos Médicos	<b>5</b>
	Não se sentiram apoiados	<b>3</b>
		<b>51</b>

Nos resultados obtidos para esta categoria podemos dizer que os participantes valorizaram sobretudo a ajuda e orientação dos profissionais de saúde em geral e o apoio dos enfermeiros, com 11 e 14 de frequência, respectivamente. Evidenciaram ainda reconhecimento pelo modo como foram tratados, aparecendo esta subcategoria com 11 unidades de registo.

A subcategoria ***Ajudaram e orientaram na comunicação***, com 11 unidades de registo, surgiu em afirmações como:

*“ (...) Davam-me o quadro para escrever quando não me conseguiam perceber...” (E7)*

*“ (...) Diziam-me para eu acenar com a cabeça.” (E8)*

*“Todos me diziam para eu dizer as coisas devagarinho para perceberem” (E8)*

*“Perguntavam-me várias vezes e esperavam para eu dizer novamente.” (E6)*

Como referimos anteriormente é essencial ajudar estes doentes a serem compreendidos, e a encontrar alternativas para comunicarem.

Ashworth (1987) considera que os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos devem orientar e ajudar os doentes ventilados, que não podem falar, a encontrar alternativas para comunicar, fazendo algumas sugestões: o uso da escrita através de um marcador ou através de um “quadro mágico”, palavras indicadoras, alfabetos ou imagens onde o doente pode indicar o que quer dizer. O enfermeiro pode também ensinar o doente a soletrar, de forma a conseguir ler nos seus lábios o que quer dizer, ou combinar códigos de comunicação através de pequenos gestos corporais, como por exemplo: “pisar os olhos uma vez”, significará *sim*, “pisar os olhos duas vezes”, significará *não*, ....

A subcategoria **Foram simpáticos e carinhosos** com uma frequência de 4 obteve-se a partir de afirmações como:

*“ (...) Todos me davam carinho” (E15)*

*“Davam-me mimos” (E1)*

*“ (...) A atenção que sempre tiveram comigo” (E5)*

*“Mas eram todos meiguinhos comigo.” (E8)*

Os participantes valorizaram a simpatia dos profissionais de saúde e o carinho e atenção que demonstraram para com eles.

A subcategoria **Forneceram informação**, foi referenciada por três participantes, com 3 unidades de registo, com afirmações como:

*“Depois alguém me explicou que não podia falar porque tinha aquele tubo na boca.” (E9)*

*“ [Disseram-me] (...) Eu tinha passado muito mal. (...) Elas [As irmãs] foram falar com o Dr. X e com os enfermeiros e perguntavam – O que é*

*que se passa com a minha irmã? - E eles explicavam o que é que me tinham feito na operação.” (E15)*

*“ (...) O enfermeiro disse-me: “Não tente falar que não consegue”...mas foi já aqui. (...) Puseram o tubo porque eu tive uma paragem respiratória, (...) foi o que me explicaram” (E10)*

Como já referimos várias vezes ao longo deste trabalho o fornecimento de informação aumenta a satisfação dos doentes. Neste contexto particular, em que os doentes não conseguem falar, o fornecimento de informação é essencial para os ajudar a ultrapassar as dificuldades e para a aceitação dos tratamentos.

Na subcategoria **Reconhecimento pelo modo como foram tratados**, surgiram onze unidades de registo, verbalizadas por onze participantes, com afirmações do género:

*“Pelo tratamento que me fizeram, estou muito grata... (...) e agradeço a esta gente tudo o que fez por mim, (...) Foram todos impecáveis. Não tenho razão de queixa, (...) fui muito bem tratada (...) nunca me faltou nada, (...) nunca senti falta de nada.” (E11)*

*“ (...) Fui muito bem tratado (...) Ficavam o melhor possível, sempre do meu lado, a perguntar se queria alguma coisa (...) foi feito o melhor possível. (...) Para continuarem assim [Sugestão] ...” (E5)*

*“Não tenho razão de queixa, não podiam ter feito melhor...Podem ajudar os outros o melhor possível, como me ajudaram a mim. De resto fizeram tudo para me ajudar...uma categoria.” (E9)*

*“Nada, eu acho que mais nada, não havia a fazer mais nada, fizeram tudo. Acho que não podiam fazer mais do que o que fizeram, (...) como eu estava, não podiam...” (E10)*

*“Fazerem o que fizeram comigo, (...) acho que fizeram tudo o que podiam... Foram todos muito prestáveis, todos...” (E13)*

*“Além de eu estar tão mal, tão mal, tão mal, mas estive além, socorrida por todos... Foram um amor.” (E15)*

A subcategoria **Sentiram apoio dos enfermeiros**, com uma frequência de 14, foi verbalizada por onze participantes, em afirmações como:

*“ (...) Vocês [Enfermeiros] ajudaram-me sempre” (E2)*

*“Havia uma pessoa que me explicava tudo e se disponibilizava mais para me perceber. Uma enfermeira. Essa enfermeira era uma pessoa muito meiga, e tinha a atenção de me explicar tudo...eu ficava mais tranquila, mais calma e conseguia fazer-me perceber melhor.” (E4)*

*“ (...) Os enfermeiros apareciam logo e eu dizia o que queria. (...) os enfermeiros, as enfermeiras estavam sempre ali, (...) as enfermeiras (...) não saiam do pé de mim, (...) tinha uma enfermeira, a enfermeira Y, impecável (...) iam ao pé de mim...”Sente-se bem? Quer virar-se para o outro lado? Ou para o outro?” (E10)*

*“Só os enfermeiros é que estavam sempre lá...” (E12)*

*“ (...) A enfermeira lá percebeu pelo pouco que eu escrevi...ela percebeu a minha aflição e foi telefonar. (...) Veio outra vez falar comigo para me dizer que o meu filho tinha telefonado, que me mandava um beijinho e que estava tudo bem e que mais tarde viria visitar-me.” (E14)*

A subcategoria **Sentiram apoio dos médicos** surgiu com cinco unidades de registo, tendo sido verbalizada por cinco participantes do estudo, em afirmações como:

*“E lembro-me do Dr. X que era, que foi uma pessoa impecável (...) o Dr. Z ia lá abaixo ver como é que eu estava” (E10)*

“ [Uma médica] (...) muito comunicativa, parece que me nascia uma alma nova.” (E11)

Por fim, dentro desta categoria surge a subcategoria **Não se sentiram apoiados**, com três unidades de registo, tendo sido verbalizada por dois participantes do estudo, em afirmações como:

“Médico de lá? Nunca nenhum se chegou ao pé de mim, (...) médico, nenhum...andavam lá, andavam, mas chegarem-se ao pé de mim, fazerem-me alguma pergunta, tentarem perceber-me, não.” (E12)

“ (...) Lembro-me bem que alguém gritou comigo, só tenho razão de queixa de uma médica, daquela que gritou comigo...disse-me para eu estar quieto, mas estava-me a doer.” (E9)

A última categoria, **O que gostariam que tivessem feito** deu origem a sete subcategorias relacionadas com a opinião dos participantes sobre alguns aspectos a melhorar em relação à forma como foram tratados pelos profissionais de saúde durante o período em que estiveram ventilados:

**Quadro 18 – Categoria “O que gostariam que tivessem feito”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequências</b>
<b>O que gostariam que tivessem feito</b>	Disponibilizar alternativas à comunicação verbal	<b>4</b>
	Presença durante a visita dos familiares	<b>2</b>
	Maior empenho na linguagem gestual	<b>2</b>
	Ter mais paciência	<b>4</b>
	Não deixar o doente sozinho	<b>3</b>
	Não desistir dos doentes	<b>2</b>
	Mais informação	<b>1</b>
		<b>18</b>

As subcategorias *Disponibilizar alternativas à comunicação verbal* e *Ter mais paciência* obtiveram o maior número de verbalizações dos participantes, num total de 4 unidades de registo para cada subcategoria.

Em relação à subcategoria ***Disponibilizar alternativas à comunicação verbal***, pode ser indicativo de que nem sempre foi facultado aos participantes uma forma alternativa de comunicar, como podemos observar em afirmações como:

*“(...) Dar-me mais o quadro para eu escrever.” (E4)*

*“Realmente se me tivessem dado algo para escrever isso teria ajudado imenso.” (E12)*

Um dos participantes referiu que teria sido facilitador o uso de um computador portátil. Verbalizou:

*“Se eu tivesse um portátil assim já consegui comunicar melhor”. (E1)*

Outro participante sugeriu que o material que se utiliza para escrever deveria ser mais leve, o que evidencia a fraqueza muscular a que estes doentes muitas vezes estão sujeitos. Afirmou:

*“Ter canetas mais leves (...) ter objectos mais leves... para ver se conseguia escrever...” (E2)*

Foi também verbalizado pelos participantes um ***Maior empenho na linguagem gestual***, surgindo esta subcategoria com 2 unidades de registo, como podemos observar na afirmação de um participante:

*“Se todos percebessem linguagem gestual “ (E3)*

A subcategoria ***Presença durante a visita dos familiares***, foi identificada em duas unidades de registo, aqui exemplificada pela expressão:

*“Os profissionais de saúde passarem mais tempo quando as visitas estão presentes para ajudarem na comunicação.” (E4)*

Como já referimos, a presença dos profissionais de saúde durante a visita dos familiares pode ser útil para ajudar o doente a comunicar com os seus familiares. Para além do papel de intérprete, os enfermeiros que são quem habitualmente está presente à hora da visita, fornecem também a informação que o doente não consegue transmitir à família.

A subcategoria **Ter mais paciência**, também foi verbalizada pelos participantes, em asserções como:

*“Podiam ter tido mais paciência” (E4)*

*“Se puderem melhorarem, (...) Tenham muita paciência.” (E12)*

*“ (...) Terem paciência” (E13)*

A subcategoria **Não deixar o doente sozinho** foi verbalizada por três participantes, como podemos observar nas suas afirmações:

*“Tudo o que se possa fazer é bom... (...) não se deve deixar a pessoa sozinha.” (E11)*

*“ (...) Estarem ao pé de nós, (...) não nos abandonarem. “ (E13)*

*“ (...) Quando ficam connosco até nos perceberem, (...) não importa se é por gestos, escrever, sei lá...” (E14)*

Os participantes referiram afirmações que se incluíram na subcategoria **Não desistir dos doentes**, como por exemplo:

*“Ajuda muito quando não desistem de nós, importa é que não desistam dos doentes”. (E14)*

Por último um dos participantes referiu a necessidade de **Mais informação**, que constituiu a última subcategoria, através da expressão:

*“ (...) Explicarem o que é que aconteceu, (...) o que vai acontecer...” (E11)*

Da análise destas duas categorias podemos concluir que, a maioria dos doentes referiu que os profissionais de saúde se mostraram disponíveis, mas só metade referiu que disponibilizavam tempo para os tentarem perceber. Alguns doentes consideraram que os profissionais de saúde não disponibilizaram tempo para os perceberem.

A maioria dos doentes sentiram-se ajudados e orientados na comunicação.

A maioria referiu sentir-se apoiado pelos enfermeiros e cerca de dois terços dos doentes demonstram reconhecimento pelo modo como foram tratados.

Relativamente ao que gostariam que tivesse sido feito, para os ajudar a ultrapassar as dificuldades de comunicação, referiram: disponibilizar alternativas à comunicação verbal, a presença durante a visita dos familiares, maior empenho na linguagem gestual, ter mais paciência, não deixar os doentes sozinhos nem desistir deles e mais informação.

## CONCLUSÕES

A comunicação e a informação adaptadas às necessidades individuais, sociais e culturais dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos, nomeadamente nos doentes ventilados, impossibilitados de comunicar verbalmente, facilitarão a sua adaptação ao tratamento, favorecendo um sentimento de segurança que contribui para reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress provocados por esta situação de crise. Uma comunicação eficaz, adaptada ao doente ventilado, promoverá o seu bem-estar psicológico e a satisfação com os cuidados de saúde, contribuindo eficazmente para o estabelecimento de uma relação de ajuda.

Nesta perspectiva, efectuamos este estudo, onde através de entrevistas aos doentes que foram submetidos a ventilação mecânica numa unidade de cuidados intensivos, ficando impossibilitados de comunicar oralmente, pretendemos conhecer as suas experiências de comunicação, a partir da sua perspectiva.

Existem muitas publicações na área da comunicação, mas são praticamente inexistentes as relacionadas com a comunicação em cuidados intensivos ou com doentes ventilados. Encontrámos dois estudos de abordagem qualitativa com algumas características semelhantes, que nos permitiram comparar alguns dos resultados encontrados.

Tratando-se de um estudo constituído por uma amostra seleccionada por conveniência, na instituição seleccionada, não podemos generalizar os resultados para a população de doentes internados em unidades de cuidados intensivos submetidos a ventilação mecânica, impossibilitados de comunicar oralmente.

Relativamente à amostra de doentes que estiveram ventilados, a análise e interpretação dos resultados obtidos permitiu-nos verificar que oito são mulheres e sete são homens, apresentando uma média de idades de 58,4 anos, a maioria são casados. Relativamente ao nível de escolaridade verificou-se que a maioria apresentava uma escolaridade correspondente à 4ª classe.

São quase todos residentes na periferia do Hospital Nossa Senhora do Rosário, mas três tinham a sua área de residência num local mais distante, que não ultrapassava os trinta quilómetros.

Relativamente à profissão ou ocupação, as doentes do sexo feminino são na sua maioria domésticas (5), duas são reformadas e uma desempregada. Dos doentes do sexo masculino, três são reformados, dois exercem a sua profissão como comerciantes, um está desempregado e um é estudante.

A média de dias de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, foi de onze dias. Para todos os participantes foi a primeira vez que estiveram submetidos a ventilação mecânica.

A grande maioria dos doentes entrevistados sentiu dificuldade em comunicar durante o período em que estiveram ventilados.

Mais de metade dos participantes referiram sentir dificuldades em comunicar com a família e com todos os profissionais de saúde. Alguns referiram especificamente dificuldades em comunicar com os médicos e com os enfermeiros.

A maioria dos entrevistados referiu como um obstáculo à comunicação o facto de não conseguirem comunicar verbalmente. Para dois terços dos doentes a incapacidade e as limitações físicas, a que estiveram sujeitos durante o período em que estiveram ventilados, também constituíram um impedimento à comunicação, uma vez que os impedia de usar outras formas de comunicação, como a linguagem escrita e a linguagem gestual.

Um terço dos doentes referiram sentir-se impedidos de satisfazer algumas das suas necessidades básicas, tendo alguns afirmado que não conseguiram comunicar que sentiam dor, que sentiam sede ou que não conseguiam dormir, pelo facto de estarem impedidos de falar.

Mais de metade dos doentes que estiveram ventilados referiram o facto de não serem entendidos pelos profissionais de saúde, como um obstáculo à comunicação. Três doentes referiram que não conseguiam ser percebidos pela família.

O facto de não serem informados do motivo porque não falavam, foi referido por um terço dos doentes, como um obstáculo que lhes dificultou ainda mais a comunicação e lhes provocou sentimentos negativos.

A maioria dos doentes ventilados utilizou a linguagem escrita e a linguagem gestual como alternativas à comunicação verbal. Cerca de um terço referiu ter utilizado a mímica labial para tentar comunicar e dois doentes utilizaram o quadro magnético com o alfabeto.

A impossibilidade de comunicar verbalmente durante o período ventilatório, provocou nos doentes sentimentos negativos, como a impotência e o desânimo, aflição, medo e ansiedade. Relativamente ao internamento em cuidados intensivos, referiram ter passado por períodos de confusão e desorientação, tendo verbalizado também dor e sofrimento. Cerca de um terço dos doentes referiram falta de informação sobre a sua situação clínica e incerteza quanto ao futuro. Alguns referiram que acabaram por aceitar a impossibilidade de comunicar verbalmente, assim como o diagnóstico e os tratamentos. Dois terços dos doentes referiram sentir-se seguros pela presença dos profissionais de saúde na sala e alguns referiram como positivo a presença da família.

A maioria dos doentes referiu que os profissionais de saúde se mostraram disponíveis, mas só metade referiu que disponibilizavam tempo para os tentarem perceber. Alguns doentes consideraram que os profissionais de saúde não disponibilizaram tempo para os perceberem.

A maioria dos doentes sentiram-se ajudados e orientados na comunicação.

A maioria referiu sentir-se apoiado pelos enfermeiros e cerca de dois terços dos doentes demonstram reconhecimento pelo modo como foram tratados.

Relativamente ao que gostariam que tivesse sido feito, para os ajudar a ultrapassar as dificuldades de comunicação, referiram: disponibilizar alternativas à comunicação verbal, a presença durante a visita dos familiares, maior empenho na linguagem gestual, ter mais paciência, não deixar os doentes sozinhos nem desistir deles e mais informação.

Acreditamos que é de todo o interesse partilhar estes resultados com a equipa de profissionais de saúde, da unidade de cuidados intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, uma vez que podem constituir motivo para reflexão e um veículo para melhorar as competências comunicacionais que permitam um melhor desempenho nesta área, de modo a melhorar a satisfação dos doentes e a diminuir as suas dificuldades de comunicação.

Consideramos como principais limitações deste trabalho: a falta de estudos nesta área, nomeadamente a nível nacional, em UCIs com características semelhantes, o limite de tempo para a realização da investigação, o facto dos resultados do estudo não poderem ser generalizados, limitando-se as conclusões à população estudada, a nossa inexperiência na condução de

entrevistas e o facto de não ter sido possível entrevistar nenhum doente de nacionalidade estrangeira.

Não podemos deixar de salientar que teria sido muito interessante poder continuar este estudo, se tivéssemos tido mais tempo, uma vez que existem poucos estudos realizados neste contexto particular.

Consideramos que este pequeno estudo poderá levantar outras hipóteses de trabalho, nomeadamente comparar as opiniões dos profissionais de saúde com as dos doentes e eventualmente observar o desempenho dos profissionais em relação à forma como comunicam com os doentes. Um estudo com o objectivo de analisar a opinião dos familiares dos doentes ventilados também seria, na nossa opinião, interessante, assim como um estudo no mesmo âmbito, mas efectuado a doentes de nacionalidade estrangeira.

Outro estudo que consideramos pertinente seria um estudo comparativo, entre unidades de cuidados intensivos com as mesmas características, noutros hospitais, com uma amostra maior, onde o objecto do estudo fosse analisar a relação enfermeiro/doente ventilado, relativamente aos problemas de comunicação.

Pensamos que este trabalho nos deu algumas pistas para reflectirmos sobre o nosso desempenho na comunicação com os doentes ventilados. Para nós particularmente foi muito útil perceber as dificuldades a que estes doentes estão sujeitos, conhecer os seus sentimentos e a sua opinião sobre a forma como cuidamos deles pois permitiu-nos reflectir sobre os nossos procedimentos neste contexto particular.

Finalizamos com um sentimento de satisfação pelo prazer que nos deu realizar este trabalho, pelos momentos de reflexão que proporcionou e por nos despertar ainda mais para a problemática da comunicação com o doente ventilado em UCI. O contacto com os doentes que estiveram ventilados e o relato das suas experiências de comunicação durante esse período, foi um dos momentos mais altos de todo este percurso.

Por fim não queremos deixar de salientar que acreditamos que a formação adequada dos profissionais de saúde na área da comunicação em saúde e processos de comunicação com estes doentes, melhorará as suas competências comunicacionais, aumentando o nível de satisfação dos utentes. O empenhamento individual de cada profissional de saúde sendo útil,

sobretudo para o próprio, não é suficiente, sendo indispensável um trabalho de equipa em que todos os profissionais de saúde, nas suas diferentes áreas de actuação, estejam implicados e empenhados em melhorar os seus desempenhos comunicacionais. Melhorar a comunicação com o doente é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

Abric, J.C. (1999). **Psychologie de la communication: théories et méthodes**. Paris. Nathan.

Aguiar, M. A.(1992). **Psicologia aplicada à administração**. São Paulo. Excellus e Consultoria.

Alves, B.(2000). A Motivação Humana e as Organizações: uma Abordagem Fenomenológico-Existencial. SAEP: Sociedade de Análise Existencial e Psicomoiêutica Rio de Janeiro. **Jornal Existencial on Line**.

<http://www.proweb.com.br/existencialismo/jornalexistencial/biancamotivação.htm>

Amado, G.; Guittet, A.(1982). **A Dinâmica da Comunicação nos Grupos**. 2ª edição. Rio de Janeiro. Zahar Editores.

Ambrósio, M. T.(2002). Transformação Social Reflexiva. **Pensar Enfermagem**. Vol. 6 nº 2, 2º semestre.

Argyle, M. (1972). **The Psychology of interpersonal behaviour**. 2ª Edição. London. Harmondsworth, Penguin Books.

Ashurst, S. (1998). Cuidados de Enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI: 1. **Nursing**. 119, p. 20-27.

Ashurst, S. (1998b). Cuidados de Enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI: 2. **Nursing**. 120, p. 10-17.

Ashworth, P. (1987). In **Communication in Nursing Care**. Great Britain. Anchor Brendon Limited, p. 63-82

Ashworth, P. (1988). **Care to communicate**. London. The Royal College of Nursing of the United Kingdom.

- Bardin, L.(1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70.
- Basto, M.(1998). **Da intenção de Mudar à mudança**. Lisboa. Ed. Rei dos Livros.
- Bastos, J.(1990). Humanismo e doente oncológico. **Jornal do Médico**. Nº128, p.568-570.
- Bennett, P.(2002). **Introdução clínica à psicologia da saúde**.1ª Edição, Lisboa. Climepsi.
- Berlo, D. (1960). **O Processo da Comunicação : Introdução à Teoria e à Prática**. 6ª Edição. S.Paulo. Livraria Martins Fontes Editora.
- Bernardo, F.(1984).Intercomunicação e relações humanas entre enfermeiro – utente. **Servir**. Nº2, p.104-112.
- Bitti,P.; Zani,B.(1993). **A Comunicação como um Processo Social**. Lisboa. Editorial Estampa.
- Brandão, N.(1997). Ninguém motiva ninguém. **Informativo dos Hospitais**. AHMG.  
<http://www.ahmg.com.br/motivaca.htm>
- Calne, S. (1994). **Dehumanisation in intensive care**. Nursing Times. 90 (17), p.31-33
- Carmo, H.;Ferreira, M.(1998). **Metodologia da Investigação: Guia para a auto aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta.
- Carrachás, M. (eds) (2003). **As expectativas e responsabilidade dos cidadãos**, Actas do XVIII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Fátima.

Carvalho, A.; Martins, M.; Jesus, M.(1994). Cuidar, uma reflexão. **Servir**. 42(5). Lisboa.

Carvalho, M.(1996). **A Enfermagem e o humanismo**. Loures. Lusociência.

Catarino *et. al.*(1999). O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. **Nursing**. Nº 99, p.21-24.

Chalifour, J.(1989). **La Relation D'aide En Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste**. Québec, Gaetan Morin Editeur.

Cheveau, C.(1990). L'Humanisme dans la Pratique Médicale Quotidienne. **Journées de Formation**. Paris, p.95-115.

Chiavenato, I. (1994). **Recursos Humanos**. 3ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Cloutier, J. (1995). **A Era de EMEREC ou a comunicação áudio-scripto-visual na hora dos self-media**. Lisboa. Instituto de Tecnologia Educativa

Collière, M.F.(1989). **Promover a vida** . Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M.F.(1999) Promover a vida. 3ª Edição. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Corney, R.(1991). **O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina**. Lisboa. Ed. Climepsi.

Cosnier, J., Brossard, A. (1984). **La communication non Verbale**. Neuchâtel. Delachaux &Niéstlé.

Coutinho, P. *et al* (2003). Memórias e qualidade de vida após internamento numa unidade de cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**. Ano 12 (1). Lisboa. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Curry, S.(1995). Identificação das necessidades das dificuldades das famílias do doente na UCI. **Nursing**. Nº 94, p. 26-30.

Donnelly *et al* (2000). **Princípios de Gestão Empresarial**. 10ª edição. Lisboa. Editora Mcgraw-Hill.

Ekman, P., Friesen, W., Ellworth, P. (1972). **Emotion in the human face**. New York. Pergamon Press.

Estrela, A.(1990). **Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores**. Lisboa. Instituto Nacional de Investigação Científica.

Ferreira *et al*. (1996). **Psicossociologia Das Organizações**. Lisboa. Editora Mcgraw-Hill.

Ferreira, Ó.(1997). **Formação Contínua em Enfermagem – Das Motivações ao planeamento**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do 1º Curso de Estudos Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem. 1º vol. Lisboa.

Fontes, R. V.(2000). Trabalho em Equipa, Sua importância para a Enfermagem. **Ecos da Enfermagem**. Nº 213, Jan/Abril,p.19-20.

Fortin, M.F.(1999). **O Processo de Investigação**. Lisboa. Lusociência.

Franco, L.(2002). Apontamentos de Sala de Aula em **Investigação em Enfermagem** ao III Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Lisboa.

Gaspar, J.(2000). A relação de ajuda na prática de enfermagem. **Nursing**. Nº 149, p.30-32.

Ghiglione, R; Matalon, B.(1993).**O inquérito – teoria e prática**. Oeiras. Celta Editora.

Graça, L.(1992).O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10(1) Janeiro-Março, p. 5-20.

Hafsteindóttir, T. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. **Intensive and Critical Care Nursing**. 12, p.261-271.

Hagland, M.R. (1995). Nurse-patient communication in intensive care: a low priority?. **Intensive and Critical Care Nursing**. 11(2), p.111-115

Hesbeen, W.(1997). **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem Numa perspectiva de cuidar**. Loures. Ed. Lusociência.

Hesbeen, W.(1998) **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures. Ed. Lusociência.

Hudak, C.; Gallo, B. (1997). **Cuidados Intensivos de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.

José, H. (2003). In **Terapias Naturais na prática de enfermagem**. Coimbra. Edições Formasau, p.139-160.

Lazure, H.(1994), **Viver a relação de ajuda**. Lisboa. Lusodidacta.

Littlejohn, S.(1988). **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro. Guanabara.

Lopes, M.(1999). **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral: Alguns dados e implicações**. Lisboa. Ed. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Mackereth, P.(1988). A comunicação. **Nursing** nº1, Fevereiro 1988, p.17-19.

Marc, E., Picard, D. (1996). **L 'interaction sociale**. Paris. PUF.

Martins, L. F.(1995). **Das Atitudes às Motivações Subjacentes**. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem e Formação Permanente.

Melo, M. (2005). **Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas**. Loures. Lusociência.

Meyer, C.(1995) Uma visão da UCI de amanhã. **Servir**. 43 (4), p.173-179.

Millar, B.(1989). Critical support in critical care. **Nursing Times**. April 19, Vol 85, Nº16, p.31-33.

Moraga, M.(1992). **La Relation de Ayuda**. Curso: Modelo de análise da prática profissional de Enfermagem, DRH/CFAP. Lisboa, p.18-30.

Morrison, P.; Burnard, P.(1997). **Caring and Communicating, The interpersonal relationship in nursing**. 2ª edição. Londres. Macmillan Press Lda.

Morrison, P.(2001). **Para compreender os doentes**. 1ª edição. Lisboa. Ed. Climepsi.

Motta, P. R.(1986). Todo o mundo se julga vitorioso inclusive você: a motivação e o dirigente. **Revista de administração Pública**. 20(1), Jan./Mar.

Murray,E.(1973). **Motivação e emoção**. Rio de Janeiro,.

Nunes, L.(2001). A Propósito do Dever de Informar e do Dever de Sigilo. **Ordem dos Enfermeiros**. Nº2, p.27-32.

Ogden, J.(1999). **Psicologia da saúde**. 1ªedição, Lisboa, Ed. Climepsi.

Onga, L. et al (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. **Social Science & Medicine**. 40, p.903-918.

Ordem dos Enfermeiros (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Osterman, P.; Schwatz-Barcott, D.(1997). Quatro Maneiras De Estar Presente. **Servir**. Vol. Nº45 Nº6,p.317-324.

Palma, M.,Silva, D. (1992). O efeito da comunicação táctil na satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem no pós operatório imediato da cirurgia cardíaca. **Servir**. nº5, p.226-245.

Patita, M.L.; Farinha, F.C.(1999). Trabalho em Equipa. Desafio para trabalhar melhor. **Sinais Vitais**. Nº 23, Março 1999, p.33-34.

Paúl C.; Fonseca, A (2001). **Psicossociologia da Saúde**. Lisboa. Ed.Climepsi.

Phaneuf, M.(1995). **Relação de Ajuda. Elemento de Competência da Enfermeira**. Coimbra. Edição Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico - Cirúrgica.

Pio Abreu, J. (1997). O espaço e o tempo nos signos. **Revista Interações**. 5. Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, p. 43-64.

Porter, M. *et al* (2000). **Psychology and sociology applied to medicine**. Edinburgh. Churchill Livingstone.

Portugal. Ministério da saúde. (2003) Direcção de Serviços de Planeamento. **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 72p.

Queirós, A (1999). **Empatia e Respeito, Dimensões Centrais na Relação de Ajuda.** Coimbra. Ed. Quarteto Editora.

Quivy, R.;Campenhoudt, L.(1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª edição.** Lisboa. Gradiva.

Ramos, N. (1993). **Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique.** Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V. Université René Descartes, Sorbonne, 2 vol.

Ramos, N. (2001). Comunicação, Cultura e Interculturalidade: Para uma Comunicação Intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia.** Ano 35 (2), p.155-178

Ramos, N. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde.** Lisboa. Univ. Aberta

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. **Psychologica.** 41, p. 329-350

Ramos, N. (2008). **Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas.** João Pessoa, Editora Universitária UFPB.

Reis, F.;Rodrigues, V. (2002). **A axiologia dos valores e a sua comunicação no Ensino de Enfermagem.** Lisboa. Climepsi Editores.

Reis, J.(1993). **A Motivação Humana no Trabalho Administrativo do Enfermeiro na Realidade Hospitalar – Aspectos teóricos.** Dissertação apresentada à Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto.

- Ribeiro, J. (1998). **Psicologia e saúde**. Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, P. (2000). **Um olhar sobre o cuidar em enfermagem**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.
- Robinson, L. (1974). The patient in an intensive care unit. In **Liason Nursing – A Psychological Approach to Patient Care**. Philadelphia. F.A. Davies
- Saint, E.(1996). **O Principezinho**. Rio de Janeiro. Edições Caravela.
- Saraiva, M. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. **Revista de investigação em enfermagem**, nº8, pp.38-48
- Savoia, M.G.;Cornick,M.A.(1989). **Psicologia Social**. Ed. Mcgraw-Hill, Lda.
- Savoie-Zajc, L.(2003). **A entrevista semidirigida, in Investigação Social-da problemática à colheita de dados**. Gauthier, B. (orgs.).Loures. Lusociência, p.280-301.
- Schramm, W: (1960). **Mass Communications**. 2ª Edição. Urbana – Champaign (USA). University of Illinois Press.
- Sikula, A.(1976). **Personnel Administration and human resources management**. Nova Iorque. John Wiley&Sons.
- Soares;A.;Nunes,L.(1995). Cuidar entre si para cuidar o outro”. **Enfermagem em Foco**. Ano V, nº 19, Maio/Julho, p.25-30.
- Stefanelli, M.C.(1983). Relacionamento Terapêutico Enfermeira - Paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Nº17, p.30-45.
- Stoner, J.A.(1985). **Administração**. 2ªed. Rio de Janeiro. Prentice Hall do Brasil Lda

Storlie, F. (1976). The family: thirteen years of observation. **Supervisor Nurse**. Fev., p. 10-14

Stovsky, B. *et al* (1988). Caring for ventilated patients comparison of two types of communication methods used after cardiac surgery with patients with endotracheal tubes. **Heart Lung**. 17(3), p.281-289.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem-Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª Edição, Loures/Camarate, Lusociência.

Sundeen, S.; Stuart,G. (1994). **Nursing client interaction: implementing the nursing process**. 5ª Edição. Saint-Louis. The CV Mosby Company .

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of care, **Nursing Research**, 3.

Talhinhas, C. *et al.*(1997). Comunicação como vector de humanização. **Nursing**, 11, p.21-26.

Teixeira, J. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, 14 (I), p.135-139.

Thayer, L. (1968). **Comunicacion y sistemas de comunicacion**. Barcelona

Thomson, L. (1973). Sensory deprivation – a personal experience. **American Journal of Nursing**. 73 (2), p.266-268.

Trindade, R. (1990). **Introdução à Comunicação Educacional**. Lisboa. Universidade Aberta.

Vala, J.(1986). **A Análise de Conteúdo**, Porto, Afrontamento.

Verity, S. (1996). Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. **Intensive and Critical Care Nursing**. 12, p.354-358.

Watson, J.(2002). **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem**. Camarate. Lusociência.

Watson, J.(1998). **Enfermagem: Ciência Humana e Ciência do Cuidar**. Lisboa.

Watzlawick,P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1966). **Pragmática Da Comunicação Humana**. São Paulo. Edição Cultrix.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

## **ANEXO II**