



A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA
ENFERMEIRO/DOENTE: PERSPECTIVAS DE DOENTES
ONCOLÓGICOS ENTUBADOS ENDOTRAQUEALMENTE

Sónia Cristina Pinto Briga

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

Sónia Cristina Pinto Briga

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA
ENFERMEIRO/DOENTE: PERSPECTIVAS DE DOENTES
ONCOLÓGICOS ENTUBADOS ENDOTRAQUEALMENTE**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade
do Porto

Orientadora – Professora Doutora Maria Isabel Lage

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem da
Universidade do Minho

*Não pode haver uma totalidade da comunicação.
Com efeito, a comunicação seria verdade se ela fosse total.*
(Paul Ricoeur)

AGRADECIMENTOS

Embora a concretização desta dissertação tenha resultado de um esforço pessoal, só se tornou possível pelo apoio e incentivos de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais intenso apreço.

À Professora Doutora Maria Isabel Lage, pela orientação estimulante e acompanhamento ao longo deste trabalho.

Ao professor Óscar Ribeiro pela disponibilidade e ajuda demonstrada.

A todas as professoras deste curso, em especial à Professora Doutora Arminda Costa que me enriqueceram com os seus ensinamentos.

A todos os doentes que entrevistei pela sua colaboração e disponibilidade, por partilharem as suas vivências e permitirem que este estudo fosse possível.

Ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde, onde foi efectuado o estudo, à Directora de Enfermagem, Directora de serviço e à Enfermeira Chefe de serviço, pela colaboração e facilidades concedidas.

Ao meu marido Sérgio, pelas palavras de coragem e incentivo, nos momentos mais difíceis de todo este percurso, pela paciência e apoio demonstrado.

Aos meus pais, pelo seu amor, carinho, compreensão e apoio incondicional.

Ao meu irmão, pelo seu apoio e disponibilidade.

A todos os meus amigos a quem dei menos atenção durante a elaboração deste estudo, mas que, ainda assim, me deram força para continuar.

E a todos os colegas de curso, por todos os momentos bem passados e pela partilha de experiências.

A todos vós, o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O hospital é um lugar onde o doente se vê habitualmente confrontado com relações diferentes das familiares e sociais às quais está habituado. O hospital é um enredo de interações, um palco de cenários multifacetados, mas o hospital é, acima de tudo, nomeadamente pelas relações que aí se estabelecem, um lugar privilegiado de comunicação, onde nascem vínculos particulares e pessoais entre os doentes que a ele recorrem por necessidade e os profissionais que aí desempenham as suas funções.

Conceito outrora pouco valorizado, a comunicação na relação enfermeiro/doente assume, hoje, um valor fundamental e torna-se objectivo estratégico na gestão dos problemas de enfermagem. A comunicação é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre estes intervenientes no processo de cuidar, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados. Particularmente, em unidades de cuidados intensivos, os problemas comunicacionais tornam-se evidentes quando os doentes ficam incapacitados de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal. Este facto pode funcionar como um impedimento à comunicação terapêutica.

Partindo destes pressupostos, o estudo realizado pretende explorar e descrever a perspectiva que os doentes oncológicos internados numa UCI têm da comunicação que os enfermeiros estabelecem com eles, durante o período que se encontram com entubação endotraqueal. Para dar cumprimento a este objectivo desenvolvemos um estudo de carácter exploratório e descritivo, à luz de uma abordagem qualitativa. Participaram no estudo 17 doentes (n=17) que estiveram entubados endotraquealmente, no SCI, do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO-FG, E.P.E.) do Porto, seleccionados por conveniência e inquiridos por entrevista semi-estruturada.

Os dados foram tratados através de análise de conteúdo com o apoio do programa informático NVIVO8®.

Os resultados apontam para práticas de cuidar terapêuticas, uma vez que os enfermeiros adoptaram estratégias de comunicação favorecedoras de uma comunicação eficaz, expressando-se através da linguagem verbal de modo a serem compreendidos, utilizaram o contacto visual com os doentes e usaram o toque na aproximação a estes transmitindo apoio. Por outro lado, os enfermeiros proporcionaram aos doentes alternativas à comunicação verbal através de papel e caneta. Contudo a linguagem gestual foi a mais vezes utilizada, o que reforça o poder deste tipo de comunicação. Os enfermeiros também evidenciaram disponibilidade em promover a satisfação das necessidades, ensinar, e em estarem presentes e apoiarem os doentes com intuito de

estabelecer uma relação de confiança e promover a comunicação terapêutica. Uma premissa fundamental que os enfermeiros elegeram para esta relação de confiança foi a de considerarem e respeitarem cada doente na sua individualidade, abordando-o de forma holística e fomentando a personalização e humanização dos cuidados.

Porém, do processo comunicativo também fizeram parte barreiras/obstáculos à comunicação terapêutica, capazes de tornar a relação enfermeiro/doente mais problemática, e que se traduziram em dificuldades sentidas pelos doentes em comunicar e em factores perturbadores da comunicação. Maioritariamente estas dificuldades foram atribuídas pelos doentes à dificuldade de expressão pela presença do tubo endotraqueal. Os factores mais vezes assinalados pelos doentes foram de carácter ambiental, nomeadamente estímulos sonoros do SCI.

A doença grave e consequente necessidade de internamento em cuidados intensivos geraram nos doentes vivências emocionais, sentimentos positivos e negativos. Também, as crenças e valores aparecem no relato dos doentes como forma de ajudar a ultrapassar as vivências suscitadas pelo internamento em cuidados intensivos e pela impossibilidade de comunicação verbal.

Estes resultados oferecem uma melhor compreensão das vivências dos doentes no que se reporta à comunicação com os enfermeiros, e um leque de possibilidades de intervenção. Este conhecimento é fundamental para ajudar os enfermeiros em geral e os que trabalham em unidades de cuidados intensivos em particular, a compreender a importância da comunicação terapêutica com o doente entubado endotraquealmente, os factores que dificultam e perturbam este processo, e deste modo contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação e para a construção disciplinar.

SUMMARY

A hospital is a place where a patient usually feels confronted with relations that differ from family and social relations they are used to. A hospital is a plot of interactions, a stage with various scenarios, but a hospital is, above all, a privileged place of communication, mainly because of the relations which are forged there. It is in a hospital setting that special and personal bonds come into being between patients, who need to be there, and professionals who work there.

While communication in the nurse/patient relationship seldom used to be of any importance, today its value is vital, and it becomes a crucial objective for managing nursing care issues. Communication is an increasingly important component, not only due to its importance in forging a relation between those engaged in the care process, but also because it constitutes a good indicator of the quality of medical care. Particularly in intensive care units (ICUs), communication problems became evident when patients are unable to communicate verbally because of a tracheal tube. This can be a hindrance to therapeutic communication.

Taking these premises as a starting point, the conducted study intends to explore and describe how cancer patients hospitalized in an ICU see the communication which the nurses established with them during the period of their tracheal intubation. To achieve this objective, we developed a study of an exploratory and descriptive nature, according to a qualitative method. Seventeen patients (n=17) participated in the study, all of whom were intubated in an ICU at the Portuguese Oncology Institute Francisco Gentil (IPO-FG, E.P.E) in Porto. They were selected according to their aptness and inquired in a semi-structured interview.

The results were processed by a content analysis with the help of the NVIVO8® software.

The results show therapeutic care practices, since nurses adopted communication strategies to help achieve effective communication, expressing themselves verbally to make themselves understood, while making eye contact with patients in order to receive a message and provide efficient feedback, as well as touching them to show their support. Moreover, nurses provided patients with alternatives to verbal communication through pen and paper. However, sign language was most frequently used, which stresses the power of this type of communication. Nurses also showed their willingness to strive to meet patients' needs, to teach as well as to be there for them and to support them, with the aim of fostering a relation of trust and to promote therapeutic communication. Nurses felt that the vital premise of such a relation of trust was to consider and respect every patient

individually, approaching them holistically and working toward personalizing and humanizing medical care.

However, barriers/obstacles to therapeutic communication, which were also a part of the communication process, could make the nurse/patient relationship even more problematic and caused difficulties for patients in communicating and in factors upsetting communication. Patients usually attributed these difficulties to expression problems caused by the tracheal tube. The factors most frequently named by patients were of an environmental nature, namely sound stimuli from the ICU.

Due to serious illness and the resulting need for hospitalization in an ICU, patients experienced emotions, positive and negative feelings. Also, the beliefs and values appear in patients' reports as way of helping them overcome the experiences of hospitalization in an ICU and deriving from an inability to communicate verbally.

These results offer a better understanding of patients' experiences linked to the communication with nurses, while providing a wide range of intervention possibilities. This knowledge is crucial for helping nurses in general and those working in ICUs to understand both the importance of therapeutic communication with a tracheally intubated patient and the factors that hinder and disrupt this process, thereby contributing toward developing communication skills and fostering this field of study.

ABREVIATURAS

E – Entrevista

F – Feminino

ICU – Intensive care unit

IPO-FG, E.P.E. – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Entidade Publica
Empresarial

M – Masculino

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SNG – Sonda Nasogástrica

TV – Televisão

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO II – A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE.....	18
2.1. O CUIDAR: A ESSÊNCIA NO CAMPO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	18
2.2. A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.....	21
2.3. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE.....	23
2.3.1. <u>A comunicação verbal</u>	25
2.3.2. <u>A comunicação não verbal</u>	27
2.4. A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COMO SUPORTE NA RELAÇÃO DE AJUDA.....	31
2.5. O DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS INTENSIVOS.....	38
2.5.1. <u>O cuidar em cuidados intensivos</u>	39
2.5.2. <u>O impacte da doença grave e do ambiente tecnológico no doente</u>	42
2.5.3. <u>O doente com tubo endotraqueal: alteração da comunicação verbal</u> ..	47
CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODOS.....	51
3.1. ABORDAGEM PARADIGMÁTICA.....	51
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	53
3.3. PROCEDIMENTOS.....	53
3.3.1. <u>Seleccção do campo de estudo</u>	53
3.3.2. <u>Participantes do estudo</u>	54
3.3.3. <u>Seleccção e caracterização do instrumento de colheita de dados</u>	56
3.3.4. <u>Procedimentos de análise dos dados</u>	59
3.3.5. <u>Considerações éticas</u>	61
3.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	62
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	64
4.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES.....	65
4.2.1. <u>Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes</u>	66

4.2.2. <u>Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação</u>	77
4.2.3. <u>Factores perturbadores na comunicação</u>	83
4.2.4. <u>Disponibilidade dos enfermeiros</u>	91
4.2.5. <u>Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes..</u>	98
4.2.6. <u>Competências dos enfermeiros</u>	109
 CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	118
5.1. CONCLUSÕES.....	118
5.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	123
5.2.1. <u>Prática de Enfermagem</u>	123
5.2.2. <u>Ensino</u>	124
5.2.3. <u>Investigação em Enfermagem</u>	125
5.2.4. <u>Gestão dos cuidados</u>	126
 CAPÍTULO VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
 ANEXOS	
Anexo I – Guião orientador da entrevista	
Anexo II – Sumário das categorias no NVIVO8® (Node Summary Report)	
Anexo III – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Presidente do Conselho de Administração do IPO-FG, E.P.E., do Porto	
Anexo IV – Consentimento informado	

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização dos participantes.....	64
Quadro 2 – Perspectiva global das categorias e subcategorias de análise.....	66
Quadro 3 – Categoria: Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes	67
Quadro 4 – Categoria: Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação.....	78
Quadro 5 – Categoria: Factores perturbadores na comunicação.....	84
Quadro 6 – Categoria: Disponibilidade dos enfermeiros.....	91
Quadro 7 – Categoria: Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes.....	98
Quadro 8 – Categoria: Competências dos enfermeiros.....	110

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

	Pág.
Diagrama 1 – Diagrama representativo da comunicação enfermeiro/doente oncológico entubado endotraquealmente em cuidados intensivos...	116

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A comunicação ao estar presente e ao prevalecer em todos os actos da vida do ser humano é considerada como uma dimensão de grande relevância no contexto da vida social.

Na medida em que o ser humano não pode existir sem comunicar “a comunicação e a existência constituem processos inseparáveis” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1971, p. 235). O ser humano dado a sua natureza está condenado a atribuir sentido a tudo o que vê, sente e experimenta, e esta condenação é o que explica realmente o que é e em que consiste a comunicação. Por se constituir em algo tão inerente ao ser humano, a comunicação ocorre em todos os momentos da vida. É o meio pelo qual participamos do mundo que nos rodeia e propicia partilhar com os outros, as nossas experiências (Mambriani, 1993).

Stefanelli (2005^a) diferencia a comunicação humana e terapêutica, sendo a primeira entendida “como um processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” (p. 29) e a segunda, como sendo o uso da comunicação humana com o objectivo de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas.

A comunicação entre seres humanos toma diferentes formas, que são complementares. Estas formas correspondem às componentes funcionais do ser humano na sua dimensão relacional e desembocam nas sensações, nas emoções e na cognição. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras, trata-se da linguagem não verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, referindo-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer em cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005).

No que se reporta à prática da enfermagem, a comunicação representa a base e o fundamento para as relações enfermeiro/doente, constituindo dessa maneira um instrumento básico para a profissão. É o suporte de todas as acções dos enfermeiros, pois é através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo, a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões. Só através de uma comunicação terapêutica com o doente somos capazes de identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados aos factos que lhe ocorrem, na tentativa de o ajudar a encontrar maneiras de manter ou restabelecer a saúde.

Factores como a influência do reducionismo do modelo biomédico e pouco investimento na formação inicial dos enfermeiros na área da comunicação na relação doente/família criam um clima que favorece comportamentos estereotipados e impessoais que acabam por influenciar o papel dos enfermeiros e o significado desse papel na relação com os doentes (Magalhães, 2009; Rosseló, 2007; Moreira, 2001).

Como refere Rosseló (2007) a doença tem um impacte sobre a liberdade e sobre a consciência da pessoa que a sofre, não só porque aniquila praticamente a sua capacidade de decisão, mas também porque realça o carácter precário e instável de todo o ser humano.

O internamento em cuidados intensivos rompe bruscamente com o modo de viver do doente, incluindo relações e papéis. A sua identidade pode ser afectada, dada a gravidade do seu estado clínico, acontecendo frequentemente, não ser considerado como sujeito capaz de escolher, decidir, dividir, com direito à expressão e à informação. O cuidado numa UCI é habitualmente tecnicista e mecânico. Os doentes são muitas vezes vistos como objectos ou máquinas a serem manipuladas, fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade (Bertone, Ribeiro, & Guimarães, 2007; Nascimento & Trentini, 2004).

Os enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos conhecem e sentem quanto é importante a comunicação entre enfermeiro e doente e que ela será tanto mais difícil quanto mais instável estiver o doente. Um dos principais factores de stress para um doente submetido a ventilação mecânica é o compromisso da comunicação verbal. Não só pelo facto de ser difícil expressar-se como também ser compreendido por parte dos profissionais de saúde. A impossibilidade de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal coloca o doente numa posição de desvantagem na medida em que não consegue expressar os seus sentimentos e emoções.

Se por um lado, a comunicação verbal com os doentes é muitas vezes dificultada pela presença do tubo endotraqueal, por outro, os enfermeiros esquecem frequentemente as potencialidades da comunicação não verbal. Nas palavras de Lage (1996), a importância das palavras dissimula frequentemente que existem outras formas de comunicação. Como tal os enfermeiros nem sempre reconhecem mensagens que são um valor para eles e para os doentes, ao não perceberem, por exemplo, que os gestos e/ou o silêncio podem falar mais alto que as palavras. Também na perspectiva de Lannbère (1995), na maior parte das situações de enfermagem, mas sobretudo quando as palavras não têm mais significado e nosso saber nos confronta com uma grande sensação de impotência, é ainda possível entrar num mundo complexo onde o contacto, o olhar e a expressão corporal, se tornam os únicos mensageiros de uma comunicação profunda com o doente.

Pensar hoje nas práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. O cuidado não se restringe apenas a uma acção técnica no sentido de fazer, mas também no sentido de ser, expresso por atitudes, dado o cuidado de enfermagem ser sobretudo relacional. A função da enfermagem não é, pois, susceptível de ser compreendida sem ter em conta esta dimensão da sua prática, sob pena de vermos comprometido todo o processo de cuidar.

A comunicação terapêutica permite uma interacção entre enfermeiro e doente ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento humano que atinja os objectivos da prática de cuidar. De acordo com Nascimento e Trentini (2004), este encontro quando ocorre numa UCI será significativo garantindo uma autêntica intersubjectividade, quando os prestadores de cuidados deixarem de se refugiar no seu papel profissional e de exercerem domínio, impondo normas e rotinas e ao contrário fizerem com que a sua presença seja percebida pelo doente como alguém que está preocupado em compreender a sua experiência de ser doente.

Alguns contributos teóricos e empíricos no domínio da comunicação enfermeiro/doente em ambiente de cuidados intensivos e a realidade da nossa prática profissional levaram a que nos questionássemos sobre as experiências de comunicação destes doentes durante o período que se encontram entubados endotraquealmente.

Por outro lado, a comunicação é uma área de pouco investimento ao nível da formação dos profissionais de enfermagem, 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. Pensamos que o estudo da comunicação terapêutica enfermeiro/doente e particularmente o estudo das perspectivas dos doentes oncológicos sujeitos a entubação endotraqueal, se reveste de particular importância para a compreensão do valor da comunicação no âmbito dos cuidados de enfermagem. Mais especificamente pretendemos saber: *Que perspectivas têm os doentes oncológicos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, da comunicação que os enfermeiros estabelecem com eles, enquanto estão entubados endotraquealmente?*

Explicitada a questão geral, enunciamos um conjunto de questões de investigação, uma vez que segundo Gauthier (2003), a questão geral é habitualmente acompanhada de questões específicas que visam explorar os elementos estruturais, as interacções e os processos com o intuito de determinar e descrever as dimensões importantes do fenómeno, isto é, descobrir as questões mais pertinentes para a compreensão do fenómeno em estudo. Nesta perspectiva, formulamos algumas questões que a seguir se descrevem:

- Terão os enfermeiros as competências necessárias para estabelecer uma comunicação terapêutica com os doentes oncológicos entubados endotraquealmente?
- Que dificuldades sentem os doentes oncológicos entubados endotraquealmente na comunicação terapêutica com os enfermeiros?
- Que vivências emocionais suscita nos doentes oncológicos o facto de não poderem comunicar por palavras com os enfermeiros, quando entubados endotraquealmente?
- Como é que o ambiente de cuidados intensivos interfere no processo comunicativo dos enfermeiros com os doentes oncológicos entubados endotraquealmente?
- Como se processa a comunicação na relação dos enfermeiros com os doentes oncológicos entubados endotraquealmente em ambiente de cuidados intensivos?

Dado o fenómeno de interesse e a pouca investigação neste domínio específico, optámos por um estudo exploratório e descritivo à luz de uma abordagem qualitativa, uma vez que importa explorar, descrever e compreender todo o fenómeno através das perspectivas participantes (Bogdan & Biklen, 1994).

O estudo, desenvolvido a partir de uma amostra de conveniência e teórica constituída pelos relatos de 17 doentes de uma UCI submetidos a entubação endotraqueal visa, ainda, a eventual formulação de conceitos que possam contribuir para o desenvolvimento teórico, o qual pode vir a ser capaz de informar a teoria e a prática.

Este estudo é importante, porque como refere Lage (1996), um estudo que explore as perspectivas dos doentes acerca das competências de comunicação dos enfermeiros proporciona dados sobre a forma como os doentes vêm esses comportamentos e ajuda a clarificar o papel dos enfermeiros na perspectiva dos beneficiários dos cuidados. Esta informação assume particular relevância, uma vez que a compreensão do papel de ajuda é um valor para a enfermagem.

No que se reporta à organização, esta dissertação está dividida em seis capítulos. O primeiro capítulo reporta-se à introdução. Nele explicitamos genericamente a problemática, tipo, justificação, finalidade do estudo e também a referência à estrutura da dissertação.

O segundo capítulo é consagrado a uma breve exposição sobre o cuidar em enfermagem, à revisão teórica sobre o processo da comunicação no domínio inerente aos aspectos formais e psicossociológicos, assim como, à comunicação na relação enfermeiro/doente, verbal, não verbal e terapêutica. Por fim, abordamos o doente

oncológico em contexto de cuidados intensivos onde a alteração da comunicação verbal no doente entubado endotraquealmente é desenvolvida.

O terceiro capítulo versa sobre o material e métodos e comporta a abordagem paradigmática, tipo de estudo, e procedimentos, entre os quais, selecção do campo de estudo, participantes, selecção e características do instrumento de recolha de dados, técnica de análise dos mesmos, considerações éticas e limitações do estudo. O quarto capítulo é sede da apresentação, análise e discussão dos resultados. As conclusões principais que emergem da pesquisa e as implicações do estudo para a prática, ensino, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem são objecto do quinto capítulo.

Finalmente no sexto e último capítulo apresentam-se as referências bibliográficas.

CAPÍTULO II - A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o doente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Na perspectiva dos autores, Bertone et al. (2007) a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Outra autora, Stefanelli (2005^b) considera a comunicação como uma das componentes centrais da área de saúde, referindo que a comunicação, saúde e enfermagem são três conceitos que se interpõem, de tal forma que não se pode falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação. Esta autora acrescenta ainda, que a comunicação é o eixo integrador entre os cuidados, ensino e pesquisa em enfermagem uma vez que, permite ao enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte, de forma integrada; favorece a integração do ser pessoa como ser profissional; é a essência do cuidado humano; é fundamental na educação em saúde e principalmente é essencial à saúde da pessoa.

2.1. O CUIDAR: A ESSÊNCIA NO CAMPO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermagem, como profissão nova e em evolução desenvolveu um conjunto de conhecimentos em termos de conceitos e teorias que dão apoio à sua prática. Os conceitos mais significativos que influenciam e determinam sua prática são: homem ou indivíduo, a sociedade/o ambiente, a saúde e a enfermagem. O centro da prática da enfermagem é o indivíduo. É a partir do doente que surgem os demais conceitos de enfermagem. Sem qualquer um deles a enfermagem não pode evoluir seja como ciência, seja como um campo para a prática profissional. O uso apenas de conceitos, sem teorias é de pouca valia para influenciar a prática de enfermagem (Torres, 1993).

O emergir da enfermagem como profissão autónoma, com elevado contributo na área da saúde, conduziu a que ao longo dos tempos e na tentativa de melhorar as condições de vida das populações se investisse não só no aperfeiçoamento das técnicas, mas igualmente na relação de proximidade entre o cuidador formal e o sujeito doente.

Inicialmente, esta ciência baseava-se num conhecimento essencialmente prático, desvalorizando contextos socioculturais, factores internos e externos capazes de influenciar o estado de saúde e doença da pessoa. Contudo, o contributo de inúmeras personalidades associado à observação e experiência adquirida desde o aparecimento da enfermagem detentora de estatuto profissional permitiu englobar na mesma, um carácter mais humanista e uma visão global do ser humano e do ambiente que o rodeia.

O modelo biomédico foi desvalorizado e o ser humano foi considerado como sistema em aberto em permanente interacção com o meio envolvente com uma personalidade própria e individual dotado da capacidade de estabelecer relações com outros indivíduos. Uma perspectiva integral que pressupõe o sujeito como ser responsável, ciente das suas necessidades e com potencialidade para se realizar a si e aos outros foi adquirida. Tornou-se impossível dissociar o físico e o psicológico, o corpo e a alma, atendendo a que a essência humana consiste na relação entre múltiplas dimensões num processo interactivo com o meio, numa experiência onde se engloba a saúde.

Uma abordagem da ciência humana sobre o cuidar é necessária para a prática de enfermagem de hoje e no futuro. Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade exigem hoje em dia um respeito humano pela unidade funcional do ser humano. Segundo Watson (2002) o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal e social do enfermeiro no tempo e no espaço.

Na perspectiva de Hesbeen (1997) “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” (p. 37).

Cuidar implica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos e os seus projectos (Honoré, 2001).

Segundo Collière (1989) 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.

No cuidar há um comprometimento em promover a humanidade de cada pessoa e em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. “Cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro/cliente ” (Riley, 2004, p. 16). A mesma autora acrescenta que cuidar representa um ideal que orienta os enfermeiros no processo de prestação de cuidados e quando baseado em conhecimentos, traduz um

elevado nível de empenhamento. Assim, o profissional de enfermagem necessita deste empenhamento para dar resposta às diferentes situações com as quais se depara na sua prática profissional. Para tal, tem de equacionar em simultâneo uma série de variáveis complexas: equacionar-se a si próprio enquanto pessoa e profissional, equacionar o contexto e o objecto da sua acção com as suas características próprias. A esta capacidade complexa e dinâmica de resposta diversos autores chamam competência (Collière, 1989; Benner, 2005; Phaneuf, 2005).

Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afectivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou actividade. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. Se a combinatória complexa dos saberes científicos, organizacionais e técnicos é necessária para o tratamento da doença, as qualidades pessoais do enfermeiro, nomeadamente de empatia, são imprescindíveis para cuidar a pessoa.

No entanto, Benner (2005) refere que no domínio do cuidar podemos considerar vários níveis de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Evidencia que o enfermeiro perito para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado não necessita de se apoiar em princípios analíticos. Estes têm uma grande capacidade de adaptabilidade, pelo que, utilizam e adequam experiências concretas do seu passado profissional em situações idênticas actuais. A mesma autora acrescenta que, cada vez mais é admitido que a proximidade global do enfermeiro ao doente, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. As funções educativas, relacionais e as observações do enfermeiro têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde.

Collière (1989), afirma que os cuidados prestados ao indivíduo doente de acordo com a sua natureza podem ser: cuidados quotidianos e habituais, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida (alimentação, conforto físico e psíquico, afecto, entre outros); e cuidados de reparação, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida (doença).

Assim, cuidar pressupõe uma visão humanística com base no conhecimento científico. É um processo inter-subjectivo, assente em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas e em que o enfermeiro participa com a pessoa nos seus cuidados. Estes cuidados se forem prestados de forma coerente, deverão integrar a ajuda ao doente e à família para que atinjam as suas metas. Segundo Riley (2004) estas metas são marcadamente de natureza sociocultural, afirmando que menosprezar aspectos socioculturais significa não captar o ponto fulcral dos cuidados

holísticos. Os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos acerca da cultura, dada a sua influência nas percepções e comportamentos de saúde, tanto dos doentes como dos enfermeiros.

Gameiro (2003) defende que o cuidar constitui a essência no campo da competência específica da enfermagem e que ninguém exerce enfermagem, nem como arte, nem como ciência, sem comunicar eficientemente. Uma vez que, o ser humano enriquece o seu referencial de conhecimentos, transmite sentimentos e pensamentos, esclarece, interage e conhece o que os outros pensam e sentem, face à capacidade de perceber e comunicar. Como refere Henderson (2004), o enfermeiro ajuda as pessoas que cuidam numa função tão complexa, tão individual e tão ligada à personalidade como é a comunicação.

Segundo Riley (2004) a comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Numa abordagem bioantropológica da interacção enfermeiro/doente, Lalande (1995) refere que quando abordarmos o domínio dos cuidados de enfermagem, defrontamo-nos com uma realidade que sendo específica é também pública, uma vez que, envolve outros indivíduos para além dos enfermeiros e reflecte-se na própria instituição em que ocorre. Assim segundo a mesma autora, devemos olhar a prática dos cuidados de enfermagem como “uma interacção social na qual o enfermeiro comunica com outro ser comunicante, com quem se relaciona” (p. 32).

Daí a comunicação merecer a reflexão dos profissionais de enfermagem, com o intuito de se obter melhores níveis de satisfação dos intervenientes durante o processo de tratar e cuidar.

2.2. A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

A comunicação por ser um processo complexo, seu estudo ocorre de forma interdisciplinar e requer abordagens multiteóricas. As inúmeras formas de identificar, compreender e analisar a comunicação têm enriquecido a compreensão desse processo.

A importância da comunicação é de tal ordem que Watzlawick et al. (1971) referem que o ser humano não pode existir sem se comunicar. Esta desempenha um papel de extrema relevância em todo o processo de desenvolvimento humano.

A capacidade do ser humano comunicar-se com outras pessoas é inerente ao comportamento humano, ela não é limitada pelo tempo. Os seres humanos por meio de linguagem comunicam-se sobre o presente, mas a complexidade do uso da linguagem e

a capacidade intelectual permitem a inclusão de factos do passado com projecção para o futuro. A comunicação entre seres humanos não é portanto limitada ao aqui e agora. Sendo o homem um ser eminentemente social, a comunicação reveste-se de particular importância na relação entre as pessoas e é parte integrante de todo o percurso de uma vida. Antes é o meio pelo qual as pessoas participam do mundo em que vivem e é ela que propicia o partilhar das experiências entre pessoas (Stefanelli, Carvalho, & Arantes, 2005).

Segundo Roehrs (2006) a comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens emitidas e recebidas de modo que as próprias mensagens e a sua interacção influenciam o comportamento das pessoas envolvidas.

Para Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). Contudo é preciso não esquecer que estas pessoas são muito diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares.

O processo de comunicação para Stefanelli (2005^a) inicia-se sempre por alguém (emissor) com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa ser esclarecido, dito para outra pessoa. O emissor sente-se então estimulado a iniciar um contacto interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo de sua informação ou ideia para outra pessoa (receptor). Este por sua vez reagirá à mensagem recebida apresentando sua reacção (resposta). Esta autora alerta para o facto de neste processo comunicativo em que as pessoas interagem, o ambiente ter uma influência decisiva na qualidade da comunicação entre elas e em seu resultado, uma vez que, o ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos interferindo na expressão e percepção das ideias.

A dinâmica da comunicação apresenta limites e ambiguidades, mas alguns autores fornece-nos algumas directrizes para analisarmos e percebermos estas situações. Na perspectiva de Phaneuf (2005) na nossa sociedade a comunicação invade-nos de todos os lados, isto é, a comunicação encontra-se em toda a parte, situa-se nos planos cognitivo e afectivo, o plano cognitivo é intelectual e informativo, relaciona-se com os factos e os acontecimentos e transmite-se por meio das palavras. O plano afectivo toca nas emoções e nos sentimentos da pessoa e é traduzido no comportamento não verbal. Entre as mensagens que transmitimos algumas são voluntárias e respondem às necessidades do momento, mas outras são involuntárias, acidentais ou mesmo inconscientes. No entanto uma comunicação infeliz que causou uma má impressão na pessoa cuidada recupera-se raramente, é dificilmente reversível. Os primeiros minutos da

comunicação normalmente são muito importantes, uma vez que dão o tom à relação, o acolhimento da pessoa ou até mesmo o primeiro encontro com ela são determinantes.

Stefanelli (2005^b) acrescenta que a comunicação entre as pessoas exige que a mensagem tenha um significado comum, o facto de o emissor não compreender as mensagens impede a interacção social e consequentemente a vida em comum; é um processo contínuo, cada momento da comunicação é único e não se repete. As pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para elas, todo o ser humano tem seu comportamento e conduta pautada no modo como percebe os factos à sua volta, ou seja, no sentido que dá a eles; cada um confere significado ao que é experienciado no convívio social, compartilhando ideias e perspectivas.

Pelo exposto, percebemos a importância das palavras de Watzlawick et al. (1971) que “todo o comportamento, não só a fala é comunicação e toda a comunicação mesmo as pistas comunicacionais num contexto pessoal afecta o comportamento”. Segundo estes autores o comportamento não tem oposto, ou seja não existe um não comportamento, um indivíduo não pode não se comportar e “está aceite que todo o comportamento numa situação interacional tem valor de mensagem, por muito que o individuo se esforce é-lhe impossível não comunicar. Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem” (p. 44).

A comunicação interpessoal não é portanto uma coisa simples, pois, neste fenómeno nada pode ser considerado de maneira isolada. Está presente em todos os momentos da actuação do enfermeiro, pelo que este tem de familiarizar-se com estes pressupostos que fundamentam a importância da competência em comunicação e constituem o pilar de sustentação dos cuidados de enfermagem.

2.3. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

No contexto das relações enfermeiro/doente as competências e as perícias de comunicação são factores determinantes no processo de comunicação/interacção e por isso torna-se importante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e sobretudo implementem nas suas práticas perícias de comunicação nas interacções comunicativas mais complexas e delicadas. Desta forma, pensar nas práticas de enfermagem, numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais (Saraiva, 2003).

Uma função importante da comunicação é transmitir mensagens de uma pessoa para a outra. Contudo Stefanelli (2005^a) realça uma outra função fundamental relativa à

comunicação em enfermagem: o estabelecimento de relacionamento significativo com o doente, que é uma das principais funções da comunicação nos cuidados de enfermagem. É por este meio que o enfermeiro acolhe o doente, pesquisa dados fidedignos sobre ele, a sua doença, as suas necessidades, sentimentos e pensamentos e oferece elementos para que ele desenvolva a sua capacidade de auto-cuidado e para a satisfação das suas necessidades.

A comunicação é de tal forma importante que Santos (2000) no seu estudo considerou a comunicação/relação enfermeiro/doente como factor facilitador da recuperação da saúde do doente. Nas palavras de Lage (1996) as competências dos enfermeiros em comunicação interpessoal e ajuda são uma componente fundamental do seu papel e pré-requisitos essenciais para cuidados de enfermagem de qualidade.

Baseados nos resultados do seu estudo sobre “a *relação interpessoal enfermeiro/doente*”, Bertone et al. (2007), concluíram que a comunicação é essencial para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal enfermeiro/doente adequado.

Também Millar (1996) citado por Hesbeen (1997, p. 55) no seu estudo referente às expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros, a comunicação foi considerada como sendo primordial na relação enfermeiro/doente. Neste estudo as expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros no que respeita á comunicação, foram as seguintes:

- Ter amabilidade de se apresentar;
- Explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram resultados;
- Despende o tempo que for preciso para falar com eles e se necessário dar-lhes explicações;
- Mostrar-se conscienciosos e abertos às suas perguntas;
- Informá-los todos os dias dos cuidados programados;
- Mostrar coerência quando se trata de os informar;
- Responder aos seus chamamentos e aos seus pedidos dentro de um período razoável;
- Assumir a continuidade dos cuidados, evitar mudanças constantes de enfermeiros;
- Informá-los sobre as consequências da doença que os afecta;
- Transmitir aos outros membros de equipa de cuidados a informação que receberam dos doentes;
- Responder às suas perguntas e satisfazer as suas necessidades, mas também saber prevê-las;

- Dar-lhes a sensação de que são realmente escutados e interessar-se pelos seus problemas e suas preocupações;
- Dizer-lhes claramente aquilo que têm ou não direito a esperar.

Ao considerarmos que não podemos existir sem comunicar e que existimos como pessoa em frente à outra concluímos que a nossa vida é um contínuo comunicar. Stefanelli (2005^a) refere que a comunicação entre enfermeiro e doente é feita pela transferência de informação e por um conjunto de aspectos psicossociológicos inerentes à personalidade do doente. A comunicação será interactiva quando o conteúdo e o estilo da comunicação fazem sentido para estes dois interlocutores e quando o processo vincutivo da relação passa pela capacidade de produzir e fazer entender as mensagens úteis para ambos. Na opinião da mesma autora, a comunicação é um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão de mensagens: a comunicação verbal e a comunicação não verbal.

2.3.1. A comunicação verbal

Na perspectiva de Phaneuf (2005) a comunicação verbal é a forma que tomam as trocas quando se faz intervir a palavra. É um arranjo de palavras que dá um sentido ao que se quer exprimir; é uma ferramenta de relação, pela magia das palavras exprime-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas.

No mundo profissional do enfermeiro, as trocas verbais são instrumentos funcionais frequentemente desumanizados e a palavra que reconforta porém é tão necessária à qualidade de uma relação.

A competência do enfermeiro em comunicar verbalmente com o doente está associada a várias dimensões dos cuidados. Segundo Phaneuf (2005) quando este está em interacção com o doente deve exprimir-se de maneira a ser compreendido e fazer aceitar o que ele quer transmitir. Para isso a sua maneira de exprimir-se deve ser de forma:

- **Simples**, de maneira a que os termos utilizados sejam compreendidos pelo doente que escuta, o que exclui as abreviaturas e as siglas, os termos específicos e médicos, com construções de frases demasiado complicadas;
- **Clara**, para que os conceitos utilizados não levem a várias interpretações, de maneira a evitar confusões; devem ser realizadas as explicações necessárias;

- **Breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver**, a fim de que o doente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca vários assuntos ao mesmo tempo;
- **Apropriada ao tempo e às circunstâncias**, o enfermeiro escolhe o momento mais conveniente em função da hora, do dia e do estado do doente para recolher ou comunicar as informações necessárias;
- **Adaptável às reacções do doente**, o enfermeiro deve estar em condições de aprender qualquer oposição, qualquer incompreensão ou qualquer emoção que surgindo durante um diálogo pode modificar o seu curso.

Contudo nos cuidados de enfermagem diariamente o enfermeiro é confrontado com numerosas e variadas interferências na comunicação com o doente. Segundo a autora referida, as interferências externas referem-se às interrupções causadas pelas chamadas telefónicas, as interpelações pelos colegas de enfermagem, a entrada e saída de visitas, o barulho dos carrinhos que se deslocam pelo serviço, o som proveniente de rádios e televisões, os alarmes dos aparelhos de monitorização e todos os barulhos exteriores constituem verdadeiras barreiras à comunicação. Até mesmo as barreiras de protecção individual como a máscara e luvas podem interferir nas trocas de informação entre o enfermeiro e o doente. As interferências internas estão ligadas a défices físicos como a surdez, a distensão abdominal, a sonolência, a dispneia, entre outros. No entanto são as manifestações nociceptivas que interferem mais nas relações enfermeiro/doente. Quando um doente está em sofrimento torna-se muito difícil comunicar com ele, se não for para ouvir a sua queixa e reconfortá-lo.

De acordo com Riley (2004) a comunicação pode facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica, ou pelo contrário contribuir para a criação de barreiras a esse tipo de comunicação. Além destas interferências referidas na comunicação, outros factores podem influenciar a comunicação de maneira positiva ou negativa. Podem tornar-se verdadeiros obstáculos que prejudicam as trocas entre enfermeiro e doente. Exemplo disso, é a religião e a cultura, que supõe valores, crenças, comportamentos e rituais que desorientam, confundem os enfermeiros prejudicando a relação entre eles e o doente. Também os preconceitos e estereótipos sociais, são passíveis de perturbar a comunicação, uma vez que os preconceitos manifestam-se com frequência mesmo contra a vontade do enfermeiro, pelas atitudes e na acção. Os enfermeiros deverão ser capazes de respeitar todas as pessoas doentes, quaisquer que sejam o seu estado ou a sua pertença social (Phaneuf, 2005).

Em cuidados de enfermagem a comunicação verbal serve múltiplos objectivos, ela permite confirmar o doente na sua existência e na sua identidade. A escolha das palavras

e da maneira de fazer tornam-na numa ferramenta potente nas trocas quotidianas, no ensino aos doentes e na manifestação da compreensão do enfermeiro.

2.3.2. A Comunicação não verbal

A comunicação humana, especialmente a que se processa frente a frente, é sobretudo não verbal (Sá & Machado, 2006).

Na perspectiva de Phaneuf (2005) a comunicação não verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido. Trata-se da expressão de mensagens transmitidas por processos, outros que não linguísticos, o que inclui os gestos, as mímicas, o volume e a modulação da voz, o débito do discurso e igualmente diversos sons e reacções emotivas. De uma maneira geral segundo Stefanelli (2005^a) a linguagem não-verbal envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais.

Outros autores, Santos e Shiratori (2008), referem que a necessidade de compreender a expressão não verbal emitida pelo doente, reforça a aproximação da equipa de enfermagem com este. E ao realizar essa aproximação o enfermeiro faz um estudo das reais necessidades do doente e facilita desta maneira a elaboração de um plano terapêutico, contribuindo para a realização de um cuidado abrangente e sistematizado.

Os profissionais de enfermagem têm que ter presente que todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não verbal do doente são reveladoras da sua vivência. Como refere Collière (1989) “todos estes sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria” (p. 246).

Uma das condições, talvez a mais básica para o êxito na prestação de cuidados, reside na capacidade do enfermeiro ouvir, compreender, estar atento, interessado e fundamentalmente saber demonstrá-lo ao doente. O comportamento não verbal do enfermeiro será a primeira fase, pela riqueza de sinais não verbais emitidos, o doente ao perceberá-lo, sentir-se-á mais apoiado e capaz de se envolver na relação, revelar as suas necessidades, facultando assim ao enfermeiro uma via para implementar estratégias de ajuda ao doente. Uma vez que “para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver e reaprender a ver “consiste em reaprender a comunicação não verbal”. A comunicação não verbal objectiva “a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais

que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo facies, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais do seu meio social, do espaço em que se situa” (Collière, 1989, p. 246).

A linguagem não verbal muitas vezes é desprezada, os enfermeiros nem sempre lhe dão uma importância suficiente, no entanto ela pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir. Segundo Mehrabian citado por Phaneuf (2005) “transmitidas pelos nossos olhares, as nossas mímicas, o tom da nossa voz, as nossas posturas e os nossos gestos, esta linguagem, traduz 93% do significado das nossas mensagens” (p. 70).

Na interacção com os doentes, segundo Silva (2005) o enfermeiro deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não verbal, cinésica, proxémica, táctica e paralinguagem ou paraverbal e aperceber-se de emoções e reacções dos doentes que deve aprender e reconhecer. Por outro lado, o enfermeiro também tem de ter em atenção à expressão da sua linguagem não verbal na interacção com o doente. A linguagem cinésica é conhecida como a linguagem do corpo. Assim, quanto aos traços físicos, o que nos impressiona em primeiro lugar num doente é a sua aparência física, a sua maneira de estar, de olhar, entre outros factores. A expressão do olhar e da face geram normalmente comportamentos não verbais muito reveladores. A região ocular é particularmente expressiva e os traços da face, estes não tomam o seu sentido real senão por uma leitura global da expressão facial e do contexto. Na comunicação verbal, os gestos, também são fundamentais, pois servem para ilustrar o que o doente sente.

No quotidiano da enfermagem, é de salientar o olhar como um instrumento colocado em prática pelos enfermeiros, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente com intuito de captar todas estas emoções e reacções referidas reveladas através da comunicação não verbal do doente. O profissional de enfermagem através do olhar pode ler expressões do rosto do doente, as quais por vezes indicam o que o este não consegue dizer ou se esforça por esconder. Por vezes, a informação captada através do olhar torna-se invasiva para o doente na medida em que as expressões, reacções, ou mesmo algumas partes do corpo que o doente entende que são privadas, conseguem ser alcançadas por este órgão dos sentidos, excepto se houver algum tipo de impedimento que resguarde o observado.

Riley (2004) corrobora com o anteriormente referido, pois afirma que na prestação de cuidados de enfermagem existe uma enorme exposição do indivíduo e, consequentemente, este é alvo de um olhar mais atento e intenso por parte do enfermeiro como forma de detecção de sinais e de vigilâncias com fins terapêuticos ou preventivos.

A linguagem proxémica segundo Silva (2005) estuda os espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interacção. Quando o enfermeiro invade

o território de um doente aproximando-se demasiado dele ou tocando-o produz neste ruptura do equilíbrio psicológico e mesmo em certos casos um sentimento de agressão e de insegurança. O tocar depende também do conceito de territorialidade, uma vez que, supõe uma penetração no espaço imediato do doente. Santos e Shiratori (2008) no estudo que realizaram referem que a proxémica, ou seja, a aproximação dos corpos dos sujeitos que participam de uma relação interpessoal, ser o factor principal de influência que a comunicação não verbal pode ocasionar durante os cuidados de enfermagem. Dado que a aproximação enfermeiro/doente, justifica-se devido à necessidade de estabelecer uma comunicação e do relacionamento interpessoal, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao doente.

Na perspectiva de Silva (2005) a linguagem tacésica estuda o toque, não só como instrumento de sensação, mas também como expressão de afectividade. Apesar das ambiguidades sempre possíveis, o tocar continua a ser um meio de comunicação importante em cuidados de enfermagem. É das primeiras sensações experimentadas pelo ser humano quando nasce. Como refere Ferrão (2005) desde a via maternal e depois ao longo do desenvolvimento do ser humano, o tacto permite a expressão de afectos, a vinculação, a identidade e a intimidade, tornando-se num veículo imprescindível nas relações de afecto e interpessoais.

O sentido do tacto é privilegiado pela carga emocional que este poderá transmitir, as mãos vão estabelecer um elo de comunicação. Aquando a prestação de cuidados, o tacto deve ser um acto espontâneo e sincero, logo este tipo de comunicação não deve traduzir sentimentos negativos (Gomes, Oliveira, Pires, Ramos, & Alves, 2006). A maioria dos doentes recebe o toque como um sinal de que não está sozinho e de que alguém se preocupa com ele. Associado à comunicação verbal o toque pode melhorar a interacção enfermeiro/ doente.

A Paralinguagem ou paraverbal estuda o tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, os grunhidos, o choro e os soluços que utilizamos ao falar, o silêncio entre outros, são comportamentos paraverbais do doente indicadores ricos de significados. Portanto é possível concluir que através da comunicação não verbal, transmitimos as mensagens de forma inconsciente, por meio da expressão facial, da linguagem corporal, das características físicas, da tacésica e da proxémica (Silva, 2005).

Verificamos neste contexto que para a comunicação ser utilizada como um instrumento básico dos cuidados de enfermagem, é necessário que o enfermeiro identifique os diversos meios que os doentes possam utilizar para comunicarem-se de forma não verbal e principalmente que saiba correlacionar o significado de cada método, para que se estabeleça o processo comunicativo. Por outro lado, torna-se interessante ressaltar a importância da utilização da comunicação não verbal pela equipa de

enfermagem, uma vez que, o objectivo é considerar o doente como um ser singular, onde os cuidados a serem prestados a este deverão ser feitos de forma individualizada (Santos & Shiratori, 2008).

Na realidade, o que advém da comunicação não verbal é mais facilmente retido relativamente às palavras, compreendemos facilmente a importância de estabelecer uma relação harmoniosa entre estes dois modos de expressão. É preciso não esquecer que as mensagens silenciosas do olhar, da expressão facial ou da postura são em grande parte inconscientes e podem trair a nossa vontade, os nossos verdadeiros sentimentos. Segundo Mehrabian citado por Phaneuf (2005) “somente 7% das nossas comunicações serão traduzidas em palavras, 38% sê-lo-ão pelas características da voz e 55% pelo resto do corpo” (p. 28).

Esta concordância entre o verbal e o não verbal necessário à comunicação na perspectiva de Riley (2004) apela ao conceito de autenticidade, congruência e assertividade, ou seja, está intimamente ligada ao comportamento profissional do enfermeiro. A pessoa autêntica é aquela que não procura enganar, exprime nas suas palavras e nas suas atitudes a harmonia dos seus pensamentos, das suas emoções e dos seus desejos. Para o enfermeiro ser congruente tem de estar atento ao que sente e pensa, uma vez que a capacidade de congruência, corresponde à concordância entre o que o enfermeiro pensa, sente e aquilo que exprime durante a comunicação com o doente. A assertividade é a chave para uma relação bem sucedida entre doente e enfermeiro. Comunicar assertivamente é ser competente nas várias estratégias de comunicação para expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo, em simultâneo, os seus direitos e os dos outros; é ter atitude positiva acerca da comunicação directa e franca; sentir-se confortável e controlar a ansiedade, tensão, timidez ou medo; sentir-se seguro relativamente a seguir uma conduta respeitando-se a si e aos outros e respeitar os seus direitos e os dos outros.

Rogers (1974) também defende que a autenticidade e congruência constituem a base para uma melhor comunicação. Utiliza como sinónimo de autenticidade e congruência, o ser genuíno, que consiste na expressão verbal e não verbal de sentimentos e pensamentos verdadeiros.

Oriá, Moraes e Victor (2004) acreditam que para haver comunicação a expressão verbal ou não verbal do doente e/ou enfermeiro, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre eles, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado. Desta forma, estes autores defendem que a promoção de um cuidado holístico envolve as necessidades bio-psico-socio-espiritual e emocional e perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro/doente.

2.4. A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COMO SUPORTE NA RELAÇÃO DE AJUDA

A comunicação interpessoal ocorre em todo o momento no desempenho do profissional de enfermagem, podendo, contudo, ser terapêutica ou não terapêutica. Lalanda (1995) perspectiva que a comunicação enfermeiro/doente deve ser terapêutica, pois afirma que “comunicar, enquanto arte profissional, tem de se aprender, analisar, e sobretudo treinar e a enfermeira ou o enfermeiro têm de recorrer a essa “arte” na sua prática quotidiana (...) como uma atitude terapêutica que promova a independência e favoreça a cooperação do internado” (p. 29). Podemos depreender que a comunicação é terapêutica quando ajuda, quando promove, quando dá oportunidade ao doente de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades.

Na opinião de Riley (2004), a comunicação terapêutica é o suporte da relação de ajuda terapêutica. Com a relação de ajuda o enfermeiro desenvolve-se, conhecendo-se melhor e ajuda o doente a desenvolver-se também. Segundo a mesma autora, a relação de ajuda distingue-se das relações de carácter social, no sentido em que é estabelecida em benefício do doente, enquanto as relações entre familiares e amigos visam uma satisfação mútua de necessidades. Em particular, “a relação cliente/enfermeiro visa ajudar o cliente a alcançar e manter um nível óptimo de saúde”, uma vez que, existe “confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação profissional” (p. 26).

A comunicação, ao constituir um veículo para o estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica, é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo, então, crítica para o sucesso das intervenções de enfermagem. Como refere Phaneuf (2005) a comunicação e a relação de ajuda são considerados factores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda. Também Lazure (1994) afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua acção junto da pessoa através da relação de ajuda. Esta relação tem por objectivo dar ao doente a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir se ele quer e/ou deve mudar. Esta autora defende que na relação de ajuda, um dos intervenientes deve procurar promover no outro a mobilização dos recursos internos ou externos. Esta perspectiva implica que o enfermeiro mantenha a convicção que o doente, independentemente do seu problema de saúde, é o único sujeito possuidor dos recursos básicos para os solucionar.

Rogers (1974), uma das referências para a enfermagem, cuja abordagem se desenvolveu no âmbito da psicoterapia, considerado como um clássico de relação

terapêutica, entendia a relação de ajuda como sendo aquela em que pelo menos uma das partes tenta fomentar na outra o seu crescimento, desenvolvimento e maturidade com vista a uma melhor utilização dos seus recursos internos.

Segundo Lage (1996), os enfermeiros dada a sua função de gestores da relação precisam ponderar e ter presente que os seus comportamentos podem ter efeito positivo, a de desencadear uma relação aberta, ou pelo contrário, um efeito negativo a de bloquear, inibir ou distorcer toda a comunicação com o doente. Desta forma, os autores Bertone et al. (2007) referem que a comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objectiva o cuidado e através deste favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada.

Durman (2003) num estudo que realizou chegou à conclusão que apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, apontam falhas no relacionamento interpessoal e referem uma maior necessidade em ouvir os doentes, terem mais leituras sobre o assunto e planear suas acções, levando em consideração o cuidado holístico. Esta tomada de consciência pelos enfermeiros da importância dos conhecimentos sobre comunicação humana, relação de ajuda terapêutica e uso consciente deste saber foi o ponto de destaque deste estudo.

Conhecendo a importância da comunicação terapêutica e suas influências no restabelecimento da saúde dos doentes, Pontes, Leitão e Ramos (2008) referem que se deve avaliar se esta ocorre, de modo que se considere relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces desse cuidado ao doente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sob o prisma do processo de comunicação.

Assim, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tanto, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir capacidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na prestação de cuidados ao doente (Bertone et al., 2007).

A comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre enfermeiro e doente, mas é uma acção que deve ser planeada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva, ou seja o essencial é usar a comunicação terapêutica de forma consciente e planeada.

A comunicação terapêutica segundo Stefanelli (2005^b) é a

competência do profissional de saúde em usar conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia (p. 65).

Outros autores reforçam que a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha, 2005).

O enfermeiro ao conviver com o doente por mais tempo que outros profissionais da saúde, principalmente quando se trata de uma doença crónica que exige um cuidado mais prolongado, ambos experimentam um conjunto de fenómenos, sentimentos, pensamentos e reacções que podem interferir benéficamente no processo de comunicação. Entre eles estão a empatia, o respeito mútuo e a confiança. Segundo Stefanelli (2005^b) estes são três elementos chave do processo comunicativo, para que a comunicação interpessoal seja efectiva, terapêutica ou adequada.

A empatia é muitas vezes confundida com a identificação e simpatia. Para que a interacção com o doente se torne terapêutica o enfermeiro tem de tentar perceber a experiência do outro, como este a vivencia, estando sempre atento para não perder o seu papel de profissional ou mesmo a sua identidade. Quando esta percepção do mundo do outro acontece pode-se dizer que está presente a empatia. A empatia e o envolvimento emocional são fundamentais para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro. Somente assim ele pode oferecer um cuidado individualizado, respeitando as crenças, os valores e a cultura do doente (Stefanelli, 2005^b).

Rogers (1974) também estudou o significado e valor da empatia e afirma que esta promove o crescimento das relações humanas. Acrescenta que ser empático é entre outras situações ser sensível, em todos os momentos com a outra pessoa, quando esta expressa seus sentimentos, é entrar no mundo dela sem julgá-la.

Também Riley (2004), afirma que quando nos colocamos no lugar do outro e lhes dizemos que sabemos o que é estar no seu lugar, estamos a ser empáticos. Por outro lado, menciona que a empatia é a capacidade intrínseca de compreender os outros e o objectivo é ajudar o estabelecimento de uma relação de ajuda. Esta autora acrescenta

ainda, que a empatia incluiu “a capacidade de reflectir com precisão e especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos pelos doentes, traduzindo-a em comportamentos não verbais de calor humano e autenticidade” (p. 133). A empatia do enfermeiro pode contribuir para o aumento da auto-estima do doente, pois o facto de dispendir tempo a estar atento, ouvir, processar a informação e reflectir sobre o que o doente disse, fá-lo sentir importante.

A capacidade de empatia segundo Stefanelli (2005^b) está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal. Esta autora perspectiva a confiança como o sentimento que permite à pessoa aprender a lidar com o mundo e resolver problemas. Por outro lado, a confiança inclui respeito, honestidade, consistência, fé e esperança. Refere ainda, que demonstrar congruência, consistência e empatia, ajudar o doente a aceitar-se como ele é, ser flexível, manter o contacto visual respeitar o seu silêncio, promover o alívio de sua ansiedade são factores entre outros que podem fomentar o surgimento mais rápido da confiança. Também acrescenta que ter respeito mútuo pela pessoa é acreditar na sua dignidade e valor, independentemente de seu comportamento. É aceitá-la sem julgá-la. Demonstrar franqueza e honestidade, evidencia por meio da comunicação empática que se aceita o doente como pessoa.

Para Rogers (1974) o respeito pela pessoa é denominado de aceitação positiva incondicional. Isto significa aceitar os outros por aquilo que são e não pela maneira como se comportam ou características especiais que possuem. Para este autor, esta atitude é possível quando existe respeito pelas capacidades e potencialidades do outro. Significa aceitá-lo com os seus sentimentos, emoções e raciocínios adequados ao seu ritmo de mudança. Riley (2004) acrescenta que ser respeitado “faz a pessoa sentir-se importante, cuidada e válida” (p.111).

Lazure (1994) refere que o respeito pelo outro é admitir que ele é único, e que devido a essa unicidade, este possui a capacidade para aprender a viver da forma mais satisfatória que lhe é possível. O respeito não é uma característica de relação de ajuda, mas uma qualidade fundamental, é uma atitude de base que encontra a sua expressão nos comportamentos. O respeito é manifestado pelo enfermeiro através do seu comportamento e atitude, da sua forma de estar e agir para com o doente, para ajudar, considerando-o como ser único com diversidades de experiências, acreditando que é capaz de tomar decisões, ajudando-o a descobrir os seus recursos para cuidar de si próprio.

Uma capacidade ligada à empatia segundo Riley (2004) é a escuta activa. Esta autora afirma que podemos escutar passiva ou activamente, que ao praticarmos escuta

passiva não integramos a articulação dos sentimentos do outro, faltando a convicção e a tranquilização da escuta activa.

Segundo Lazure (1994), as capacidades de 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. Define escuta activa como a capacidade de ouvirmos com todos os nossos sentidos, a fim de identificar as reais necessidades do doente.

Pelo exposto, podemos afirmar que, no desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação terapêutica que facilitam a interacção enfermeiro/doente. Ao utilizá-las o enfermeiro deve considerar cada uma delas particularmente para cada situação específica.

Riley (2004) refere que o enfermeiro na implementação do processo de enfermagem deve recorrer a técnicas de comunicação terapêuticas como:

- **Escuta**, capacidade do enfermeiro em demonstrar, pela comunicação não verbal, o seu interesse pelo doente, enquanto observa as reacções deste face às mensagens recebidas;
- **Silêncio**, capacidade do enfermeiro comunicar ao doente, de forma não verbal, a sua aceitação;
- **Orientação**, instruções/orientações dadas ao doente com o intuito deste saber o que se espera dele;
- **Comentários abertos**, observações de âmbito geral capazes de direccionar a interacção e encorajar o doente a prosseguir;
- **Redução da distância**, entre enfermeiro e doente transmitindo a mensagem de que o enfermeiro quer estar próximo do doente;
- **Consideração**, reconhecimento da importância do doente na interacção;
- **Recapitulação**, validação da interpretação da mensagem por parte do enfermeiro ao doente;
- **Reflexão**, remeter ao doente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas;
- **Clarificação**, pede input adicional ao doente de forma a compreender a mensagem recebida;
- **Validação consensual**, demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidos pelo doente;

- **Focalização**, questões ou afirmações com o intuito de ajudar o doente a desenvolver uma ideia;
- **Síntese**, revisão através da qual é feita uma constatação dos principais temas discutidos durante a interacção;
- **Planificação**, decisão mútua relativamente à finalidade e direcção das interacções futuras.

Stefanelli (2005^c) também estudou a comunicação terapêutica enfermeiro/doente referindo que as técnicas de comunicação terapêutica podem ser classificadas em três grupos: de expressão, de clarificação e de validação.

No grupo de expressão, segundo esta autora, estão implícitas estratégias que estimulam ou facilitam a expressão verbal de pensamentos e sentimentos sobre a experiência que os desencadeou, e são fundamentais na descrição da própria experiência. Algumas técnicas deste grupo são ouvir reflexivamente, usar terapêuticamente o silêncio, verbalizar a aceitação e interesse, usar frases com sentido aberto, permitir ao doente que escolha o assunto, verbalizar dúvidas e usar terapêuticamente o humor.

No grupo de clarificação, as estratégias são utilizadas para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens enviadas pelos doentes, quando parte delas contém ambiguidades. Algumas destas técnicas, segundo a referida autora, reportam-se a: estimular comparações, solicitar ao doente que esclareça termos incomuns e que precise o agente de acção e descrever os eventos em sequência lógica. Se o enfermeiro não clarificar e validar a mensagem do doente, incorrerá no risco de agir com base nos seus valores, crenças ou fazer interpretações erradas.

A validação da mensagem, na opinião desta autora, deve ser contínua no processo de comunicação. A validação tem importância fundamental na verificação da compreensão das informações e orientações dadas ao doente pelo enfermeiro. Ela ajuda-o a ter uma visão mais realista do mundo e a experimentar a sensação de ser compreendido. Algumas técnicas de comunicação terapêutica deste grupo de validação são: repetir a mensagem do doente, pedir ao doente para repetir o que foi dito e resumir o conteúdo da interacção.

Stefanelli (2005^b) entende que o uso da comunicação terapêutica é essencial para ajudar o doente a mover-se da dependência para a interdependência e independência, dentro das suas possibilidades. O objectivo é a autonomia do doente para desenvolver a própria vida.

Contudo, na nossa prática diária são frequentes a utilização de técnicas de comunicação não terapêuticas, ou seja, as que dificultam a interacção enfermeiro/doente

e consequentemente a implementação do processo de enfermagem. Segundo Riley (2004) estas técnicas de comunicação não terapêutica dizem respeito a:

- **Não escutar**, em que o enfermeiro coloca as suas necessidades acima das necessidades do doente; inúmeros são os factores que podem provocar a ocorrência deste tipo de comunicação, as condições emocionais e de saúde do enfermeiro, problemas pessoais ou de trabalho, dificuldade de fixação e concentração, de atenção, sobrecarga de trabalho, fadiga, entre outros;
- **Colheita inadequada de dados**, ao se seguir rigidamente o formulário, podemos não estar a explorar dados importantes para a prestação de cuidados individualizados ao doente;
- **Julgar**, aprovando ou reprovando os relatos do doente, demonstrar aprovação ou reprovação do comportamento do doente emitindo julgamento da situação retira do doente a oportunidade de tomar as suas próprias decisões;
- **Acalmar**, tentando dizer a palavra mágica, negando o medo e sentimentos do doente; transmite ao doente ausência de sentimento empático, que traduz falta de sensibilidade e consideração pelos sentimentos do doente;
- **Rejeição**, recusando discutir os temas com o doente;
- **Defesa**, tentando proteger alguém ou alguma coisa do *feedback* negativo, negando ao doente o direito de exprimir a sua opinião;
- **Aconselhamento**, negando ao doente a palavra como parceiro na tomada de decisão; dizer ao doente sobre o que deve pensar, como comportar-se ou o que fazer, pode significar que o enfermeiro sabe o que é melhor para o doente e que este é incapaz de tomar decisões retardando o seu desenvolvimento para a independência e autonomia;
- **Responder com estereótipos**, ao utilizar expressões verbais banais e sem significado, o enfermeiro nega o significado da comunicação ao doente;
- **Mudar de conversa**, o enfermeiro dirige a interacção para áreas de seu interesse, levando à não existência de discussão de temas importantes para o doente;
- **Paternalismo**, coloca o enfermeiro num plano superior, evidenciando condescendência em relação ao doente.

Cabe a cada enfermeiro no seu dia-a-dia, seja no ensino, seja na prática ou na pesquisa, evitar todas estas técnicas de comunicação não terapêutica desenvolvendo a

competência em comunicação e descobrir novas formas de tornar sua comunicação com o doente a mais terapêutica possível, nunca permitindo que ela se torne um acto puramente mecânico e rotineiro.

2.5. O DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O doente oncológico é compreendido como uma pessoa portadora de doença oncológica, devido às características inerentes a uma patologia frequentemente de mau prognóstico e respectivo tratamento (Casmarrinha, 2008).

Murad e Katz (1996) acrescentam que ter um cancro significa uma pesada carga emocional, de angústia e sofrimento, tanto para o doente como para toda a sua família. Pode ainda levar a profundas alterações em alguns aspectos da vida humana: profissional, económico, sexual e familiar.

O doente oncológico ao ser internado experiencia medos, sentimentos de dependência, ruptura com o seio familiar e social, inerente a qualquer pessoa que é internada, agravado pelo facto de se tratar de um doente oncológico, estes estadios emocionais poderão tomar proporções tanto maiores quanto mais sentimento de morte e sofrimento estiverem presentes (Moreira, Castanheira, & Reis, 2003). Este sentimento de morte e sofrimento é evidente quando o doente além de ter uma doença oncológica é confrontado com um agravamento do seu estado de saúde impelindo para um internamento de cuidados intensivos. A imagem que o cidadão comum tem de uma UCI, e que também é veiculada pelos meios de comunicação, é de um ambiente tecnológico onde se prestam cuidados de saúde de "fim de linha". Isto é, dentro dos vários departamentos das instituições de saúde identificamos as UCIs como os locais onde são atendidos os doentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue. Daí a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades e que corresponde a estados limite de doença.

Na perspectiva dos autores, Thelan, Davie, Urden e Lough (1996), a prática de enfermagem de cuidados intensivos é um processo dinâmico, cujo âmbito é definido pelo doente em estado crítico, pelo enfermeiro dos cuidados intensivos e pelo ambiente em que são prestados os cuidados intensivos; são estes os três elementos necessários à prática de enfermagem de cuidados intensivos. O doente em estado crítico caracteriza-se pela presença de problemas de vida ou de morte reais ou potenciais e pela necessidade de observação e intervenção contínuas, para evitar complicações e restaurar a saúde. O conceito de doente em estado crítico inclui a família e/ou pessoas significativas. O

enfermeiro de cuidados intensivos é a pessoa implicada em garantir que os doentes em estado crítico recebam cuidados óptimos.

Braga (2003) ressalta que o enfermeiro de uma UCI precisa de ter capacidades para exercer actividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança juntamente com o conhecimento científico para que este possa conduzir os cuidados ao doente com segurança. O enfermeiro deve estar preparado para a qualquer momento, atender doentes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem grande capacidade para tomar decisões e implementá-las em tempo útil. A preparação adequada deste profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado numa UCI.

Segundo Santos (2001) os serviços de cuidados intensivos são caracterizados da seguinte forma:

as UCIs são constituídas por equipas de médicos, enfermeiros e técnicos treinados em reanimação circulatória, respiratória e metabólica, instaladas em meio hospitalar com equipamento adequado para avaliar continuamente as funções dos órgãos vitais e reconhecer precocemente os seus desvios, de tal modo que estes possam ser prontamente corrigidos antes de haver alterações irreversíveis e incompatíveis com a vida (p. 244).

2.5.1. O Cuidar em cuidados intensivos

A prestação de cuidados numa UCI segundo alguns autores (Nascimento & Trentini, 2004; Barlem, Rosenhein, Lunardi, & Filho, 2008) ainda é fundamentalmente, orientada pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada principalmente para a condição patológica e para os procedimentos técnicos e terapia medicamentosa, em detrimento da integralidade do cuidado, sem a necessária atenção aos sentimentos e percepções do doente e de seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença.

É preciso considerar que quanto maior for o grau de sofisticação tecnológica, tanto maior será o risco da grande preocupação de todos os profissionais recair nas máquinas, acabando por se esquecer, de alguma forma, que na razão de ser daquele equipamento está um doente e que este doente é uma pessoa. Um estudo realizado por Santos (2000) sustenta que a principal preocupação dos enfermeiros da UCI era responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia exigida à manutenção das suas vidas. A abrangência das funções técnico-científicas parecia deixar

pouco espaço aos enfermeiros para valorizarem a relação interpessoal utilizando-a como forma de ajuda no contexto do cuidar.

O enfermeiro que cuida estes doentes, está perante uma pessoa muito dependente, que requer cuidados técnico-instrumentais muito específicos mas que, em simultâneo, se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade na sua vida. O profissional de enfermagem tem assim de estar preparado, não só com capacidades técnico-instrumentais específicas, mas também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação. O sucesso da relação, irá também depender das capacidades do enfermeiro para encarar o sofrimento humano.

Para muitas pessoas, incluindo os profissionais de saúde, a doença oncológica não é uma doença como as outras, estando ligada a ideias e representações muito diferentes. Os significados que estão popularmente associados á palavra cancro incluem mutilação, dor, dependência, rejeição, ansiedade e morte. Segundo Pereira e Lopes (2002) é um dos conjuntos de patologias mais temidas na actualidade, assumindo uma representação social de elevada componente simbólica.

A experiência de sofrer de cancro inclui componentes físicas, sociais e emocionais de intensidade variada. Dependendo da sua localização inicial o cancro pode manifestar-se por problemas cutâneos, alterações nas mucosas, dificuldade respiratória, dor, astenia e alterações neuropsiquiátricas (Phipps, Sands, & Marec, 2003). Esta sintomatologia provocada pela doença oncológica poderá tornar-se mais limitante e incapacitante para o doente quando pelo agravamento da sua doença se deparar com a necessidade de internamento em cuidados intensivos e com a presença de tubo endotraqueal, impossibilitando-o de expressar-se oralmente. Segundo Thelan et al. (1996) os factores de stress psicológicos muitas vezes presentes nestes doentes com uma doença grave e o internamento em cuidados intensivos são a impotência, desanimo, solidão, mudança de papéis na família e no trabalho, alterações da imagem corporal, medo de futuras mudanças no estilo de vida e medo da morte. Estes e outros factores de stress psicológicos podem produzir também comportamentos reveladores de ansiedade, negação e depressão.

Os efeitos da doença oncológica sobre as necessidades de vida e sobre o sistema de valores do doente e família bem como a hospitalização em cuidados intensivos e os tratamentos onde é incluído a ventilação com presença de tubo endotraqueal, provocam desde o momento do diagnóstico e admissão nos cuidados intensivos múltiplas respostas no indivíduo. Portanto, como refere Lalande (1995) é essencial que o doente se sinta como em casa, minimizando os efeitos de uma hospitalização. O doente uma vez

confrontado com a situação de crise, desorganiza-se. Torna-se necessário olhar o doente por outro ponto de vista, como sujeito e cidadão que carrega consigo, para dentro das instituições seus desejos, sofrimentos, expectativas, crenças e valores, pois como afirma Lalanda (1995), “na realidade, as doenças não existem! O que existe são pessoas doentes” (p. 28).

Na perspectiva de Thelan et al. (1996) as crenças e práticas religiosas podem fornecer ao doente algumas medidas de aceitação da doença, um sentido de domínio e controlo, podem ser uma fonte de esperança e pode dar uma força para enfrentar o stress actual. Segundo estes autores, um doente pode discutir as suas preocupações e crenças religiosas de forma aberta ou encará-las como assunto privado e pessoal. Partilhar as preocupações com um ouvinte activo e compreensivo pode aliviar a tensão emocional. O doente tranquiliza-se por saber que não está sozinho e que alguém sabe e se preocupa com o que este está a vivenciar.

O doente pode também partilhar preocupações com membros da família, contudo pode ter relutância em preocupar ainda mais as pessoas de quem gosta ou pode pertencer a uma família onde este tipo de comunicação não é norma. Um doente que prefira este mecanismo de *coping*, beneficiará com enfermeiros que reconhecem quando um doente precisa de falar e que sabem escutar activamente.

Os enfermeiros de uma UCI que executam os aspectos técnicos e físicos dos cuidados de forma competente e conscienciosa, promovem a confiança do doente. Muitos dos factores de stress da UCI são agressivos para a integridade biológica e emocional do doente. O ambiente técnico pode parecer frio e impessoal. No entanto, segundo Thelan et al. (1996) um toque suave, um olhar compreensivo e uma atenção cuidadosa ao conforto físico do doente instilam esperança, promovem o conforto, a segurança e o relaxamento. Twycross (2001) acrescenta que o suporte psicossocial ao doente oncológico pressupõe algumas medidas essenciais destacando o toque. Refere que o tacto constitui um meio importante para estabelecer a relação com o doente, reduzir a sensação de solidão, o silêncio a que tantas vezes o doente é votado. É pois necessário ter presente que o doente sendo mais do que um organismo biológico é antes de tudo uma pessoa humana, que necessita de atenção, comunicação, de se sentir acompanhado, de ser tratado amavelmente, de ser escutado e compreendido, de sentir útil respeitado e protegido.

Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda, o enfermeiro deve desenvolver competências de ajuda, facilitando a compreensão dos problemas do doente e da família, ter a capacidade de perceber as alterações que a doença oncológica juntamente com o internamento em ambiente de cuidados intensivos lhes provoca, saber dos seus valores, atitudes e posturas e ajudá-los a mobilizar os seus recursos e potencialidades, na

doença. Como refere Collière (1989) “ o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes” (p. 287).

O ambiente numa UCI tornar-se-á menos impessoal para o doente e seus familiares quando o diálogo estiver presente, aberto para ambos, quando houver uma relação entre os doentes e seus familiares e entre os doentes e os profissionais de enfermagem. Desta forma, os enfermeiros ao promoverem as relações, otimizando as expressões, tanto objectivas como subjectivas, dos doentes e familiares praticam nesse ambiente, a humanização dos cuidados.

2.5.2. O impacte da doença grave e do ambiente tecnológico no doente

Entre os profissionais de saúde há quem defenda que os doentes pouco ou nada recordam do internamento em cuidados intensivos. Apoiam esta ideia na gravidade do estado clínico e na múltipla medicação utilizada, potencialmente indutora de amnésia, como é o caso dos sedativos. Na tentativa de descobrir até que ponto os doentes recordam ou não os momentos vividos na UCI, analisamos alguns estudos sobre as memórias dos doentes. Nos trabalhos consultados, constatamos que, embora alguns doentes possam apresentar falhas de memória ou recordações pouco claras da experiência, uma grande maioria recorda os momentos passados na UCI. E mesmo que nem todos recordem totalmente o que viveram, não podemos esquecer o desconforto e sofrimento que os acompanhou e que deixou as suas marcas, de forma consciente ou não, manifestando-se frequentemente em sonhos e pesadelos, para os quais os doentes não encontram explicação (Richman, 2000; Russell, 1999).

Russell (1999) no seu estudo destacou que alguns doentes lembraram-se de tudo sobre a sua admissão na UCI referindo a presença de uma boa comunicação dos enfermeiros, considerando-a como terapêutica. Este estudo fornece exemplos de que as acções e observações dentro da UCI, que não foram só lembradas pelos doentes, mas também os doentes continuaram com estas lembranças mesmo seis meses após a sua alta dos cuidados intensivos.

Outro estudo realizado por Simpson, Armstrong e Mitchell (1989) sobre as memórias dos doentes referentes à experiência nos cuidados intensivos no pós transferência da unidade relata que as acções relacionadas às observações, cuidados técnicos, o alívio de preocupações, e promoção de um bom atendimento foram recordados pelos doentes. As enfermeiras foram as pessoas mais frequentemente associadas com tais acções. Quase metade dos doentes que estavam dispostos e

capazes de serem entrevistados descreveram o impacto da experiência como positiva e neutra.

A moderna tecnologia utilizada nos cuidados intensivos transforma o espaço tradicional do hospital num ambiente confuso e perturbador. São múltiplos os aparelhos e equipamentos que rodeiam o doente: ventiladores, monitores, aparelhos de diálise, desfibriladores e material de emergência, sistemas de aspiração e respectivos tubos, bombas e seringas infusoras, camas articuladas, material diverso para mobilizar e posicionar, entre outros. Todos estes aparelhos e equipamentos necessitam de uma vigilância dos profissionais de enfermagem.

Para além deste cenário complexo, os aparelhos e equipamentos produzem um ruído de fundo constante com picos sonoros, os alarmes. A intensa sonoridade deve-se sobretudo aos alarmes dos monitores e ventiladores, ao funcionamento do próprio equipamento, rádio e telefones. Ao ruído provocado pelos diferentes aparelhos, junta-se o ruído provocado pelos profissionais, particularmente durante o momento de troca de turnos (dos médicos e enfermeiros), em que há um maior aglomerado de pessoas e de conversas paralelas. O nível sonoro também aumenta em situações de emergência.

Cardoso (2001) no seu estudo refere que relativamente ao facto de estarem nos cuidados intensivos os adolescentes descreveram alguns incómodos, que de alguma forma os perturbaram: incomodo pelo ruído, principalmente o ruído externo provocado pelas pessoas; o incómodo pelos cheiros e a presença de estranhos a conversar.

A iluminação também é uma fonte de perturbação para os doentes. Na perspectiva de Moreno (2000) a luz numa UCI deve sempre que possível ser natural. A iluminação mais frequente numa UCI é a fluorescente branca, pouca ou nenhuma luminosidade natural permite aos doentes identificar o dia e a noite. Embora nos últimos anos se verifique uma preocupação dos profissionais em desligar ou diminuir a intensidade da luz durante a noite, recorrendo a focos de presença.

Tais condições ambientais (ruídos e a luminosidade) têm mostrado ser de primordial importância na privação do sono em UCI. Woods e Falk citado por Thelan et al. (1996) “detectaram que 10% a 17% dos barulhos nas UCIs eram de um nível capaz de acordar os doentes do sono” (p. 144).

Hudak e Gallo (1997) referem que: “O ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor a um indivíduo doente.” Sendo que o nível elevado de ruído pode desencadear no doente de cuidados intensivos, sintomas como: “incapacidade em dormir, sentimentos de medo, desamparo, esquecimento, isolamento, confusão, delírios e ilusões ou alucinações” (p. 30).

Oliveira et al. (2005) também referem que pelo facto de estes doentes serem submetidos a tratamentos frequentes e a uma monitorização intensiva nas 24 horas, vão

provavelmente sofrer de uma alteração do padrão do sono. Almeida (2002) acrescenta que a privação do sono pode desencadear desorientação e delírios.

Segundo um estudo realizado por Simpson et al. (1989) a insónia foi dos principais problemas identificados pelos doentes no seu internamento nos cuidados intensivos.

Na pessoa gravemente doente tanto a quantidade como a qualidade e a consistência do sono podem diminuir. Sujeito a frequentes interrupções do sono, o doente passa maior parte do tempo nos estádios transitórios e menos tempo nos estádios mais profundos. Por outro lado, os doentes hospitalizados em UCI fazem com frequência terapêutica farmacológica que pode afectar a qualidade do seu sono e agravar as perturbações do sono. De facto descobriu-se que os hipnóticos favorecem os estádios mais superficiais do sono e podem paradoxalmente provocar terrores nocturnos, alucinações e agitação (Thelan et al., 1996).

O enfermeiro de cuidados intensivos deve compreender a fisiologia do sono, identificar as situações mais susceptíveis de o perturbar e também reconhecer os efeitos que os medicamentos mais usados têm sobre o sono de forma a facilitar o sono ao doente. Uma vez que, segundo Hudak e Gallo (1997) “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” (p. 34).

A doença grave e o internamento em cuidados intensivos contrariamente ao que podemos pensar desencadeiam reacções psicológicas positivas. Uma dessas reacções é a sensação de segurança referida por muitos dos doentes. Segurança não só pelos meios tecnológicos, mas essencialmente segurança transmitida pelos profissionais de saúde. É o que nos revela um estudo realizado por Santos (2000), referindo que os doentes se sentiam seguros quando estavam ligados às máquinas/monitorização.

Odell (2000) cita alguns trabalhos realizados (Roberts, 1986; Mills, 1995) que descrevem um aumento de ansiedade e medo associados ao momento de transferência da UCI para outra enfermaria, que explicam pela dependência que o doente criou em relação aos meios técnicos. Segundo os autores, a mudança para outra enfermaria leva não só a uma diminuição da vigilância pelas enfermeiras, como também à redução do apoio tecnológico que acompanha essa vigilância. Simpson et al. (1989) no seu estudo afirma que após a transferência, os doentes sentem falta da atenção constante que recebiam por parte dos profissionais da UCI, em contraste com a atenção reduzida nas novas enfermarias.

Santos e Pinto (1998) acrescentam que quando confrontados com a quantidade de profissionais de saúde na UCI a acolher o doente, os doentes referenciaram sentir-se mais seguros, confortados e calmos. Também Russell (1999) no seu estudo refere que o

facto de os doentes terem tido uma vigilância de perto pelos profissionais de saúde e um o apoio da parte destes referentes ao ambiente tecnológico experienciaram um sentimento de segurança.

Por outro lado, a doença grave e o internamento nos cuidados intensivos afectam o doente física e psicologicamente. As emoções intensas podem alterar a forma habitual de *coping* e a capacidade de aprender ou reter a informação. Na perspectiva de Thelan et al. (1996) vários factores parecem contribuir para o impacte que a doença e o internamento em cuidados intensivos têm em termos psicológicos: o ambiente tecnológico, as terapias farmacológicas, a gravidade do quadro clínico, os procedimentos e tratamentos, o grau de incapacidade e de dependência, e a relação com os próprios profissionais de saúde. A resposta a estes factores segundo estes autores, depende das diferenças individuais, tais como a idade, sexo, suportes sociais, diagnóstico médico, cultura, curso de vida no hospital e prognóstico.

O que nos revela um estudo realizado por Santos e Pinto (1998), é que as sensações vividas pelos doentes referentes à tecnologia e material sofisticado da UCI, são das mais variadas foram elas por ordem decrescente em relação à sua intensidade: ansiedade, angustia, insegurança e medo de morrer.

Vários estudos referem a natureza stressante do internamento em cuidados intensivos (Cornock, 1998; Lerch & Park, 1999; Novaes et al., 1999) embora nem sempre exista um consenso em relação aos factores de stress mais significativos para o doente internado. Muitos dos factores de stress, senão a sua maioria, não são previsíveis para o doente. A não previsibilidade de um agente de stress deixa o doente sempre na expectativa. O doente não tem controlo sobre a maior parte dos acontecimentos durante o seu internamento na UCI.

Tendo em conta a multiplicidade das situações numa UCI, são vários os potenciais agentes de stress que podem pôr em causa o bem-estar e a satisfação das necessidades dos doentes. Exemplo disto é um estudo realizado por Cornock (1998) no Reino Unido, refere que os aspectos mais stressantes numa UCI para o doente aí internado foram por ordem decrescente, ter sede, ter tubos na boca e nariz, não ser capaz de comunicar, sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linhas, não ser capaz de dormir e não ter controlo sobre si mesmo.

Lerch e Parck (1999), apontam como alguns factores que contribuem para o stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico: ambiente ameaçador da UCI; dor; procedimentos invasivos; paralisação com relaxantes musculares, sem uma sedação adequada; modos ventilatórios não sincronizados com os movimentos fisiológicos do doente; entubação endotraqueal; dificuldade de comunicar; depressão,

despersonalização e psicose; privação do sono; medo, ansiedade relacionada com o prognóstico; sede; sentir-se dependente e perda de controle.

Outros autores, Novaes et al. (1999), realizaram um estudo no Brasil, relativamente a aspectos mais stressantes numa UCI. Sentir dor foi considerada o factor mais stressante pelos doentes, familiares e profissionais, tendo sido a principal preocupação na admissão numa UCI. A dificuldade em dormir foi um tópico também referido como segundo maior stress pelo doente internado numa UCI. O terceiro factor mais relatado pelos doentes neste estudo foi a presença de tubos na boca e nariz.

Simpson et al. (1989) também referem que o sintoma dor foi um dos principais problemas identificados pelos doentes no seu internamento nos cuidados intensivos.

No estudo realizado por Almeida e Ribeiro (2008) os itens que os doentes consideraram como mais stressantes, apesar de diferirem na ordem de importância, o estudo partilha dos mesmos aspectos que foram referenciados pelos anteriores autores. Os itens referenciados por estes autores foram por ordem decrescente: ter tubos na boca e nariz, medo da morte, não ser capaz de dormir, ser picado com agulhas, não ser capaz de comunicar, ouvir o alarme do monitor cardíaco, ouvir os ruídos e alarmes das máquinas.

Estes estudos revelam-nos que numa UCI em resposta à gravidade do estado clínico do doente e numa tentativa de reverter a situação de risco de vida, são utilizadas intervenções terapêuticas invasivas e agressivas que interferem com o bem-estar dos doentes. Entre as inúmeras intervenções a que o doente é submetido destacamos a ventilação artificial, onde o doente se encontra com a presença de tubo endotraqueal. O tubo endotraqueal é a via aérea artificial mais utilizada nas intervenções de suporte das vias aéreas durante um curto período de tempo. As indicações para a entubação endotraqueal segundo alguns autores (Thelan, 1996; Paulino, Tareco, & Rojão, 1998) incluem, a manutenção das vias aéreas, o controlo das secreções, a oxigenação e a ventilação. O tubo endotraqueal pode ser colocado por via orotraqueal ou nasotraqueal. Na maior parte das situações de urgência a via orotraqueal é utilizada por ser de abordagem mais simples e possibilitar a utilização de uma sonda endotraqueal de diâmetro maior.

Cardoso (2001) no seu estudo descreve que a presença do tubo endotraqueal, ligado a experiências dolorosas como a aspiração de secreções através do tubo endotraqueal e a presença de SNG foi referido pelos doentes como uma experiência muito traumatizante.

2.5.3. O doente com tubo endotraqueal: alteração da comunicação verbal

A comunicação entre o doente e a equipa de enfermagem torna-se tanto mais difícil quanto mais instável se encontra o doente, nomeadamente doente submetido a ventilação mecânica e com presença de tubo endotraqueal (Sá & Machado, 2006). Um dos principais factores de stress para o doente sujeito a tubo endotraqueal é o compromisso da comunicação. Este está relacionado com a incapacidade do doente para falar, explicações insuficientes da parte do pessoal, compreensão inadequada, medo da incapacidade em comunicar e dificuldade dos métodos de comunicação.

O doente entubado endotraquealmente tem uma alteração da comunicação verbal relacionada com a presença de prótese ventilatória, que se manifesta pela não emissão de sons, isto é, não há passagem do ar através das cordas vocais e como tal é extremamente importante promover outros meios de comunicação. 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 (Thelan et al., 1996).

A comunicação com este tipo de doente traduz-se numa realidade diferente de todo o processo comunicativo habitual devido à inexistência de *feedback* verbal por parte deste. 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, sentindo-se impotentes para comunicar. Este aspecto, aliado à total dependência dos doentes face às necessidades fisiológicas afectadas, contribui para o descurar da importância da comunicação com estes, vendo-se como prioritários os cuidados de “sobrevivência física”, em detrimento dos aspectos psicológicos e afectivos.

Um estudo realizado por Santos e Pinto (1998), vêm revelar que quando confrontados com a privação da fala durante o internamento na UCI, os doentes experienciaram das mais variadas formas das quais se destaca: angustia, tristeza, desespero, aflição, desconforto pela presença do tubo, doloroso e penoso, internamento difícil, isolado, medo de não ser compreendido, pensar que nunca mais falava e perda da noção do tempo. Outro estudo realizado por Cardoso (2001), os doentes vivenciaram sentimentos de medo, ansiedade e angustia durante o internamento nos cuidados intensivos, em que o medo era inerente ao facto de não conseguir respirar devido à presença do tubo endotraqueal e estar ventilado.

Os enfermeiros necessitam de ser sensibilizados para a importância da comunicação com o doente entubado endotraquealmente, de forma a promover a reflexão sobre as práticas comunicacionais com este tipo de doentes, na tentativa de evitar o que acontece frequentemente na prática diária, em que a comunicação se reduz a frases como: “Vou aspirar-lhe as secreções”, “Vou dar-lhe uma injeção”, “Vou fazer-lhe uma radiografia” (Alves, 1992, p. 40).

Sendo o enfermeiro 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 oncológico entubado endotraquealmente e é sua responsabilidade desenvolver esforços e estratégias para o conseguir.

Uma das primeiras tentativas dos doentes entubados endotraquealmente, segundo Rosário (2009), 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.

É competência dos enfermeiros desenvolver e/ou proporcionar ao doente entubado endotraquealmente, impossibilitado de falar verbalmente, meios alternativos à comunicação e principalmente na opinião de Ciuro (2007) estar atento a todas as suas mensagens não verbais, que eventualmente igualam e substituem as mensagens verbais. Segundo Alves (1992) os meios alternativos à comunicação podem ser:

- Utilizar o abecedário, permite ao doente juntar as letras formando palavras que melhor transmitem as suas necessidades, requerendo grande disponibilidade do enfermeiro;
- Quadro branco e marcador;
- Quadro mágico;
- Fornecer papel e lápis para ele expressar as suas necessidades através da escrita e ajudá-lo nessa tarefa se necessário.

Ciuro (2007) acrescenta que quando o doente se encontra limitado em termos de movimentos e não consegue escrever existem:

- Tabela de frases, que inclua as necessidades mais comuns e frequentes do doente;

- Álbum de imagens/fotografias (copo com água, comida, entre outras).

Os autores Santos e Pinto (1998), no estudo que realizaram revelam que os doentes alertaram para o facto de os enfermeiros terem proporcionado alternativas à comunicação verbal e a linguagem gestual foi a alternativa à comunicação verbal mais vezes proporcionada. Referiram ter havido disponibilidade em lhes promover alternativas à comunicação verbal e a utilização de papel e lápis e de abecedário foram alternativas proporcionadas.

Thelan et al. (1996) acrescenta que os doentes com tubos endotraqueais devem ser estimulados a comunicar através da escrita, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo e aumenta o traumatismo da traqueia.

Também Rosário (2009) no seu estudo, nos refere que a maioria dos doentes ventilados, ou seja com tubo endotraqueal utilizou a linguagem escrita e a linguagem gestual como alternativas à comunicação verbal. Cerca de um terço dos doentes entrevistados referiu ter utilizado a mímica labial para tentar comunicar.

A comunicação com doentes entubados endotraquealmente é uma tarefa muito difícil, verificando-se frequentemente, o voltar as costas ao doente quando o não conseguimos entender, o que aumenta a frustração que estes doentes experimentam (Sá & Machado, 2006). Exemplo disso, é um estudo realizado por diversos autores (Patak, Gawlinski, Fung, Doering, & Berg, 2004) na Califórnia, em que, os doentes relataram que foi extremamente frustrante as suas tentativas para darem a conhecer as suas necessidades. Também Russell (1999) no seu estudo, relata que a falta de uma boa comunicação foi angustiante para os doentes, causando não só ansiedade, enquanto estavam na UCI, mas também não contribuíram para uma recuperação ideal após a alta.

Similarmente, Santos e Pinto (1998) mencionam no seu estudo que os doentes com tubo endotraqueal quando confrontados com a comunicação deles com a equipa de enfermagem referem ter sentido: dificuldade de expressão pela presença do tubo endotraqueal; dificuldade de entendimento por parte do enfermeiro; falta de mecanismos para chamar o enfermeiro; incapacidade de escrita e dificuldade na expressão gestual.

Pelo exposto, percebemos que a comunicação com estes doentes traz dificuldades à maioria dos enfermeiros, uma vez que é mais usual a comunicação verbal e na maioria das vezes não se dá importância à comunicação não verbal.

A presença de tubo endotraqueal no estudo de Santos e Pinto (1998) também desencadeou interferências na comunicação enfermeiro/doente. Para além deste factor os doentes mencionaram o medo de não recuperar, os movimentos constantes de pessoas na unidade, o medo da maquinaria existente, a falta de disponibilidade da equipa de enfermagem e o tipo de linguagem utilizada, como outros factores que interferiram na comunicação com os enfermeiros.

Também, Rosário (2009) afirma que a maioria dos entrevistados, no seu estudo, referiu como um obstáculo à comunicação o facto de não conseguirem comunicar verbalmente. Para alguns doentes a incapacidade e as limitações físicas, a que estiveram sujeitos durante o período em que estiveram ventilados, e consequentemente com tubo endotraqueal, 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. Outros doentes referiram o facto de não serem entendidos pelos profissionais de saúde, como um obstáculo à comunicação.

Desta forma, torna-se importante que os profissionais de enfermagem estejam atentos e disponíveis para explicar ao doente a necessidade da utilização deste equipamento adequado ao seu estado de saúde. Além de transmitirem informações ao doente sobre os procedimentos que realizam, devem incluir também informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-lo no tempo, o seu estado e pequenos progressos.

Segundo Oliveira et al. (2005) trabalhar em ambiente de cuidados intensivos, onde os doentes estão em situações de risco, que permite uma rápida evolução do seu quadro clínico, tanto para a recuperação da saúde como para o aprofundamento do processo patológico, faz com que muitas vezes os enfermeiros não utilizem os recursos da comunicação como processo terapêutico. É fundamental a utilização das técnicas de comunicação terapêutica no estabelecimento do relacionamento terapêutico numa UCI, considerando ambiente gerador de sentimentos como medo, tristeza, ansiedade e como parte integrante do cuidar, para assim prestarmos cuidados de qualidade mais próximo da integralidade do cuidar, visando a recuperação do doente.

Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestarmos um cuidado humanizado é preciso que o enfermeiro que trabalhe numa UCI deseje envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objectivos funcionam tão bem face a situações de stress que se revelam na comunicação terapêutica.

CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODOS

Delinear o caminho para a investigação requer uma abertura à diversidade de métodos que são determinados pelo tipo de objecto a investigar, dos objectivos do trabalho, da preferência do investigador e da sua competência para se movimentar no mundo complexo da investigação.

A metodologia assenta no “conjunto dos métodos e das técnicas, que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p. 372). Esta envolve o estudo e avaliação das diferentes opções de estudo, indicando os modos de procedimento para alcançar com mais facilidade e perfeição um determinado objectivo. É um importante instrumento de trabalho que exige aplicação de conhecimentos científicos utilizando métodos, processos e técnicas especiais para análise, compreensão e intervenção na realidade.

A metodologia desempenha ainda um papel essencial no desenvolvimento de um projecto de investigação, pois quase sempre os resultados finais são condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram estes resultados. É a resposta a, como se vai fazer. “A fase metodológica diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador sobre a maneira de responder às questões de investigação” (Fortin, 1999, p. 354).

Face ao anteriormente exposto, procedemos neste capítulo a uma descrição das opções tomadas.

Fazemos uma alusão à abordagem paradigmática no âmbito da qual se situa o estudo, reportamos o tipo de estudo e enumeramos um conjunto de procedimentos levados a cabo para a concretização deste estudo, como a selecção do campo de estudo, a selecção dos participantes, a selecção e caracterização do instrumento de colheita de dados, os procedimentos de análise dos mesmos e considerações éticas. Por fim tecemos algumas considerações sobre as limitações do estudo.

3.1. ABORDAGEM PARADIGMÁTICA

A problemática em estudo, estando direccionada para o fenómeno da comunicação terapêutica enfermeiro/doente oncológico entubado endotraquealmente em ambiente de cuidados intensivos, trata uma realidade que nem sempre é valorizada pelos profissionais que cuidam destes doentes. Interessava aprofundá-la junto dos implicados e perceber as suas perspectivas a propósito de uma experiência de saúde que implicou a

situação específica de se verem impossibilitados de comunicar verbalmente, num ambiente repleto de estímulos sensoriais e com elevada carga tecnológica.

Há que considerar que existem diversos posicionamentos paradigmáticos face à realidade, diferentes concepções do mundo que orientam o investigador ao longo da investigação.

A abordagem qualitativa pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que de acordo com Fortin (1999) “Os sujeitos que participam no estudo tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente” (p. 148).

Tal como referem Bogdan e Biklen (1994) a abordagem qualitativa baseia-se na perspectiva naturalista e exige que o mundo seja examinado com a ideia que nada é trivial, que tudo tem potencial para construir uma pista que nos permita uma compreensão esclarecedora do nosso objecto de estudo.

Esta forma de produção de conhecimento que é a investigação qualitativa possuiu cinco características que na perspectiva dos anteriores autores são:

- A fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, instrumento principal;
- Ser descritiva, ou seja, os dados recolhidos são em forma de palavras e não de números;
- Interessar-se mais pelo processo, do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- O investigador tender a analisar os seus dados de forma indutiva;
- O significado ser a principal preocupação deste tipo de abordagem.

Polit e Hungler (1995) acrescentam ainda que este tipo de pesquisa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores” (p. 270).

Pesquisadores qualitativos colhem e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que proporcionam campo livre ao rico potencial das percepções e subjectividade dos seres humanos. O método qualitativo apresenta também como característica o reconhecimento por parte do investigador da existência de um grau de subjectividade na relação sujeito/objecto. Permite ainda, que o investigador veja os fenómenos na sua globalidade, de uma forma holística, tentando compreender as perspectivas daqueles que vai estudar.

O estudo qualitativo visa, pois, ir de encontro ao desejo de compreender e dar sentido às experiências descritas pelos sujeitos (Bogdan & Biklen, 1994). Neste sentido, a opção por esta abordagem deveu-se fundamentalmente ao facto de pretendermos

compreender a perspectiva dos participantes na situação, ou seja, a comunicação enfermeiro/doente entubado endotraquealmente em ambiente de cuidados intensivos.

3.2. TIPO DE ESTUDO

Uma vez que a realidade que pretendemos conhecer, ainda que sistematicamente referenciada, nos parece através dos dados disponíveis, estar cientificamente pouco desenvolvida, pensamos desenvolver um estudo de carácter exploratório, pois este busca explorar as dimensões do fenómeno, a maneira pela qual se manifesta e outros factores com os quais se relaciona, e realiza-se habitualmente em domínios teoricamente pouco desenvolvidos (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995).

Este estudo é ainda descritivo, uma vez que “um estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população” (Fortin, 1999, p. 164).

Na perspectiva desta autora o “estudo exploratório/descritivo visa descrever as experiências de pessoas escolhidas em função da sua particular experiência pessoal” (p. 137).

3.3. PROCEDIMENTOS

Neste subcapítulo referenciamos uma serie de procedimentos levados a cabo para a consecução do estudo.

3.3.1. Seleccção do campo de estudo

Tratando-se de conhecer as perspectivas dos doentes oncológicos entubados endotraquealmente relativamente à comunicação que os enfermeiros estabelecem com eles, em ambiente de cuidados intensivos, optamos para a realização do estudo, pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E., do Porto. O serviço seleccionado foi o Serviço de Cuidados Intensivos.

Esta opção deveu-se a:

- Ser o nosso local de trabalho;
- Maior acessibilidade e rentabilização do recurso tempo;
- Conhecermos o ambiente e cultura institucional, pela experiência vivida nesta instituição.

A maior facilidade em obter consentimento para a realização das entrevistas, por parte do Conselho de Administração desta instituição também influenciou a escolha do campo de investigação, assim como a eventual oportunidade de utilizar os resultados da investigação em benefício da melhoria da comunicação terapêutica enfermeiro/doente entubado endotraquealmente no Serviço 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.

3.3.2. Participantes do estudo

Nesta fase recorreremos novamente à questão de investigação como fio condutor do estudo, a qual nos permitiu tomar decisões relativas aos critérios de selecção dos participantes.

De acordo com Polit e Hungler (1995), a investigação qualitativa tende a produzir uma grande diversidade de dados descritivos, pelo que se torna impraticável utilizar amostras representativas e de grandes dimensões para se obter os dados.

Atendendo também a que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal com ela é definida por seus próprios actores” (Polit & Hungler, 1995, p. 270), a importância da amostra está na riqueza dos dados, que descrevem as experiências individuais de cada participante.

Na medida em que, os estudos qualitativos se interessam pelo estudo do fenómeno em profundidade, o critério subjacente à selecção da amostra populacional reside na qualidade do informante e não propriamente na quantidade (Gauthier, 2003).

Neste tipo de estudo a escolha dos participantes deve ser realizada tendo por base critérios de selecção que promovam uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.

Por tudo o que referimos, não se pretendeu aqui ter uma amostra representativa da população, mas sim aquela que nos desse maior riqueza de dados relacionados com os nossos objectivos. Como refere Fortin (1999) é preferível questionarmos em que medida as pessoas seleccionadas para o estudo são susceptíveis de fornecer dados válidos e completos, do que perguntarmo-nos se são representativas da população.

Os participantes não devem ser pois seleccionados aleatoriamente, mas em função do conteúdo da informação. Nesta perspectiva, os participantes foram seleccionados em função da qualidade da informação que poderiam facultar relativa ao objecto de estudo.

Definimos como população os doentes internados no SCI do IPO-FG, E.P.E, do Porto, entubados endotraquealmente, no período de Novembro de 2008 a Janeiro de 2009, e que obedeciam aos critérios definidos para participar no estudo.

Os participantes no estudo foram seleccionados tendo em conta os seguintes critérios de elegibilidade:

- Estarem disponíveis;
- Acederem participar voluntariamente no estudo;
- Terem estado conscientes e orientados durante o período de entubação endotraqueal;
- Terem estado sem sedação durante o período de entubação endotraqueal;
- Não terem sido submetidos a traqueostomia posteriormente à entubação endotraqueal;
- Terem estado ventilados ou não ventilados;
- Falarem português;
- Terem memórias do internamento no SCI;
- Terem internamento no SCI superior a 12 horas.

Foi efectuado um contacto prévio no SCI com os potenciais entrevistados, para permitir ao investigador apresentar-lhe a investigação e os seus objectivos. Estes contactos preliminares ajudam o investigador a obter informações factuais e contextuais a propósito do entrevistado. De acordo com Polit e Hungler, (1995) “(...) sujeitos potencial, totalmente informados acerca da natureza da pesquisa, das exigências que lhe serão feitas e dos potenciais custos e benefícios, encontram-se em posição de tomar decisões avalizadas quanto à participação ou não” (p. 298).

Nesse contacto prévio, aqueles que aceitaram participar e cumpriam todos os outros critérios de inclusão definidos foram sendo incluídos no estudo (Fortin, 1999), ou seja, os participantes foram escolhidos em função do que pretendíamos conhecer das suas perspectivas sobre a comunicação com os enfermeiros e da sua disponibilidade. Desta forma podemos classificar a amostra de conveniência, uma vez que incluímos no estudo os participantes disponíveis e que satisfaziam os critérios necessários (Polit & Hungler, 1995; Fortin, 1999).

Polit e Hungler (1995) consideram que “na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim um princípio orientador na amostragem é a saturação de dados” (p. 237). Estes autores referem que muitos pesquisadores qualitativos utilizam o princípio da saturação de dados, que ocorre quando os temas e categorias dos dados se tornam repetitivos e redundantes, ou seja, quando a dados adicionais não correspondem resultados

adicionais. Tendo em atenção este princípio a nossa amostra foi constituída por 17 doentes (n=17), uma vez que através do método de análise comparativa constante (Bogdan & Biklen, 1994) pensamos ter atingido com este número a saturação teórica dos dados. Atendendo a esta perspectiva a nossa amostra é definida como uma amostra de conveniência e teórica porque foi obtida por saturação ou redundância de dados.

3.3.3. Seleccção e caracterização do instrumento de colheita de dados

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

No âmbito desta investigação optamos por seleccionar como instrumento de recolha de dados a entrevista na medida em que, a entrevista é uma das fontes de recolha de dados essenciais. Segundo Bogdan e Biklen (1994) “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (p. 134).

Mais especificamente, a entrevista semi-estruturada é a utilizada, quando se pretende uma abordagem em profundidade de um determinado domínio, obtendo por parte do entrevistado, as opiniões que ele considera mais relevantes, ou seja a sua descrição do problema em estudo. Na perspectiva de Bogdan e Biklen (1994) “nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (p. 135).

Neste contexto o recurso à entrevista semi-estruturada, enquanto instrumento de colheita de dados, pareceu-nos o mais adequado, uma vez que pretendemos obter informação dos doentes participantes, acerca das suas perspectivas da comunicação que os enfermeiros estabelecem com eles enquanto entubados endotraquealmente.

Na perspectiva de Gauthier (2003), as entrevistas semi-estruturadas assentam sobre postulados específicos e seguem determinados objectivos específicos. Assim, a entrevista é vista como uma narração, uma unidade de sentido em que as partes envolvidas devem ser consideradas em relação umas com as outras, assenta na ideia de que a perspectiva do outro tem sentido, é possível conhece-la e torná-la explícita, vê o ser humano como um organismo activo e refere-se à natureza da realidade, imagem de um mundo em constante mudança. Os objectivos são vários e identifica-se os seguintes: tornar explícito o universo do outro, permitir revelar o que o outro pensa e que não pode ser observado; compreender o mundo do outro, permitir compreender os comportamentos complexos; apreender, não somente o mundo do outro, mas de

organizar, de estruturar o seu pensamento e apresentar uma função emancipatória, as questões abordadas com o entrevistado permitem uma exploração aprofundada de certos temas.

A planificação da entrevista efectua-se primeiro e antes de tudo a partir da questão de investigação (Gauthier, 2003). No sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas, o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias. Desta forma, o investigador fará um esquema de entrevista que é um guião pré-elaborado – guião da entrevista onde estão os tópicos que este pretende desenvolver, e encoraja o participante a falar livremente sobre estes tópicos, a fim de recolher dados pertinentes para a investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008; Bogdan & Biklen, 1994).

Atendendo ao preconizado pela generalidade dos autores, elaboramos um guião da entrevista, com questões abertas, que tiveram como referência os objectivos e alguns pressupostos teóricos nesta matéria (Anexo I).

O guião da entrevista foi construído tendo por base cinco questões abertas, que se destinam à compreensão do problema em estudo e que se reportavam especificamente a tópicos de interesse, designadamente: a forma como os enfermeiros comunicam com o doente entubado endotraquealmente, as dificuldades que os doentes sentem na comunicação com os enfermeiros quando entubados endotraquealmente, os factores que perturbam a comunicação dos doentes com os enfermeiros durante o internamento no SCI, as alternativas à comunicação verbal proporcionadas pelos enfermeiros, durante o período em que o doente se encontra impossibilitado de falar, a forma como os enfermeiros demonstram atenção e disponibilidade com o doente.

O guião foi submetido à apreciação da orientadora do estudo, e a um pré-teste, que serviu também de entrevista de treino. As respostas às perguntas revelaram que estas eram facilmente compreendidas, não necessitando por isso de ser reformuladas.

Segundo Gauthier (2003), na planificação da entrevista devemos atender a considerações de ordem material que dizem respeito aos aspectos ambientais, temporais e técnicos que deverão ser tidos em conta aquando da realização da mesma.

Foram realizadas 17 entrevistas, que se iniciaram sempre pela apresentação do entrevistador e a explicação da natureza do estudo e sua finalidade. Esta apresentação inicial foi complementada com informação escrita, dando possibilidade ao participante de contactar mais tarde o entrevistador para conhecimento dos resultados da investigação. Estas entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo investigador.

É importante também referir que durante a sua realização preocupamo-nos em respeitar as técnicas de comunicação, mantendo uma postura de escuta activa, dando espaço e tempo para o participante reflectir e responder, abstraindo-nos das nossas

percepções sobre o assunto, e intervindo apenas, para reformular alguma questão ou clarificar/validar a informação dada pelos participantes. No decorrer da entrevista foram sendo formuladas, sempre que julgado necessário, questões abertas de resposta livre pois na perspectiva de Quivy e Campenhoudt (2008) o investigador através de perguntas abertas e das suas reacções facilita a expressão do interlocutor “evita que ele se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade” (p. 192).

Os aspectos ambientais segundo Gauthier (2003) referem-se ao local do encontro, este deve ser um lugar calmo e privado. Escolhemos o serviço de internamento que abrangeu vários serviços de cirurgia e medicina, locais para onde os doentes eram transferidos após a alta do SCI.

Os serviços de internamento foram escolhidos por serem comparativamente com o SCI um lugar mais calmo, onde o doente não se sentiria com receio de falar de aspectos ou experiências negativas relativamente ao seu internamento no SCI. Estas entrevistas foram realizadas nos primeiros dias no serviço de internamento após a alta do doente do SCI, com o intuito de recolher uma grande parte da informação sobre a sua experiência no SCI, pois com o passar dos dias os doentes tendem a esquecer informações que possam ser importantes.

As entrevistas decorreram num ambiente calmo, de cordialidade e interesse demonstrados por todos os participantes do estudo.

Os aspectos técnicos da entrevista dizem respeito ao registo do material recolhido das entrevistas. Estas foram realizadas com recurso a gravador áudio com o consentimento dos entrevistados, de forma a poder obter, na íntegra, o conteúdo da informação e a facilitar a transcrição das mesmas.

No final de cada entrevista foi dado a ouvir o discurso gravado a cada entrevistado, no intuito de obter a sua validação. De referir que não foi efectuada qualquer rectificação pelos entrevistados. Após a realização de cada entrevista, as cassetes foram enumeradas de 1 a 17, correspondendo a cada entrevistado um número, número este que foi dado à medida que foram realizadas as entrevistas, respeitando assim desta forma o anonimato.

O aspecto temporal tem em consideração o tempo de entrevista (Gauthier, 2003). As 17 entrevistas foram realizadas no período de Novembro de 2008 a Janeiro de 2009, atendendo a que a autorização pelo Conselho de Administração do IPO-FG, E.P.E, do Porto foi aprovada no final do mês de Novembro de 2008. Tiveram uma duração média de 14 minutos, atendendo que a entrevista mais curta durou 10 minutos e a entrevista mais longa 36 minutos. Podemos afirmar que as entrevistas não foram longas, o que se

deve ao facto de os doentes não gostarem muito de falar e que realmente só expressam o essencial, respondendo somente aquilo que lhes é perguntado.

As entrevistas foram transcritas para suporte de papel, tendo o cuidado de respeitar na íntegra as palavras utilizadas pelos participantes do estudo. A transcrição das entrevistas incluiu momentos de pausa no meio ou no final das expressões que se encontram assinaladas com o código linguístico ... reticências.

Para proceder à apresentação, análise e discussão dos dados utilizamos outros códigos linguísticos nomeadamente:

- Reticencias entre parênteses (...), que representa uma parte dos dados que foram retirados, porque não são relevantes para a análise;
- Texto entre parênteses recto [], que significa palavras ou frases, que derivam dos dados, que foram acrescentados com o objectivo de dar sentido à unidade de significação.

As entrevistas depois de transcritas para papel foram submetidas a análise através do software NVIVO8®.

3.3.4.Procedimentos de análise dos dados

O material resultante das entrevistas precisa ser organizado e categorizado segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos, de acordo com os objectivos do estudo.

Segundo Bogdan e Biklen (1994) todo o processo de análise de dados, numa investigação qualitativa é complexo, demorado e engloba, a organização dos dados, síntese, procura de padrões e ainda o que transmitir aos outros.

A quantidade e diversidade de dados gerados por estudos qualitativos há muito tempo que necessita do uso de procedimentos que facilitem o trabalho do investigador. A substituição do trabalho manual, tradicionalmente realizado durante a etapa de análise, nas pesquisas qualitativas, pela operação de programas de computador facilita o trabalho de pesquisa.

O software NVIVO8® constitui numa das mais recentes versões de programas de computadores voltados para a análise qualitativa dos dados.

Uma das grandes vantagens do NVIVO8® é a sua capacidade de operar e agrupar uma diversidade de dados que tenham algo em comum. Os dados podem ser do tipo: diário de campo, transcrições, documentos copiados, observações, entrevistas, análise de documento, revisão da literatura, entre outros.

O software é particularmente útil na administração e síntese das ideias do investigador, permitindo a realização de mudanças nos documentos com a qual estamos

a trabalhar, sendo possível acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados ou ainda registar ideias na forma de *memos*. Os dados são originados de documentos textuais ou seja sem números e/ou de documentos não sistematizados.

O NVIVO8® permite a quebra de divisões rígidas entre categorias de dados e formas de interpretação, oferecendo caminhos para conectar partes do projecto e integrar pontos de reflexão e dados registados.

Optamos por tratar os dados informaticamente, com ajuda dos conhecimentos sobre e análise de conteúdo (Bogdan & Biklen, 1994; Ghiglione & Matalon, 1992), devido às suas vantagens relativamente à análise manual, das quais destacamos uma melhor organização, acesso e registo dos dados recolhidos, a fim de poderem ser trabalhados.

A nossa opção recaiu sobre o NVIVO8® para organizar e analisar os dados de uma maneira mais operacional, sistemática e efectiva. O programa facilita o agrupamento dos textos por temas e o estabelecimento de categorias. O software permitiu-nos trabalhar com dados e categorias de diversas maneiras. Com ele pudemos incluir diferentes informações ou recortes de texto em diferentes categorias e ao mesmo tempo, quando pertinente, uma mesma informação em categorias distintas.

Para que pudéssemos utilizar pela primeira vez o NVIVO8® foi preciso num primeiro momento realizar uma leitura do manual de instruções que acompanha o software, (Qualitative Solutions Research International, 2008) a discussão das suas potencialidades e limites como ferramenta de análise.

Num segundo momento procuramos a assessoria de profissionais que já utilizaram este software. Nestes encontros de assessoria apresentamos as nossas dúvidas e discutimos nossas ideias sobre o software, além de aproveitar a oportunidade para conhecer melhor o seu potencial e funcionamento. Como qualquer software com o qual temos pouca familiaridade, precisamos de vários exercícios práticos para vivenciar a sua utilização, antes que pudéssemos começar o trabalho de análise propriamente dito. Uma vez instrumentalizados o suficiente sobre o funcionamento do software iniciamos o tratamento dos dados, etapa que antecedeu o trabalho de codificação e análise.

Foi necessário adoptar alguns procedimentos para a utilização deste software. Antes de serem importados, ou seja, colocados dentro do software, os dados precisam estar na forma de documento disponível em Microsoft Word®. Assim, concluída a colheita de dados passamos à transcrição das cassetes gravadas, para formato Microsoft Word®.

O NVIVO8® auxiliou-nos na fragmentação dos dados a serem analisados. O processo de codificação compreendeu a criação de códigos ou categorias e a releitura dos textos com os recortes já incluídos nestas categorias.

As categorias no software NVIVO8® são chamadas de *Nodes*, ou *Nós* em Português. Os *Nodes* representam uma categoria ou uma ideia abstracta e podem

armazenar sua definição (tradução própria). A definição pode ser armazenada numa caixa gerada automaticamente pelo software no momento da criação da categoria.

Além dos *Nós* o software permite criar os *Sub-Nós*, que são subcategorias criadas para possibilitar classificações mais específicas dos dados. Os *Nós* podem ser arranjados de dois modos diferentes tanto na forma hierárquica, chamada árvore de *Nós* (*Tree Nodes* designado no NVIVO) ou na forma livre, como *Nós* livres (ou *Free Nodes*). Apenas o modelo em árvores permite a criação de *Sub-Nós*. Os *Nós* livres não se organizam em árvores.

Na nossa análise, codificamos o documento de forma manual, a qual consiste na codificação de unidades de texto conforme os *Nós*. Cada unidade de texto era codificada conforme a temática a que se referia. A codificação foi feita por frases contidas em cada resposta do doente durante a entrevista.

A análise dos dados foi feita a partir dos documentos gerados pelo próprio software NVIVO8®. Após a codificação de todos os documentos iniciamos as buscas por *Nós*. Cada busca resultou em um documento onde ficaram registados todos os recortes de textos codificados segundo aquele *Nó* específico. O tamanho dos documentos gerados pelo software mudou conforme o número de frases categorizadas nos documentos de análise.

Concluída a fase de busca, todos os documentos foram impressos lidos e novamente analisados. No final desta análise e após conclusão das categorias e subcategorias obtidas remetemos para anexo uma perspectiva destas categorias que no NVIVO8® é denominada de *Node Summary Report* (Anexo II).

3.3.5. Considerações éticas

Uma vez iniciada a investigação, temos de enfrentar toda uma série de questões de ordem ética, como assuntos relacionados com o consentimento informado, a confidencialidade, os riscos e benefícios e o valor da investigação para a enfermagem em particular e para a sociedade em geral.

No nosso estudo pensamos ter cumprido todos os aspectos éticos. Para garantir acesso aos participantes, após contacto com a Enfermeira Chefe do serviço e Directora de Serviço, foi formalizado um pedido de autorização para a realização do estudo ao Presidente do Conselho de Administração do IPO-FG, E.P.E, do Porto (Anexo III).

A todos os entrevistados foi explicado a natureza e os objectivos do estudo e solicitada autorização e colaboração para a gravação das entrevistas mediante a autorização por escrito, com garantia expressa de confidencialidade dos dados.

Também foi elaborado uma carta de consentimento informado (anexo IV), no sentido de os participantes tomarem uma decisão livre e esclarecida. Foi salientado ainda aos entrevistados a importância da sua colaboração para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Deste modo segundo Archer, Biscaia, Osswald, e Renaud (2001) respeita-se o princípio da autonomia que prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas ou livres. Na prática o princípio da autonomia implica promover comportamentos autónomos por parte dos doentes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão.

Na perspectiva dos mesmos autores, o princípio da autonomia concentra-se no exame chamado de consentimento informado dada para uma investigação e condições legais por ela associadas. O pressuposto ou condição prévia do consentimento informado é a competência ou a capacidade de decidir livremente. Elemento fulcral no que respeita ao consentimento informado é a voluntariedade ou liberdade do consentimento, incompatível com qualquer forma de coacção ou manipulação.

Deste princípio decorre de imediato que não faz qualquer sentido usar-se ao longo do desenvolvimento do estudo processos de recolha de dados que não sejam do conhecimento dos participantes e não tenham merecido o seu consentimento prévio.

A preocupação ética deve estar sempre presente nos diversos domínios da investigação, pelo que além do anonimato e a confidencialidade que foram garantidos, tivemos ainda em linha de conta, os três princípios éticos incorporados na maioria das orientações, que de acordo com Polit e Hungler (1995), são: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça.

Apesar dos entrevistados serem conhecidos do investigador foi-lhes garantido o direito à confidencialidade dos dados, que esses mesmos dados serviriam apenas para fins de investigação e que em nenhum caso haveria prejuízo do entrevistado.

3.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

À semelhança de outros estudos, este tem também limitações que importa referir.

Em primeiro lugar importa realçar a nossa inexperiência no âmbito da investigação científica, o que pode contribuir para eventuais falhas, nomeadamente de carácter metodológico.

Em segundo lugar o facto de nunca termos trabalhado com o software NVIVO8® pode constituir também uma limitação. Contudo, podemos dizer que nos esforçamos por

compreender e aproveitar ao máximo todas as potencialidades deste programa e concluir que este exercício constituiu um processo de descoberta e aprendizagem continua.

Finalmente convém referir que não sendo propriamente uma limitação, este estudo à semelhança dos estudos qualitativos, não prevê a generalização dos resultados. Contudo estes podem ser transferíveis. A transferibilidade é a probabilidade dos resultados terem significado para outros em situações semelhantes (Streubert & Carpenter, 1999).

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo começamos por apresentar a caracterização dos participantes no estudo. Posteriormente procedemos à apresentação, análise e discussão dos dados resultantes da análise e tratamento do material não estruturado obtido a partir das narrativas dos participantes.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra, como já referido foi constituída por 17 doentes e caracterizada de acordo com variáveis de carácter demográfico e social designadamente sexo, idade, habilitações literárias e profissão. O quadro 1 apresenta a caracterização dos entrevistados.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Identificação	Sexo	Idade	Habilitações literárias	Profissão
E1	F	80	Ensino básico - 1ºciclo	Doméstica
E2	M	53	Ensino básico - 1ºciclo	Mecânico automóvel
E3	M	34	Ensino básico - 1ºciclo	Operário da construção civil
E4	F	24	Ensino secundário	Funcionária camarária
E5	M	54	Sem frequência académica	Ferreiro
E6	M	69	Ensino básico - 1ºciclo	Pintor automóvel
E7	M	67	Ensino básico - 1ºciclo	Comerciante
E8	F	16	Ensino básico - 3ºciclo	Estudante
E9	F	52	Ensino básico - 2ºciclo	Doméstica
E10	F	61	Ensino básico - 1ºciclo	Doméstica
E11	M	58	Ensino básico - 1ºciclo	Empresário
E12	F	65	Ensino básico - 1ºciclo	Empregada numa farmacêutica
E13	M	60	Ensino básico - 1ºciclo	Empregado de balcão
E14	M	25	Ensino básico - 3ºciclo	Empregado de balcão
E15	F	49	Ensino básico - 1ºciclo	Desempregada
E16	M	49	Ensino básico - 1ºciclo	Agricultor
E17	F	67	Ensino superior	Técnica superior

Em resumo, a amostra do nosso estudo é constituída por 9 doentes do sexo masculino e 8 doentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre 16 e 80 anos, tendo 11 doentes entre 50-80 anos. Os doentes participantes apresentam habilitações literárias baixas (ensino básico-1ºciclo) e com actividade profissional predominante doméstica.

4.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES

Com recurso aos conhecimentos sobre a análise de conteúdo clássica e a ajuda do programa NVIVO8® exploramos toda a informação agrupando-a e caracterizando-a em categorias e subcategorias. As categorias pré-estabelecidas e emergentes foram denominadas como a seguir se descreve:

- Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes;
- Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação;
- Factores perturbadores na comunicação;
- Disponibilidade dos enfermeiros;
- Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes;
- Competências dos enfermeiros.

Apresentamos em primeiro lugar o quadro resumo que evidencia a perspectiva geral das categorias e subcategorias (Quadro 2). Posteriormente cada categoria será analisada e discutida em separado com recurso às respectivas subcategorias.

As questões com as quais se construiu o guião da entrevista constituíram à partida categorias de análise pré-estabelecidas ou construídas *a priori*, sendo portanto de natureza conceptual (Ghiglione & Matalon, 1992; Vala, 2009): *estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes, dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação, factores perturbadores na comunicação e disponibilidade dos enfermeiros*. Aqui convém referir, que dado a primeira pergunta da entrevista se reportar à forma como os enfermeiros comunicavam com os doentes durante o tempo em que estiveram entubados endotraquealmente e a quarta pergunta às alternativas à comunicação verbal que proporcionaram aos doentes durante o período que estavam impossibilitados de falar, decidimos agrupar em uma só categoria denominada, *estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes*.

Do *corpus* de análise e *verbatim* das entrevistas emergiram mais duas categorias, construídas *a posteriori*, sendo portanto de natureza empírica e geradoras de resultados (Ghiglione & Matalon, 1992; Vala, 2009): *vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes, e competências dos enfermeiros*.

Começamos por expor a análise e discussão tendo em consideração a sequência das questões da entrevista e consequentes categorias, finalizando este processo com as duas categorias emergentes.

Quadro 2 – Perspectiva global das categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes	Linguagem verbal eficaz Valorização da linguagem não verbal Alternativas à comunicação verbal
Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação	Dificuldades de expressão pela presença de tubo endotraqueal Dor Limitações físicas dos doentes
Factores perturbadores na comunicação	Factores ambientais Factores relacionais Comunicação dos enfermeiros Cansaço dos doentes
Disponibilidade dos enfermeiros	Satisfação das necessidades dos doentes Ensino aos doentes Presença dos enfermeiros Apoio aos doentes
Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes	Emoções Sentimentos positivos Sentimentos negativos Crenças religiosas e valores
Competências dos enfermeiros	Conhecimentos científicos e técnicos Cuidados humanizados e personalizados

4.2.1. Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes

Segundo os doentes que estiveram internados no SCI, entubados endotraquealmente, os enfermeiros utilizavam uma comunicação verbal eficaz, e valorizavam a comunicação não verbal expressa pelos doentes utilizando-a como

instrumento terapêutico. Outra vez os enfermeiros lançavam mão de alternativas à comunicação verbal. Estes resultados confirmam a importância da comunicação como suporte de todas as acções de enfermagem, pois é através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo, a sua maneira de pensar, sentir, agir e tomar decisões. Como referem Watzlawick et al. (1971) “É impossível não comunicar, uma vez que “todo o comportamento, não só a fala é comunicação” (p.19). A importância de todo o tipo de comunicação, para a enfermagem, é de tal forma, que Henderson (2004) a integrou nas catorze necessidades fundamentais do doente.

Em consequência atribuímos o nome de *estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes* a uma das categorias do estudo, como podemos observar no quadro 3.

Quadro 3 – Categoria: Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes

Categoria	Subcategorias
Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes	Linguagem verbal eficaz Valorização da linguagem não verbal Alternativas à comunicação verbal

Linguagem verbal eficaz

Uma função importante da comunicação é transmitir mensagens de uma pessoa para a outra e os doentes nas suas narrativas afirmam que a linguagem verbal, traduzida em palavras foi a mais utilizada pelos enfermeiros, como podemos verificar pelas expressões:

“O enfermeiro comunicava comigo por palavras”. (E1)

“Os enfermeiros comunicavam comigo por palavras, eu entendia e percebia-os muito bem (...)”. (E2)

“Comunicavam comigo por palavras....”. (E3)

“Os enfermeiros comunicavam comigo por palavras”. (E13)

A linguagem verbal utilizada pelos enfermeiros era facilmente entendida pelos doentes, mencionando estes com satisfação, que a comunicação verbal dos enfermeiros foi **breve, clara, precisa, adequada às circunstâncias, simples, directa e adaptada às necessidades**. Este dados são corroborados pela perspectiva de Phaneuf (2005) uma vez que a autora defende que a comunicação dos enfermeiros deve considerar todas estas características pois só assim contribui para que os doentes compreendam eficazmente a mensagem enviada. Estes atributos da comunicação verbal dos enfermeiros foram expressos da seguinte forma pelos doentes:

“Percebia o que os enfermeiros diziam (...) a comunicação deles para comigo era simples, breve e clara (...)”. (E1)

“Comunicavam comigo de forma clara (...) e directa, percebia o que diziam e era apropriada às circunstâncias que estavam a acontecer e ao próprio momento”. (E4)

“(...) a linguagem que eles utilizavam para mim era clara, adequada às circunstâncias em que me encontrava e adaptada às minhas necessidades (...)”. (E8)

“Os enfermeiros falavam muito bem, percebia-os muito bem, (...) era muito clara e precisa a linguagem deles e adequada ao momento”. (E10)

“Os enfermeiros falavam comigo numa linguagem perceptível, clara e adaptada a todas as circunstâncias, não falhou nada nesse aspecto, não tenho nada a apontar”. (E14)

É competência dos enfermeiros exprimirem-se de maneira a serem compreendidos e fazerem perceber o que querem transmitir quando estão em interacção com os doentes. Desta forma, podemos depreender que a linguagem utilizada pelos enfermeiros com os doentes entubados foi compreendida pelos doentes, ou seja, os termos utilizados foram entendidos pelo doente que escutava, o que exclui à partida as abreviaturas, as siglas, os termos específicos e as construções de frases demasiado complicadas (simples). Os conceitos utilizados pelos enfermeiros não levaram a várias interpretações, o que evitou confusões (clara), a comunicação não tocou vários assuntos ao mesmo tempo, mas sim o que o doente necessitava de falar no momento (breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver). Por outro lado os enfermeiros escolheram o momento mais conveniente em função da hora, do dia e do estado do doente para recolher ou comunicar as informações necessárias (apropriada ao tempo e às circunstâncias). Os enfermeiros também estiveram em condições de aprender qualquer incompreensão ou qualquer emoção que surgiu durante o processo

comunicativo com o doente que pudesse modificar o curso do diálogo, adaptando a sua forma de comunicar (adaptável às reacções e necessidades do doente). Estes factos traduzem o preconizado por Phaneuf (2005), no que se reporta a este domínio específico do campo da enfermagem.

Os resultados do nosso estudo, também são apoiados pela perspectiva de Riley (2004), no sentido em que, segundo esta autora a “finalidade da comunicação é a criação de sentido” (p. 7). Esta autora refere ainda que o emissor da mensagem escolhe certas palavras congruentes com o que tenciona transmitir, uma vez que, o objectivo do emissor é transmitir uma mensagem que seja clara e compreensível para o receptor.

Valorização da linguagem não verbal

Os doentes nos seus discursos referiram que o facto de estarem impossibilitados de comunicar verbalmente, pela presença do tubo endotraqueal, empregaram na comunicação com os enfermeiros a comunicação não verbal. Por sua vez, os enfermeiros também fizeram uso da linguagem não verbal, para além da linguagem verbal, para comunicarem com os doentes.

Na perspectiva de Stefanelli (2005^a) a linguagem não verbal, é um modo de comunicação que envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais. Por outro lado os autores Sá e Machado (2006) evidenciam que comunicação humana, especialmente a que se processa frente a frente, é sobretudo não verbal.

O comportamento não verbal do enfermeiro será a primeira fase para o estabelecimento de uma relação terapêutica, pela riqueza de sinais não verbais emitidos. O doente ao perceber estes sinais sentir-se-á ou não mais apoiado e capaz de se envolver na relação, revelar as suas necessidades, facultando assim ao enfermeiro uma via para implementar estratégias de ajuda. Como refere Collière (1989):

para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver e reaprender a ver consiste em reaprender a comunicação não verbal; é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo fâcies, o penteado, o traje, a postura, bem como os sinais do seu meio social, do espaço em que se situa (p. 246).

Os enfermeiros durante a prestação de cuidados utilizaram o **olhar** como forma de comunicação não verbal com os doentes. É uma das condições, talvez a mais básica para o êxito na prestação de cuidados, como refere Cunha (1999) e tem como objectivo a

identificação das necessidades dos doentes, seja pela expressão facial ou até mesmo por movimentos do corpo através dos quais o doente expressa sentimentos e emoções.

Também Phaneuf (2005) valoriza o olhar como forma de comunicação não verbal, uma vez que refere “comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos ao que é dito” (p. 35).

Outros autores (Silva, 2005; Stefanelli, 2005^c), revelam que olhar o doente demonstra interesse por ele, pois através da observação do doente da sua comunicação não-verbal e paraverbal o enfermeiro percebe o que este está a transmitir.

Os discursos dos doentes reflectem o uso do contacto visual pelos enfermeiros:

“O enfermeiro olhava sempre para mim quando falava comigo”. (E1)

“Os enfermeiros quando falavam comigo, olhavam para mim (...)”. (E6)

“Os enfermeiros também olhavam para mim (...) os enfermeiros olhavam para mim para perceber o que eu queria dizer, (...)”. (E10)

Nas palavras de Rosário (2009), as relações interpessoais iniciam-se com o contacto visual recíproco que assinala o desejo e a intenção de interagir. Dias (1993) reforça esta ideia quando afirma que “o contacto visual está na base da sociabilidade humana” (p. 37). A mesma autora defende que o olhar é o primeiro alicerce de futuras etapas da comunicação humana, exerce entre outras, uma função reguladora da interacção. Durante a comunicação verbal, os intervenientes poderão só trocar olhares de vez em quando, no entanto segundo a opinião dos doentes inquiridos, os enfermeiros mantinham sempre o contacto visual, de tal forma que conseguiam receber a mensagem e dar feedback eficazmente. De realçar que a expressão facial dos enfermeiros pode transmitir estímulos positivos ou negativos para o doente, pelo que, os enfermeiros deverão esforçar-se por serem congruentes, tendo sempre presentes princípios como a sinceridade e a honestidade.

Na opinião dos doentes os enfermeiros não estabeleciam o contacto visual arbitrariamente, mas tinham em **atenção as suas reacções, como a maneira de olhar, a postura, a expressão do olhar e da face**, como indicam os seus discursos:

“(...) olhavam para mim, para as minhas expressões, para saberem o que eu estava a sentir no momento, por vezes tinha dores, outras vezes estava triste por estar doente, (...)”. (E8)

“(...) [olhavam] para a minha cara, para os meus olhos para conseguirem perceber o que eu queria e o que se estava a passar comigo e também para saberem o que eu precisava”. (E9)

“ (...) [olhavam] para a minha face e para as minhas expressões da boca para compreenderem o que eu queria”. (E10)

A multiplicidade destes significados pode tornar a linguagem não verbal ambígua, mas os resultados do estudo atestam o esforço dos enfermeiros em compreendê-la. Os dados do estudo realizado por Patak et al. (2004), na Califórnia, apontavam para que os profissionais de saúde identificassem as necessidades de comunicação do doente ventilado através dos olhos do doente.

Silva (2005) também apoia os resultados deste estudo ao afirmar que na interacção com os doentes, o enfermeiro deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não verbal e aperceber-se de emoções e reacções que deve aprender e reconhecer. Por outro lado, os profissionais de enfermagem têm que ter presente que todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não verbal do doente são reveladoras da sua vivência. Santos e Shiratori (2008) acrescentam ainda que é fundamental compreender a expressão não verbal emitida pelo doente uma vez que reforça a aproximação da equipa de enfermagem com os beneficiários dos seus cuidados.

Para que esta aproximação entre a equipa de enfermagem e os doentes seja concretizada é imprescindível que os enfermeiros proporcionem um ambiente propício a essa relação. O tocar o doente é considerado como fundamental para intensificar esta relação e dar margem para o doente se sentir acarinhado e confortável e desta forma expressar tudo que sente no momento.

Em cuidados de enfermagem, o tocar o doente continua a ser um meio de comunicação importante e os resultados do nosso estudo atestam essa importância, pois os doentes afirmaram que os enfermeiros durante o processo comunicativo com estes utilizaram este meio de comunicação – **o toque**:

“(...) tocavam-me na mão para eu ficar mais calmo por não poder falar”. (E6)

“(...) outras vezes tocavam na minha mão, na minha cabeça, no meu braço enquanto falavam comigo (...)”. (E8)

“(...) tocavam na minha mão para me acalmar, tocavam na minha cabeça e molhavam a testa quando eu pedia”. (E9)

“(...) tocavam-me na mão enquanto falavam comigo (...)”. (E13)

“Tocavam na minha mão quando falavam comigo”. (E16)

De acordo com Benner (2005), o toque “(...) cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação” (p. 79). Gomes et al. (2006) acrescenta que o tacto permite a expressão de sentimentos como, calma, carinho, segurança, agressividade, pressa, raiva, amor, medo e além de tudo calor humano. O sentido do tacto é privilegiado pela carga emocional que este poderá transmitir, as mãos vão estabelecer um elo de comunicação. O tacto é a mais básica de todas as respostas humanas, tal como nos refere Hudak e Gallo (1997) “A necessidade de contacto tátil está presente em todas as pessoas ao nascimento e continua durante toda a vida” (p. 40).

Acreditamos que o uso do toque pelos enfermeiros foi benéfico para a maioria dos doentes entubados endotraquealmente, uma vez que, os enfermeiros ao utilizarem o toque transmitiram apoio contribuindo para uma atitude comunicativa mais eficaz. No entanto torna-se necessário alertar que 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.

A comunicação enfermeiro/doente entubado endotraquealmente traduz-se numa realidade diferente de todo o processo comunicativo habitual, devido à inexistência de feed-back verbal por parte do doente. Os resultados deste estudo revelam o facto de os doentes terem encontrado na **linguagem gestual** a alternativa às palavras, como podemos depreender dos seus discursos:

“Eu falava com os enfermeiros por gestos, (...) tentava falar por gestos para os enfermeiros me compreenderem...”. (E5)

“Comunicava com os enfermeiros por gestos, (...) chamava-os com a mão, outras vezes batia com a mão na cama (...)”. (E6)

“Comunicava com os enfermeiros através das mãos, por gestos, (...) eles chegavam à minha beira e diziam (...) vamos tomar banho e eu acenava com a cabeça que sim. (...) Enquanto tive com o tubo respondia aos enfermeiros acenando com a cabeça e com as mãos”. (E12)

“Eu falava por gestos com os enfermeiros. (...) Falava com os enfermeiros por gestos quando tinha dores tentavam adivinhar logo tudo e percebiam-me bem”. (E15)

“Eu comunicava com eles por gestos a dizer que tinha sede, (...) muitas vezes só apontava com os dedos para os lábios e os enfermeiros já sabiam que eu queria molhar os lábios”. (E16)

A linguagem gestual é universal e pode ter vários significados. Neste estudo, os

gestos serviram para o doente comunicar aos enfermeiros as suas necessidades, sentimentos e/ou emoções. Os resultados apresentados por Rosário (2009) no seu estudo reportam que a maioria dos doentes ventilados, ou seja, com tubo endotraqueal, utilizou a linguagem gestual como alternativa à comunicação verbal.

Os doentes também recorriam a **mímica labial** para comunicar com os enfermeiros e foi notória a disponibilidade destes para compreendê-los, evitando desta forma que os doentes revelassem sentimentos de impotência e desmotivação, nas suas tentativas em comunicar, como podemos verificar pelos excertos dos discursos que a seguir se transcrevem:

“Eu falava através dos lábios e eles percebiam-me...”. (E3)

“(...) pela boca, mexia os lábios para dizer o que queria”. (E6)

“(...) e pelos lábios, por mímica (...) para conseguirem ler os meus lábios”. (E8)

“(...) por mímica com os lábios para tentar que eles me entendessem”. (E9)

Com base nos discursos dos doentes, podemos dizer que estes procuraram comunicar com os enfermeiros através da mímica labial, facto que estes aproveitaram e que pode ser sinónimo do interesse e potencial da comunicação não verbal para a prática dos cuidados. Como refere Rosário (2009) é fundamental que os enfermeiros expliquem aos doentes que para se conseguirem fazer perceber através da leitura dos lábios devem formar frases curtas e acentuar a silabação. Autores como Thelan et al. (1996) assumem esta perspectiva considerando que a comunicação não verbal deve estabelecer-se mediante sinais, gestos, leitura pelos lábios, apontar, mímica facial ou pestanejo.

Uma estratégia facilitadora da comunicação não verbal, ensinada pelos enfermeiros aos doentes, reportou-se à **retirada do oxímetro do dedo**, como nos revelam os seguintes discursos:

“Por vezes quando não estavam à minha beira quando precisava de alguma coisa chamava-os tirando a mola do dedo [oxímetro] pois assim tocava o monitor e eles já sabiam que eu precisava de algo e vinham à minha beira para saber as minhas necessidades”. (E8)

“(...) quando estava sozinho para os chamar, erguia a mão outras vezes tirava o oxímetro e os enfermeiros vinham ver o que se passava. (...) quando era para chamar os enfermeiros tirava o oxímetro (...)”. (E14)

Em UCIs não existem campanhas para os doentes chamarem os enfermeiros. A retirada do oxímetro do dedo (produz um sinal sonoro – alarme), foi uma das estratégias

encontradas pela equipa de enfermagem para ajudar o doente a comunicar de forma não verbal, dada a impossibilidade de comunicar por palavras.

Não podemos deixar de referenciar que em muitas situações a linguagem não verbal transmitida pelos doentes não era imediatamente percebida pelos enfermeiros. No entanto pudemos constatar que no decorrer da comunicação **os doentes repetiam mensagem** com o intuito de clarificar e validar a informação que transmitiam aos enfermeiros. Estes profissionais nem sempre percebiam o que os doentes queriam transmitir, e desta forma, pediam a estes para repetirem a mensagem, como constatamos nos seguintes discursos:

“(...) outras vezes pediam-me para repetir novamente o que eu estava a dizer mas mais devagar (...)”. (E8)

“Os enfermeiros percebiam o que eu queria, o que eu fazia muitas vezes, era dizer uma, duas e três vezes até eles perceberem, e percebiam, acertavam naquilo que eu queria dizer, (...) eu repetia primeira e segunda vez, (...) mas com jeito e insistência os enfermeiros compreendiam o que eu queria dizer”. (E10)

No desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação que facilitam a interação enfermeiro/doente. Os resultados do nosso estudo apontam para a utilização de uma técnica de comunicação terapêutica, defendida por alguns autores como Riley (2004) e Stefanelli (2005^c), que é a clarificação e a validação. A validação tem importância fundamental na verificação da compreensão das informações e orientações dadas aos doentes pelos enfermeiros. Os enfermeiros ao pedirem informação adicional e repetição da mensagem aos doentes de forma a compreenderem a mensagem recebida evitam o risco de fazer interpretações erradas e revelam interesse e atenção para com os doentes.

Alternativas à comunicação verbal

Apesar de os enfermeiros utilizarem a comunicação verbal e não verbal para estabelecerem uma comunicação eficaz com os doentes entubados endotraquealmente, os doentes recorreram à comunicação não verbal como estratégia de comunicação com os enfermeiros, uma vez que se encontravam impossibilitados de comunicar verbalmente.

Contudo, a maioria dos doentes referiu o recurso a alternativas à comunicação verbal por parte dos enfermeiros.

Quando os doentes estão impossibilitados de comunicar verbalmente, compete aos enfermeiros desenvolver e/ou proporcionar meios alternativos à comunicação e principalmente estarem atentos a todas as suas mensagens não verbais, que eventualmente igualam e substituem as mensagens verbais (Ciuro, 2007).

Os doentes relatam que para além da utilização da linguagem gestual, uma das estratégias facilitadoras da comunicação não verbal mais vezes utilizada pelos enfermeiros, passou pela **linguagem escrita através de papel e caneta**. Esta estratégia é defendida por Thelan et al. (1996) dado que nas perspectivas destes autores os doentes com tubo endotraqueal devem ser estimulados a comunicar através da escrita, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo e aumenta o risco de traumatismo da traqueia.

As alternativas proporcionadas pelos enfermeiros segundo os doentes entrevistados, foram na sua maioria suficientes para o estabelecimento de uma comunicação eficaz. Os doentes para demonstrarem as suas necessidades, preocupações, sentimentos ou emoções, escreviam para os enfermeiros e para a sua família, tal como indicam as expressões:

“Eu não podia falar mas escrevia num papel aquilo que queria dizer aos enfermeiros. (...) Deram-me papel e caneta para eu escrever o que eu queria, eu pedia-lhes para escrever”. (E6)

“Umas vezes eles entendiam o que eu queria, outras vezes era por escrito. (...) A maior parte das vezes era por escrito, eu escrevia para eles perceberem o que eu queria. (...) deram-me um bloco com folhas e uma caneta para eu escrever, escrevi no bloco números de telefone para dar às minhas visitas, (...). Mas acho que foi suficiente o bloco de folhas e a caneta para eu comunicar com os enfermeiros”. (E10)

“Deram-me um papel e caneta e fui escrevendo e foi aí que escrevi que queria falar com o meu filho. Também falei com o meu filho através da escrita, era muito engraçado. Eu tenho a plena consciência que dava erros ao escrever, nunca na minha vida escrevi tão mal como naquela altura (...)”. (E15)

Os resultados do nosso estudo são sustentados por outros, como é o caso do estudo realizado por Santos e Pinto (1998), em que os doentes alertaram para o facto de os enfermeiros terem demonstrado disponibilidade em lhes proporcionar alternativas à comunicação verbal, a utilização de papel, lápis e abecedário, embora a linguagem gestual tenha sido a mais vezes utilizada. Estes resultados são ainda sustentados por Rosário (2009) ao referir que a maioria dos doentes ventilados, ou seja com tubo

endotraqueal utilizou a linguagem escrita para além da linguagem gestual como alternativas à comunicação verbal.

Alves (1992) partilha igualmente das opiniões dos autores anteriormente referidos, afirmando que uma das possíveis alternativas à comunicação verbal reporta-se a fornecer papel e lápis ao doente para que este possa expressar as suas necessidades através da escrita devendo os enfermeiros ajudá-lo nessa tarefa se necessário.

Se a maioria dos doentes referiram que os enfermeiros utilizaram alternativas à comunicação verbal, torna-se também importante ressaltar que alguns doentes, embora poucos, afirmaram não terem sido proporcionadas quaisquer alternativas à comunicação verbal pela equipa de enfermagem durante o período que se encontravam impossibilitados de falar. Ou seja, **os enfermeiros não promoveram o incentivo e uso de estratégias de comunicação não verbal**, como verificamos pelos seus discursos:

“Não me deram nenhuma folha e papel para escrever...Não usaram algum de imagens....Não deram um quadro de palavras para dizer o que queria...”. (E1)

“(...) não usaram papel e caneta para eu escrever, nem tabela de frases, nem abecedário, só falavam comigo...”. (E2)

“Não me forneceram papel e lápis para escrever e não me deram quadro mágico. Também não usaram abecedário nem quadro branco. Não me forneceram nenhuma destas alternativas à comunicação verbal...”. (E3)

“Eu queria um papel para escrever mas não me deram nenhum papel para escrever, isso não se admite, assim eu podia escrever eu quero isto e isto. (...) Não utilizaram nenhuma [Alternativas]. Eu pedi uma esferográfica e eles não me compreenderam. Se não posso falar e se me dessem um papel e uma esferográfica eu escrevia o que eu queria, se queria que me molhassem os lábios e outras coisas (...)”. (E7)

Podemos constatar através dos discursos dos doentes que estes tinham conhecimento de algumas alternativas que os enfermeiros podiam utilizar durante o processo comunicativo, alternativas defendidas por Alves (1992) e Ciuro (2007) como: álbum de imagens, quadro com palavras, tabela de frases, abecedário, quadro mágico e quadro branco.

Da análise e discussão desta primeira categoria, parece-nos poder concluir e deixar evidente, que o processo de comunicação enfermeiro/doente oncológico entubado endotraquealmente se construiu de diferentes formas e que durante o processo comunicativo a expressão verbal e/ou não verbal do doente e/ou enfermeiro, foi percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

De salientar que o que advém da comunicação não verbal é mais facilmente retido relativamente às palavras, o que nos leva a ressaltar a importância de estabelecer uma relação harmoniosa entre estes dois modos de expressão, pois a linguagem não verbal pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir.

Sá e Machado (2006) são de opinião que numa UCI é importante a comunicação entre o doente e equipa de enfermagem e que ela se torna tanto mais difícil quanto mais instável se encontra o doente, nomeadamente o doente com tubo endotraqueal. Como profissionais de saúde, gratifica-nos observar que apesar de o doente se encontrar impossibilitado de comunicar por palavras, os enfermeiros manifestaram competências de comunicação ao recorrerem a alternativas à comunicação verbal para ultrapassar as dificuldades, promovendo desta forma uma comunicação eficaz e terapêutica.

4.2.2. Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação

O doente entubado endotraquealmente tem uma alteração da comunicação verbal relacionada com a presença da prótese ventilatória, que se manifesta pela não emissão de sons. O doente fica então privado de comunicar verbalmente, dado as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não poderem desempenhar adequadamente as suas funções.

A comunicação com estes doentes traz dificuldades acrescidas ao desempenho da maioria dos enfermeiros, uma vez que é mais usual a comunicação verbal e na maioria das vezes não se atribui importância à comunicação não verbal. Por outro lado também é difícil para os doentes comunicarem através da linguagem não verbal, pois o que acontece frequentemente é não serem percebidos pelos enfermeiros.

Os doentes durante o internamento no SCI, no período que estiveram entubados endotraquealmente mencionaram sentir dificuldades na comunicação com a equipa de enfermagem, e que estas dificuldades foram atribuídas maioritariamente à presença de tubo, seguidas da presença de dor e de limitações físicas. Daí que outra das grandes categorias do nosso estudo foi denominada de *dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação*, como podemos verificar pela observação do quadro seguinte.

Quadro 4 – Categoria: Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação

Categoria	Subcategorias
Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação	Dificuldade de expressão pela presença de tubo endotraqueal Dor Limitações físicas dos doentes

Dificuldade de expressão pela presença de tubo endotraqueal

A maior parte dos doentes inquiridos, quando confrontados com a necessidade de comunicar com a equipa de enfermagem, referem ter sentido grandes **dificuldades de expressão, pela impossibilidade de comunicar por palavras**, devidas à presença de tubo endotraqueal como a seguir se pode observar:

“Uma das maiores dificuldades foi ter um tubo na boca...ainda cá tenho um [SNG]...”. (E1)

“O tempo que estive com o tubo na boca não sei precisar mas, lembro-me de ter o tubo na boca. (...) O facto de ter o tubo na boca impedia de falar por palavras e isso tornou-se uma grande dificuldade para mim quando queria comunicar com os enfermeiros”. (E2)

“Eu lembro-me perfeitamente, eu queria falar e não podia. Tinha o tubo na boca e a minha maior dificuldade era conseguir falar por palavras com os enfermeiros. (...) Mas a minha maior dificuldade era de facto não conseguir falar com os enfermeiros por ter o tubo na boca. (...)”. (E6)

“(...) era muito difícil para mim comunicar com eles com aquele tubo! (...) A minha maior dificuldade e factor de stress foi o facto de ter o tubo (...)”. (E13)

“(...) a certa altura [os enfermeiros] tinham dificuldade em me perceber, (...) Eu queria falar e não conseguia com o tubo (...) Uma dificuldade e factor de stress foi mesmo o facto de não conseguir expressar-me por palavras (...)”. (E16)

Pelos discursos dos doentes podemos constatar que a linguagem verbal tem muito significado para estes e que quando esta não é possível como é o caso, pela

presença do tubo endotraqueal, origina grandes dificuldades de adaptação do doente a esta situação. O doente tem por isso, de aprender/reaprender em função do seu potencial, novas formas de comunicar com os enfermeiros a fim de expressar as suas necessidades, e os enfermeiros terão de disponibilizar a atenção e o apoio necessários para conseguirem uma comunicação eficaz e terapêutica.

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. Os achados do nosso estudo corroboram outros estudos realizados, como o de Santos e Pinto (1998) onde os doentes referiram como um aspecto altamente negativo a imagem da privação da fala e consequente dificuldade em fazerem-se entender ao comunicar com a equipa de enfermagem. Também o estudo levado a cabo por Cardoso (2001) demonstra que os doentes sentiram dificuldade em comunicar pelo facto de ter um tubo endotraqueal.

Nos dados deste estudo, a presença de tubo endotraqueal foi considerada pelos doentes como uma situação desagradável, que provoca diversos sintomas como a **tosse, a acumulação de secreções com necessidade de aspiração, falta de ar e sensação de incómodo**.

A tosse era muitas vezes provocada pela mobilidade do tubo endotraqueal dentro da laringe, quando o doente tentava através da mímica comunicar com os enfermeiros, como constatámos pelos seus discursos:

“Os enfermeiros no princípio não se aperceberam das minhas necessidades e aflições foi só uma pessoa que a certa altura apercebeu-se do que se passava comigo e reparou que tinha o tubo atravessado na garganta e isso incomodava-me bastante. (...) e ao mesmo tempo quando tentava falar obrigava-me a tossir puxava-me muito a tosse porque eu atrapalhava-me a querer falar”. (E13)

“A minha maior dificuldade foi mesmo ter o tubo na boca, faz muita impressão para respirar o tubo ajudava-me a respirar mas incomodava-me e fazia-me muita impressão”. (E16)

Segundo alguns autores (Thelan et al., 1996; Paulino et al., 1998) a acumulação de secreções é uma das complicações da colocação de tubos endotraqueais. A obstrução do tubo pela presença de secreções exige da parte do enfermeiro intervenções no sentido de minimizar esta complicação e a toilette brônquica é uma dessas intervenções. A pressão exercida por pouca que seja na aspiração de secreções provoca ao doente sensação de asfixia e de falta de ar. Também a própria acumulação de secreções, seja

no tubo endotraqueal, seja na boca e orofaringe provoca por vezes ao doente sensação de falta de ar. A expressão de um doente exemplifica o que acabamos de mencionar:

“Acho que foi quando me faltava o ar quando às vezes tinha a boca com saliva e o tubo parecia que estava entupido, acho que foi a minha maior dificuldade. Depois tinham que me aspirar, eu chamava para virem aspirar, tinha a percepção de quando era necessário aspirar, (...)”. (E14)

Na perspectiva dos doentes a presença do tubo endotraqueal esteve também na origem de sintomas como **boca seca, sede, respiração ruidosa e vômitos**.

A boca seca e consequentemente a sede é atribuída ao facto de o doente não poder ingerir líquidos via oral pois é incompatível com a presença de tubo endotraqueal. O enfermeiro deve minimizar este sintoma, através do simples facto de molhar a boca ao doente ou até mesmo prestar cuidados orais de forma a refrescar e humedecer a boca, promovendo maior conforto ao doente. Estudos realizados por autores como Cornock (1998); Lerch e Parck (1999) e Novaes et al. (1999) apontam a sede como um dos factores que contribui para o stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico. A respiração ruidosa surge no âmbito da presença de secreções no tubo endotraqueal, que quando não são aspiradas, provoca uma respiração ruidosa.

Outros sintomas podem incomodar o doente no decorrer de uma doença grave, como é o caso dos vômitos que foram referidos pelos doentes no nosso estudo. Estes podem estar associados à própria doença, mas também a presença do tubo endotraqueal pode desencadear os vômitos se o doente desenvolver episódios de intolerância ao tubo.

Segundo Thelan et al. (1996) outra das complicações pela presença do tubo endotraqueal, diz respeito à **sinusite** provocada pela obstrução à drenagem dos seios paranasais, sintoma este referido também pelos doentes.

No nosso estudo os doentes afirmaram que o tubo endotraqueal por si só já é factor de dificuldade na comunicação, quando aliado à sintomatologia que provoca contribui para uma maior dificuldade destes na comunicação com a equipa de enfermagem, como a seguir se demonstra:

“(...) a dificuldade que tinha quando tinha o tubo era que dava-me vômitos, (...)”. (E2)

“(...) e tinha a boca seca e só me preocupava com isso. Depois fazia aquele barulho pareciam castanholas, com o céu-da-boca e dizia tenho sede. (...) Só sei que dizia que tinha o nariz seco, que tinha sinusite e a boca também estava seca, que fazia barulho a respirar (...)”. (E17)

Apesar das dificuldades sentidas pelos doentes é de todo fundamental salientar que estes referiram muita **satisfação relativamente à comunicação estabelecida**, uma vez que foram compreendidos pelos enfermeiros, como percebemos nos seus discursos:

(...) Uma das maiores dificuldades foi sem duvida não conseguir falar; o tubo a mim metia-me muita confusão e muita aflição, mas os enfermeiros sempre me perceberam muito bem”. (E4)

“A minha maior dificuldade foi sem dúvida ter o tubo na boca, que não me deixava exprimir de forma fácil o que eu sentia e queria em certo momento aos enfermeiros, (...) dentro das minhas dificuldades em me expressar posso dizer que tive uma boa comunicação com os enfermeiros e eles comigo também”. (E8)

Dor

Os doentes entrevistados referiram que durante o internamento no SCI, alguns factores contribuíram para a dificuldade em comunicar com a equipa de enfermagem, a dor foi um dos factores referidos. Consideraram a dor como **intensa** e resultante de **cirurgia, estado de saúde e presença de tubo endotraqueal**, como podemos constatar através das narrativas:

“Depois nos cuidados intensivos puseram medicação para as dores, era o intestino perfurado a dor aliviou pouco, mas não aliviou por completo. Mas antes de ser operado passei umas dores horríveis. Lembro-me de ter estado à espera para ser operado e de ir para o bloco”. (E11)

“(...) e claro tinha dores derivado à operação e era complicado (...) e [o tubo] magoava-me bastante e quando tentava engolir a saliva doía-me bastante, dificultou a minha comunicação (...)”. (E13)

“Gostei de lá estar mas uma pessoa sofre muito, também porque fui operado. Mas o sofrimento era mais derivado da doença”. (E16)

“Lembro-me que o tubo fazia doer-me a garganta. O tubo magoava-me eu tentava falar com os enfermeiros mas foi difícil para mim (...)”. (E17)

Estes dados apoiam a perspectiva de Almeida (2002) uma vez que segundo a autora o doente quando se encontra internado numa UCI é invadido por sensações e sintomas desagradáveis que lhe causam desconforto e sofrimento e um dos problemas mais referidos quando é abordado o internamento na UCI é a dor. Também, de acordo

com os dados de um estudo já realizado em 1989 por Simpson et al., o sintoma dor foi considerado como um dos principais problemas identificados pelos doentes no seu internamento nos cuidados intensivos.

Outros autores como Lerch e Parck (1999) e Novaes et al. (1999), em estudos realizados apontaram a dor como um dos aspectos mais stressantes numa UCI para o doente aí internado.

Não podemos deixar de evidenciar que as manifestações nociceptivas são aquelas que podem interferir mais nas relações enfermeiro/doente e consequentemente no processo comunicativo entre estes. Nesta perspectiva, quando um doente está em sofrimento torna-se muito difícil comunicar com ele, se não for para ouvir a sua queixa e reconfortá-lo. Por isso, afigurasse-nos como essencial que os enfermeiros estejam atentos à dor como factor de morbilidade e 5º sinal vital, procurando medidas eficazes e práticas que proporcionem o melhor bem-estar possível ao doente.

Limitações físicas dos doentes

As limitações físicas também foram apontadas pelos doentes como motivo de dificuldade na comunicação com os enfermeiros. Algumas limitações que estiveram na origem dessas dificuldades foram: diminuição da acuidade auditiva, alteração da mobilidade por imposição de permanência no leito e incapacidade para escrever.

A **diminuição da acuidade auditiva** foi referida pelos doentes da nossa amostra como uma das limitações físicas que desencadearam o aparecimento de dificuldades no processo comunicativo com a equipa de enfermagem, como verificamos pelas expressões:

“Tinha a prótese auditiva e não os ouvia bem, percebia os enfermeiros pelos lábios”. (E2)

“(...) eu ouvia muito mal e ainda para mais tinha o tubo que não me deixava falar”. (E11)

Após a leitura destas expressões dos doentes concluímos facilmente que uma das interferências internas na comunicação está ligada a défices físicos do doente como a surdez ou diminuição da acuidade auditiva. Este factor, juntamente com outros pode influenciar a comunicação de maneira negativa.

Os doentes entrevistados também apontaram a **alteração da mobilidade no leito e consequentemente a dificuldade em escrever**, como condições que favoreceram a dificuldade no processo de comunicação com os enfermeiros.

Vários factores contribuíram para a alteração da mobilidade do doente no leito como a situação de doença, a realização de cirurgia e a monitorização com várias linhas adaptadas ao corpo. Estes factores dificultaram os movimentos dos doentes, e consequentemente a incapacidade para escrever como podemos observar:

“Não podia mexer a cara e o braço, não podia levantar, este braço era um peso terrível, (...) Também não estava muito em condições de escrever”. (E9)

“O que me incomodou mesmo foi estar sempre naquela posição, na cama, não poder mexer muito derivado à operação, (...) tive uma noite que fiquei com a cabeça encostada aos fios, a noite toda, estava todo ligado às máquinas e monitores e isso incomodava bastante mas tinha de ser, (...)”. (E16)

Estes achados corroboram outros, como os de Cornock (1998) no Reino Unido, os quais apontam para o facto de um dos aspectos mais stressantes numa UCI para o doente aí internado, ser o facto de o doente sentir limitação dos movimentos devido aos tubos e linhas. No estudo de Rosário (2009) observamos que dois terços dos doentes referiram que a incapacidade e as limitações físicas, a que estiveram sujeitos durante o período em que estiveram com tubo endotraqueal, também constituíram um entrave à comunicação, uma vez que os impedia de usar outras formas de comunicação, como a linguagem escrita e a linguagem gestual.

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 entubado e é sua responsabilidade desenvolver esforços e estratégias para o conseguir.

Sintomas como desconforto da posição no leito, em que o doente é incapaz de adoptar uma posição confortável sem ajuda, interferem com o bem-estar do doente no decorrer de uma doença grave. Numa tentativa de reverter esta situação os enfermeiros podem utilizar intervenções terapêuticas que pela nossa experiência de trabalho na área incluem: posicionamentos frequentes, massagens de conforto em zonas de pressão e atenção às linhas de monitorização a fim de evitar que estas fiquem debaixo do doente e possam provocar dor e/ou desconforto.

4.2.3. Factores perturbadores na comunicação

Nos discursos dos doentes entrevistados constatamos que vários foram os factores que interferiram no processo comunicativo, como podemos observar no quadro 5, motivo pelo qual outra categoria de análise refere-se aos *factores perturbadores na*

comunicação.

Quadro 5 – Categoria: Factores perturbadores na comunicação

Categoria	Subcategorias
Factores perturbadores na comunicação	Factores ambientais Factores relacionais Comunicação dos enfermeiros Cansaço dos doentes

Factores ambientais

Os factores ambientais mencionados pelos doentes foram de vários níveis: barulho provocado pelas máquinas e monitores, pelas urgências de outros doentes, pela comunicação entre enfermeiros, pela movimentação dos profissionais de saúde e a presença de luz acesa durante a noite.

A UCI é reconhecida como um ambiente confuso e perturbador, onde a tecnologia evidenciada pelos múltiplos aparelhos e equipamentos de monitorização que rodeiam o doente produzem um ruído de fundo constante que são os alarmes e que frequentemente incomodam os doentes.

No nosso estudo, um dos factores mais vezes referido pelos doentes foi o **barulho das máquinas e monitores**, que se tornaram factores perturbadores no processo comunicativo com os profissionais de enfermagem, como nos revelam os seus discursos:

“Era muito barulho...os monitores (...) as máquinas, era só piu, piu, piu (...) os monitores provocavam muito barulho, estavam sempre a alarmar...”. (E1)

“O ambiente interferia muito na minha comunicação com os enfermeiros (...) era muito barulho (...) as máquinas faziam muito barulho e interferiam na comunicação (...) as máquinas estavam sempre a apitar...”. (E3)

“Eu acho que o serviço de cuidados intensivos era muito barulhento, os monitores e maquinas estavam sempre a tocar (...) os ruídos que havia lá, perturbavam-me muito (...)”. (E12)

“A tecnologia dos cuidados intensivos, o barulho, as maquinas a tocar, isso para mim era um terror (...) os barulhos incomodavam-me bastante”. (E15)

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro de outros estudos já realizados como é o caso do estudo realizado por Lerch e Parck (1999), que apontaram o ambiente ameaçador da UCI como um factor desencadeante de stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico. Também Almeida e Ribeiro (2008), no estudo que realizaram concluíram que o facto de os doentes ouvirem o alarme do monitor, os ruídos e alarmes das máquinas constituíram alguns dos factores stressantes vivenciados por estes doentes nos cuidados intensivos.

Por outro lado, Thelan et al. (1996) afirmam que uma das experiências dos doentes com doenças críticas em cuidados intensivos assenta na perda de controlo sobre o ambiente, incluindo exposição ao ruído e actividade geral da UCI.

Ao ruído provocado pelos diferentes aparelhos, em muitas situações junta-se o ruído provocado pelos profissionais, particularmente durante o momento de troca de turnos, em que há um maior aglomerado de pessoas e de conversas paralelas. O nível sonoro também aumenta em situações de emergência com outros doentes.

O barulho provocado pela comunicação entre os profissionais de enfermagem, a movimentação da equipa de saúde dentro do SCI e as urgências nos outros doentes foram mencionados pelos doentes da seguinte forma:

“As urgências nos outros doentes....era muito barulho...”. (E1)

“Os enfermeiros faziam muito barulho no serviço de cuidados intensivos o ambiente era muito barulhento ... barulho faziam que chegasse...”. (E3)

“ (...) mas o barulho que eles faziam a falarem uns com os outros, não se admite”. (E7)

“ (...) a própria agitação do serviço, pelas urgências nos doentes, as pessoas a andarem de um lado para o outro, (...) era bastante perturbador”. (E12)

“Os barulhos perturbavam bastante, haviam alguns enfermeiros que cantavam, (...) isso é um tormento, (...) acho que deviam ter mais cuidado no barulho que faziam. Tudo que seja excessos não deviam ser autorizados”. (E15)

Outros estudos realizados demonstram resultados semelhantes aos por nós encontrados. É o caso do estudo realizado por Cardoso (2001), que refere que relativamente ao facto de estarem nos cuidados intensivos os doentes descreveram alguns incómodos que de alguma forma os perturbaram, como o incomodo pelo ruído, principalmente o ruído externo provocado pelas pessoas.

O doente internado numa UCI experimenta múltiplos estímulos, para além dos estímulos físicos relacionados com a doença em si. A iluminação também é uma fonte de perturbação para os doentes. Segundo Moreno (2001) a luz numa UCI deve, se possível,

ser natural. Frequente nestas unidades é a fluorescente branca que predomina. Pouca ou nenhuma luminosidade natural permite aos doentes identificar o dia e a noite, embora nos últimos anos temos verificado uma preocupação dos profissionais em desligar ou diminuir a intensidade da luz durante a noite, recorrendo a focos de presença.

Neste estudo é de salientar que um doente referiu que a **luz acesa durante a noite** foi um factor muito perturbador como traduzem as suas palavras:

“Chegava à noite e a luz da unidade não era fechada, uma hora, duas horas da manhã e a luz continuava acesa, eles continuavam lá no gabinete deles a conversarem, é trabalho que eu nunca vi na minha vida, lamento estar a dizer-lo, mas o que eu tenho a dizer eu digo...” (E7)

Face a dados com estas características, como enfermeiros podemos adoptar um conjunto de atitudes e competências que nos permitirão optimizar a nossa actuação junto dos doentes que cuidamos, tentando minimizar todos estes estímulos sensoriais e contribuindo para a promoção de um ambiente mais terapêutico na UCI. Porque o relacionamento entre enfermeiro e doente, só adquire importância no fenómeno de cuidar se o enfermeiro utilizar a comunicação como instrumento básico para atender as necessidades do doente, parece-nos ser necessário: consciencializar os enfermeiros para o excesso de ruído provocado pelos alarmes, silenciando-os o mais brevemente possível; sensibilizar os enfermeiros para minimizar o barulho e ruídos provocado por conversas paralelas com os pares ou outros profissionais de saúde e pela sua movimentação; sempre que possível proporcionar ao doente a luz natural na unidade; diminuir a intensidade da luz durante a noite; administrar a terapêutica durante o dia; e executar todos os procedimentos não urgentes durante o dia evitando acender a luz junto do doente durante a noite.

Factores relacionais

Como podemos constatar pelo que foi referido anteriormente, as interferências externas na comunicação são diversas, desde as interrupções causadas pelo barulho dos alarmes dos aparelhos de monitorização, as interpelações pelos colegas de enfermagem e todos os barulhos exteriores constituem verdadeiras barreiras à comunicação. Constatamos ainda que até mesmo as **barreiras de protecção individual como a máscara** podem interferir nas trocas de informação entre enfermeiro/doente, como evidenciam os discursos dos doentes:

“O uso da máscara interferia na comunicação, não percebia o que diziam [os enfermeiros] ”. (E1)

“Uma das coisas que utilizavam os enfermeiros quando vinham à minha beira era máscara, muitas vezes não os identificava e não percebia muito bem o que comunicavam comigo”. (E14)

O uso de máscara torna-se uma barreira à comunicação, pela dificuldade de uma transmissão eficaz da linguagem verbal e da linguagem não verbal e pela interferência nas trocas verbais. Por outro lado, é preciso não esquecer que as mensagens silenciosas do olhar e da expressão facial dos enfermeiros, tantas vezes carregadas de potencial comunicativo podem não ser captadas pelos doentes colocando em risco o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados.

Este facto, pode também dificultar ou mesmo impossibilitar o doente de reconhecer o profissional que está a prestar cuidados, o que pode por em causa a relação enfermeiro/doente.

Tal como já referimos a nível conceptual, a comunicação ao estar presente em todas as acções realizadas com o doente, é considerada como um instrumento básico do cuidado em enfermagem. É preciso não esquecer que a linguagem não verbal pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir, pois segundo Mehrabian citado por Phaneuf (2005) “38% das nossas comunicações são traduzidas pelas características da voz e 55% pelo resto do corpo” (p. 28).

Comunicação dos enfermeiros

O tipo de comunicação dos enfermeiros foi considerada por alguns doentes que estiveram internados no SCI, como problemática e um factor perturbador. Na perspectiva destes doentes a comunicação dos enfermeiros foi uma **comunicação insuficiente**, ou seja, uma comunicação não terapêutica. Os doentes referem que os enfermeiros comunicaram pouco e não disponibilizaram tempo, como evidenciam os discursos:

“Falavam pouco comigo...” (E1)

“(...) faziam o que tinham de fazer o mais depressa possível e iam-se embora (...) eles também pouco falavam comigo”. (E12)

Se a comunicação é insuficiente, como referem os doentes no nosso estudo, os enfermeiros podem não terem conseguido estabelecer uma relação terapêutica que promovesse o bem-estar. Nesse sentido, a satisfação das necessidades humanas

básicas dos doentes podem ter sido prejudicadas pelo facto de a comunicação ter-se revelado insuficiente entre enfermeiro/doente.

Russell (1999) no seu estudo refere que alguns doentes mencionaram que a falta de uma comunicação eficiente foi angustiante causando ansiedade, enquanto estiveram na UCI, e também não contribuiu para uma recuperação ideal após a alta.

No nosso estudo, um doente descontente e insatisfeito com a comunicação dos enfermeiros mencionou o **desinteresse em entendê-lo** e a **adopção de atitudes menos positivas na relação**, como afirma o seu discurso:

“Eles muitas vezes não queriam perceber não estavam interessados em perceber e voltavam costas aquilo que eu estava a pedir, pois não me entendiam porque não queriam”. (E7)

O discurso deste doente faz-nos reflectir as nossas práticas, uma vez que, da nossa experiência ressalta o facto de esta situação ser muito frequente. Santos e Pinto (1998) corroboram estes dados afirmando que os doentes entubados endotraquealmente, quando confrontados com a comunicação deles com a equipa de enfermagem referiram sentir dificuldade de entendimento por parte do enfermeiro. Num outro estudo, os doentes relataram que foram extremamente frustrantes as suas tentativas de transmitir as necessidades e também afirmaram que os enfermeiros de cuidados intensivos tinham lacunas na sua comunicação com os doentes nesta situação (Patak et al., 2004). Os resultados de Rosário (2009) acabam por dar sustentabilidade aos nossos dados, uma vez que, demonstram que mais de metade dos doentes em igualdade de circunstâncias às dos participantes neste estudo referiram o facto de não serem entendidos pelos profissionais de saúde, como um obstáculo à comunicação.

Em nosso entender, estes factos serão mais facilmente ultrapassáveis se os enfermeiros disponibilizarem alternativas à comunicação verbal, demonstrarem mais empenho na linguagem gestual, se tiverem mais paciência e mostrarem maior disponibilidade para ouvir o doente, não o deixando sozinho, nem desistindo dele. Como salienta Collière (1989) “o essencial do papel do enfermeiro é que se centre verdadeiramente na pessoa e o doente pessoa na unidade de cuidados intensivos é o elemento fundamental com quem o enfermeiro deve manter a melhor comunicação/relação” (p. 149).

“**Falarem alto e arregalarem os olhos**” ao doente foram outros comportamentos reveladores de uma comunicação não terapêutica. Esta experiência de comunicação não terapêutica por parte dos enfermeiros foi referida por uma doente como bastante perturbadora e marcou negativamente a sua condição psicológica, como podemos

verificar através do seu discurso:

“ (...) de início houve um ou dois que me arregalaram os olhos e berraram comigo e essas ficaram-me marcadas e hoje é dia em que me lembro perfeitamente quem são elas. O que me arregalou os olhos tinha uns olhos vivos não vale a pena dizer quem é, e hoje é dia que me assusto quando o vejo com a touca verde, acho que não se deve falar assim com as pessoas. (...) porquê de me berrarem de olhos arregalados, fiquei assustada, o tratamento pelas duas pessoas que eu disse foi muito mau (...)”. (E15)

Parece fundamental perceber que a comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre enfermeiro e doente, mas é uma acção que deve ser planeada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva. Como nos refere Lage (1996), os enfermeiros dada a sua função de ajuda e a representação que eles próprios constroem aos olhos dos doentes de gestores da relação precisam considerar e ter presente que os efeitos dos seus comportamentos podem desencadear uma relação aberta, ou pelo contrário, bloquear, inibir ou distorcer toda a comunicação com o doente. Também poderemos dizer que as palavras de Watzlawick et al. (1971) dão alguma sustentabilidade a estes resultados, na medida em que, “todo o comportamento, não só a fala é comunicação e toda a comunicação mesmo as pistas comunicacionais num contexto impessoal afecta o comportamento” (p. 19).

Deste modo, apraz-nos dizer que a comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objectiva o cuidado e através deste favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada.

Cansaço dos doentes

O cansaço foi considerado um factor perturbador na comunicação dos doentes com os enfermeiros, sendo que este cansaço era provocado pela **falta de descanso motivado pelo barulho no SCI**, o que desencadeou perturbações do sono/repouso, como podemos constatar:

“Foi o tempo de descanso não tinha como descansar a cabeça era um tormento o barulho que havia lá, (...) é assim a gente começa a ter o sono mais ou menos calmo e a mim qualquer coisa que perturbe eu entro em parafuso. Eu nunca tinha uma noite sossegada, nunca, nunca (...) era difícil conseguir dormir lá naquele

serviço com aquele barulho todo”. (E15)

“Não dormia nada de noite pelo barulho (...)”. (E16)

Estes resultados estão de acordo com os de outros estudos, como os do estudo realizado por Cornock (1998) no Reino Unido. Neste estudo um dos aspectos mais stressantes numa UCI para o doente aí internado foi o facto de não ser capaz de dormir. Outro estudo realizado por Lerch e Parck (1999), aponta a privação do sono como um dos factores que contribuem para o stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico. Novaes et al. (1999), realizaram um estudo no Brasil, relativamente a aspectos mais stressantes numa UCI sendo a dificuldade em dormir um dos tópicos referido como o segundo maior factor de stress do doente internado numa UCI. Também Almeida e Ribeiro (2008), no estudo que realizaram sobre “stress dos doentes nos cuidados intensivos” concluíram que o terceiro item mais cotado pelos doentes como mais stressante foi não ser capaz de dormir.

Os doentes internados numa UCI sofrem habitualmente uma alteração do padrão do sono. Os equipamentos, o grande número de profissionais que trabalham numa UCI, os ruídos, os sons, as emergências, a agitação fazem com que o doente sinta medo, insegurança e isolamento, prejudicando a sua tranquilidade e consequentemente na perspectiva de Oliveira et al. (2005) leva-os a necessitarem de um maior uso de tranquilizantes. Segundo um estudo realizado por Simpson et al. (1989) a insónia foi dos principais problemas identificados pelos doentes no seu internamento nos cuidados intensivos.

A incapacidade de repousar e dormir é uma das causas e uma das consequências da doença. A falta de sono pode ter resultados desastrosos para os doentes críticos. Thelan et al. (1996) acrescentam que numa UCI, o sono é frequentemente interrompido ou fragmentado, o que altera os estádios e ciclos normais e produz sono disfuncional. Também Hudak e Gallo (1997) refere que: “O ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor a um indivíduo doente.” (p. 30).

Os enfermeiros de cuidados intensivos devem reconhecer os efeitos que os medicamentos mais usados têm sobre o sono e reconhecer as situações mais susceptíveis de o perturbar numa UCI de forma a promover o restabelecimento desse nos doentes. Segundo Hudak e Gallo (1997) “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” (p. 34).

Desta forma, consideramos que pelo facto de a perturbação do sono para além de interferir na relação enfermeiro/doente ao nível da comunicação, compromete ainda o

conforto do doente. Os enfermeiros têm o dever de zelar pelos doentes e diminuir a frequência e intensidade dos estímulos sensoriais que podem prejudicar o descanso das pessoas doentes que constituem o seu foco de atenção.

4.2.4. Disponibilidade dos enfermeiros

Os discursos dos doentes entrevistados focam o comportamento dos enfermeiros durante a prestação de cuidados, evidenciando a disponibilidade destes profissionais de saúde. Os doentes salientaram que os enfermeiros satisfizeram as suas necessidades, fizeram-lhes ensino, estiveram presentes e dedicaram apoio sempre que necessário. Nesse sentido consideramos que outra das categorias do nosso estudo reporta-se à *disponibilidade dos enfermeiros*, como evidencia o quadro seguinte.

Quadro 6 – Categoria: Disponibilidade dos enfermeiros

Categoria	Subcategorias
Disponibilidade dos enfermeiros	Satisfação das necessidades dos doentes Ensino aos doentes Presença dos enfermeiros Apoio aos doentes

Satisfação das necessidades dos doentes

Na perspectiva de Barlem et al. (2008), o processo de comunicação está inteiramente inserido nas acções da enfermagem, cabendo especialmente ao enfermeiro interpretar, desvendar e entender o significado das mensagens que os doentes enviam, para que possa instituir um plano de cuidados apropriado e coerente às suas necessidades. Acrescentam ainda que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, o que requer uma abordagem complexa, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das funções e à potenciação das suas capacidades para o auto-cuidado.

Os resultados do nosso estudo sustentam a perspectiva destes autores, uma vez que, os doentes afirmaram que a satisfação das suas necessidades por parte dos enfermeiros foi essencial para a sua rápida recuperação. Revelaram sentir-se contentes e

agradados pelo facto de os enfermeiros mostraram-se **preocupados em conhecer e satisfazer as suas necessidades**, tal como seguidamente se exemplifica:

“(...) sempre preocupados para saber o que precisava para satisfazer as minhas necessidades físicas e psicológicas”. (E3)

“(...) e vinham à minha beira para saber as minhas necessidades”. (E8)

“Os enfermeiros quando era preciso alguma coisa vinham, mesmo que eu não os chamasse vinham até à minha beira para saber se estava tudo bem, isso recordei muito bem (...)”. (E11)

Uma das condições essenciais para obter êxito na prestação de cuidados, assenta na capacidade do enfermeiro estar atento, interessado e essencialmente demonstrá-lo ao doente, o que nos leva a afirmar que os enfermeiros que prestaram cuidados a estes doentes tiveram estas condições em atenção.

Segundo Sá e Machado (2006), o grau de sofisticação tecnológica que existe num ambiente de cuidados intensivos é um factor que pode por em risco o comportamento dos enfermeiros, pois é grande a preocupação da atenção destes recair nas máquinas, acabando por se esquecerem, de alguma forma, que na razão de ser daquele equipamento está um doente e que este doente é uma pessoa. Contudo, apesar de toda esta sofisticação tecnológica, como enfermeiros apraz-nos registar que para os doentes que participaram no nosso estudo a sofisticação tecnológica não impediu a satisfação das suas necessidades.

Por outro lado, foram referidas pelos doentes como necessidades satisfeitas pelos enfermeiros, o **controlo da dor**; a **promoção de conforto** através de massagens e molhar a boca e **incentivo à distração** através da disponibilização de TV. Os doentes acrescentaram ainda que após as suas solicitações os enfermeiros prestaram um atendimento rápido, como analisamos pelos seus discursos:

“Eu chamava-os para eles me molharem a boca e eles estavam sempre prontos para me atender (...). Perguntavam se eu queria ver televisão. Outras alturas, estava a ver televisão, adormecia e desligavam para não fazer barulho”. (E2)

“Bastava eu levantar a mão para os chamar, que eles de seguida vinham até à minha beira para saber o que eu queria”. (E5)

“Os enfermeiros estavam sempre perto de mim chamava-os com a mão, outras vezes batia com a mão na cama e eles vinham logo saber o que eu queria”. (E6)

“(...) vinham atender-me, ver o que se passava comigo, ver se tinha dores, ver o que me doía, tentaram saber o que se passava”. (E13)

“(...) dos homens não tenho razão de queixa, ontem por exemplo tinha lá um senhor enfermeiro, que nunca esteve comigo a não ser nessa ultima noite, foi ter comigo ver se estava a dormir e perguntou-me se queria uma massagem nas costas e eu disse que sim e agradecia imenso por isso, e então massajou-me as costas e as pernas e eu adormeci como um anjo (...)”. (E15)

“(...) e perguntavam-me se tinha dores e eu dizia que tinha e davam-me medicação”. (E16)

Os discursos que acabamos de observar corroboram os achados do estudo de Millar (1996) citado por Hesbeen (1997, p. 55), pois sugerem que algumas das expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros no que respeita à comunicação diziam respeito a responder aos seus chamamentos e aos seus pedidos dentro de um período razoável, responder às perguntas e satisfazer as suas necessidades, mas também saber prevêê-las.

Podemos inferir que a satisfação das necessidades humanas básicas do doente depende em boa medida do processo de comunicação que ocorre entre este e o profissional de enfermagem. Por isso, o relacionamento entre estes actores sociais adquire tanta importância no fenómeno de cuidar.

Ensino aos doentes

O ensino sobre vários assuntos, sob a forma de explicações e/ou informações, foi dos aspectos referidos pelos doentes.

As explicações e/ou informações levadas a cabo pelos profissionais de enfermagem, abordaram a questão da **importância da presença de tubo endotraqueal**. Os seguintes discursos dos doentes revelam-nos este ensino:

“Os enfermeiros diziam o que eu podia fazer e o que eu não podia fazer. Diziam para eu não tirar o tubo que era prejudicial para mim”. (E6)

“Diziam-me (...) o tubo tem de estar aí, não pode tirar o tubo, pois sem ele não consegue respirar, o tubo tem de ficar aí!”. (E15)

Podemos observar mediante estes discursos que através destas explicações os doentes ficam informados, colaborando melhor com os enfermeiros, na recuperação do seu estado de saúde. O incómodo que o tubo endotraqueal provoca na boca e garganta leva muitas vezes os doentes a retirá-lo inoportunamente. Se os doentes não estiverem despertos para os inconvenientes deste gesto podem prejudicar e atrasar a sua

recuperação e consequentemente a alta do SCI. Daí que o ensino aos doentes sobre os objectivos e finalidade da presença do tubo endotraqueal se torne tão fundamental.

Também foi referido por um doente que os enfermeiros tinham o hábito de esclarecer e alertar da **impossibilidade de atender no imediato**, o que demonstra o interesse pelos doentes. As palavras do doente evidenciam esta situação:

“Todos têm muitos afazeres e por vezes tinha de esperar para chegarem à minha beira, tinham outros doentes para cuidar e tinha de esperar um bocadinho (...) quando queria alguma coisa esperava se fosse preciso, eles também tinham o cuidado de dizer se não pudessem ir no imediato para esperar um bocadinho que vinham já”. (E16)

O facto de os enfermeiros não poderem atender as necessidades dos doentes de imediato, quando são solicitados, pode dever-se a situações mais urgentes que ocorrem em simultâneo às solicitações.

O ensino aos doentes pelos enfermeiros também passou por explicações tão simples, como por exemplo, não poderem **ingerir líquidos via oral**. Estas explicações, aparentemente simples, são necessárias por parte da equipa de enfermagem.

O excerto de uma entrevista ilustra a intervenção dos enfermeiros, a este propósito:

“Pedia água mas diziam que não me podiam dar e então davam-me uma seringa pequena para molhar os lábios embora me explicassem que estava a fazer o tratamento e por isso não podia beber água, só podia molhar os lábios”. (E16)

Ainda no âmbito do ensino, é manifesta a preocupação dos enfermeiros relativamente aos doentes, no que diz respeito aos **cuidados e tratamentos a realizar** como o discurso de um doente indica:

“(...) e explicavam-me que tipo de tratamento me iam fazer, explicavam tudo...”. (E4)

Estes resultados são relativamente consonantes com os de Millar (1996) citado por Hesbeen (1997, p. 55) na medida em que, segundo este autor algumas expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros no que respeita à comunicação foram: explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram resultados; informá-los todos os

dias dos cuidados programados; mostrar coerência quando se trata de os informar; informá-los sobre as consequências da doença que os afecta.

É importante que o enfermeiro explique ao doente o seu estado de saúde e os tratamentos, isto porque, um doente informado é um doente que adere melhor ao plano de cuidados. O doente sentir-se-á mais seguro para aceitar os cuidados e tratamentos necessários a uma rápida recuperação do seu estado de saúde (Fravica, 2002; Santos, 2000).

Tal como já foi referido no âmbito da discussão destes resultados, em ambiente de cuidados intensivos há uma serie de estímulos sensoriais e os alarmes são o foco principal de barulhos e ruídos, que por vezes preocupam os doentes. Se atendermos às conclusões de Santos e Pinto (1998) que reportam as sensações vividas pelos doentes referentes à tecnologia e material sofisticado da UCI tais como: ansiedade; angustia; insegurança e medo de morrer percebemos a **importância de explicar o porquê dos alarmes**, para que o medo e outros sentimentos provenientes destes estímulos sensoriais possam ser dissipados.

Eis alguns discursos dos doentes:

“Ao mínimo toque que as maquinas e o monitor faziam, vinha logo um enfermeiro para me explicar o que se estava a passar”. (E4)

“(...) muitas vezes diziam-me quando o meu monitor tocava, olha não te preocupes está tudo bem está a tocar porque te mexes-te (...)”. (E8)

Podemos depreender que os enfermeiros, pela sua posição privilegiada junto dos doentes desenvolveram esforços no sentido de informar e ensinar as pessoas doentes de quem tomam conta.

Presença dos enfermeiros

Analisando os discursos dos participantes, observamos que o facto de os enfermeiros estarem “presentes” foi condição essencial ao desenvolvimento de uma relação mais terapêutica. Os doentes sentindo os enfermeiros mais presentes, percebem a presença destes como uma forma de **maior disponibilidade**.

Alguns discursos validam o que acabamos de mencionar:

“Os enfermeiros estiveram sempre junto de mim, sentavam-se ao meu lado, (...)”. (E2)

“Os enfermeiros estiveram sempre presentes a tentarem perceber-me o que eu dizia (...) Estavam sempre presentes à minha beira sempre que era necessário. Os enfermeiros estavam sempre perto de mim (...)”. (E6)

“Sentavam-se ao meu lado a falar comigo daquilo que eu precisava de falar, (...)”. (E9)

“(...) e então eu não podia chamar nem tocar à campainha, nem nada, e eles estavam sempre de roda de mim, sempre por perto, qualquer coisinha já lá estavam (...)”. (E10)

“(...) estavam à minha beira a tentarem perceber-me (...) estavam presentes quando eles entendiam que deviam estar presentes (...) os enfermeiros estavam presentes sempre que precisei (...)”. (E13)

“(...) pelo menos faziam tudo que eu pedia, sempre que precisei eles estavam presentes. De vez em quando vinham espreitar para ver se estava tudo bem (...)”. (E17)

Segundo Twycross (2001) é necessário reter que o doente sendo mais do que um organismo biológico é antes de tudo uma pessoa humana, que necessita de atenção, comunicação, de se sentir acompanhado, de ser tratado amavelmente de ser escutado e compreendido e de se sentir útil respeitado e protegido.

Os dados de Lopes (2006) dão sustentabilidade aos observados neste estudo. Segundo este autor o facto de os enfermeiros mostrarem disponibilidade através da sua presença, constitui uma das formas de concretizar o espaço relacional e pode também ser entendido como uma atitude de acolhimento e aceitação e por essa razão, securizante. O mesmo autor, constata ainda que a presença é uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de ser solidário, forma de manifestar preocupação e garantia de não abandono.

Apoio aos doentes

Os doentes nas suas entrevistas, referiram que os enfermeiros não só manifestaram disponibilidade para satisfazer as suas necessidades, ensinar e estar presentes, como revelaram ainda que lhes foi proporcionado apoio total. Este apoio prestado pelos enfermeiros ocorreu sob várias perspectivas: atenção e disponibilidade, incentivo à calma e coragem e ajuda para ultrapassarem as suas dificuldades.

Os doentes mostraram satisfação pelos cuidados prestados pela equipa de enfermagem uma vez que, sentiram da parte dos enfermeiros um **apoio e disponibilidade incondicional** como indicam os seus discursos:

“Os enfermeiros foram muito atenciosos e disponíveis para comigo não tenho que dizer deles, (...)”. (E2)

“Apesar de existir muito barulho lá no serviço provocado pelos monitores e máquinas os enfermeiros sempre me deram a atenção suficiente (...) Foram sempre muito atenciosos e sempre disponíveis para mim, para tudo que fosse preciso”. (E8)

“Prestaram-me toda a atenção e disponibilidade, sempre que chamava por eles vinham sempre ter comigo, (...)”. (E17)

Os enfermeiros também cuidaram os doentes **promovendo e incentivando calma e coragem**, no enfrentar de todas as dificuldades inerentes à sua condição física e psicológica, tal como é ilustrado:

“Eles diziam-me para não me preocupar que ia correr tudo bem (...) vai correr tudo bem, o senhor não se preocupe...”. (E2)

“Sempre me explicaram tudo diziam-me para manter a calma, para não entrar em stress pois eu estava bastante stressada”. (E4)

“Diziam para eu ter coragem para recuperar rapidamente (...) Os enfermeiros sempre estiveram disponíveis para tudo que eu pedia, dizia que queria que me tirasse o tubo para falar e a enfermeira pedia para ter um pouco mais de calma, que se respirasse bem podia tirá-lo mais logo”. (E5)

“Perguntavam-me como estava, se estava melhor, diziam que estava a ficar bom para poder ir embora”. (E6)

Por outro lado, o apoio aos doentes pelos enfermeiros também se reflectiu na **ajuda em ultrapassar as dificuldades** durante o processo comunicativo. Nem sempre é fácil para os doentes expressarem o que sentem uma vez que têm um tubo endotraqueal. Este facto aliado à situação de doença acaba por aumentar as dificuldades destes para responderem adequadamente ao turbilhão de situações. O apoio para ultrapassar as dificuldades foi percebido pelos doentes da seguinte forma:

“(...) mas eles sempre me ajudaram nessa tarefa complicada de ter de falar não por palavras pois não podia mas através dos gestos e da mímica. (...) ajudaram-me a ultrapassar as minhas dificuldades de comunicação tanto com eles como com a minha família. (...) nem sempre percebiam o que eu queria dizer à primeira mas continuavam à minha beira a perguntarem-me varias coisas até perceberem o que eu realmente queria dizer (...)”. (E8)

“(...) nunca nenhum virou costas por não me estar a entender, pelo contrário, fui sempre muito bem apoiada por eles”. (E10)

Segundo Stefanelli (2005^b), quando o profissional de saúde faz uso do seu conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o doente a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização está a praticar uma comunicação terapêutica.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem, de tal forma que no nosso estudo ela esteve quase sempre presente nas intervenções dos enfermeiros com os doentes, para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas.

4.2.5. Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes

Os doentes entrevistados pelo facto de terem passado pela experiência do internamento no SCI, entubados endotraquealmente e como tal impossibilitados de falar verbalizaram um conjunto de emoções, sentimentos positivos e negativos, crenças religiosas e valores. Daí que uma das categorias emergentes do *corpus* de análise tenha sido denominada: *vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes*, como mostra o quadro 7 que a seguir apresentamos.

Quadro 7 – Categoria: Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes

Categoria	Subcategorias
Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes	Emoções Sentimentos positivos Sentimentos negativos Crenças religiosas e valores

Emoções

A doença grave afecta o doente não apenas física, mas também psicologicamente. Alguns factores de stress psicológicos podem produzir não apenas alterações fisiológicas mas emoções como a ansiedade, de tal forma que, podem alterar

a forma habitual de *coping* e a capacidade de aprender ou reter a informação por parte do doente (Thelan et al., 1996).

Os nossos resultados corroboram os dados de Thelan et al. (1996), na medida em que, os doentes revelam-nos reacções de **ansiedade** atribuída à necessidade de intervenção cirúrgica e internamento hospitalar e à presença de tubo endotraqueal. Vejamos alguns exemplos que ilustram o que acabamos de transcrever:

“ (...) o tubo a mim metia-me muita confusão e muita aflição (...)”. (E4)

“ (...) mas aquele tubo era horrível...” A experiência de ter tido o tubo na boca foi muita má,(...)”. (E8)

“ (...) lembro-me perfeitamente de ter estado no serviço de cuidados intensivos, de ter estado à espera para ser operado, para ir para o bloco operatório e depois para os cuidados intensivos (...) O que me incomodou mais foi o ter ido para o hospital, não é agradável para ninguém vir para um hospital para ser operado, isso incomodou-me...”. (E11)

“Eu não me sentia confortável com o tubo (...)”. (E12)

“ (...) é assim eu tentei explicar que com a língua estava a tocar no tubo (...) e que não era normal porque já tinha feito diversas operações e nunca tinha acontecido isso (...)”. (E13)

Os resultados do nosso estudo são partilhados por Santos e Pinto (1998), uma vez que, estes autores no seu estudo constataram que as sensações vividas pelos doentes referentes à tecnologia e material sofisticado da UCI foram variadas mas a ansiedade assumiu destaque relativamente a outras sensações.

O vestuário utilizado no SCI, para uma doente também foi motivo de ansiedade. Esta doente evidenciou no seu discurso a experiência negativa que este facto lhe provocou:

“Estava de fralda e de bata lá no SCI. Para mim foi um pavor estar assim, nunca perguntei mas também nunca me disseram o porquê de estar com bata e fralda. O que menos queria era fazer na fralda e pedia a aparadeira para fazer, é outro conforto, do que estar a fazer na fralda (...) pois o facto de estar com a bata e a fralda incomodava-me imenso, estar deitada tantos dias na cama as costas já estavam maceradas, depois a fralda era um calor insuportável. Esta experiência não foi nada agradável”. (E15)

O facto de os doentes não poderem usar o seu vestuário, (pijama ou camisa de

dormir) e lhes ser colocada uma bata e fralda parece deixar os doentes algo ansiosos.

Apesar da maior parte dos doentes terem referenciado que os profissionais de enfermagem prestaram cuidados de qualidade, é importante referir que um doente não teve a mesma opinião relatando a experiência negativa e a ansiedade com os cuidados de enfermagem, como mostra o seu discurso:

“Estava ansioso por sair dali, não me sentia bem naquele serviço, queria ser respeitado por todos e isso não aconteceu. (...) Tenho passado por muito ao longo da minha vida, tenho muita experiência e sei do que estou a falar. (...) Mas o que me incomodou mesmo foi a maneira como falavam comigo, a forma que me explicavam, a maneira de me respeitar e a forma como me trataram foi o que me custou mais. (...) A mim só me proporcionaram o seguinte: agora vira para ali, agora vira para a minha colega e agora vira para aqui”. (E7)

Os nossos dados levou-nos também a identificar outra vivência emocional, os **pesadelos**. Embora somente uma doente aquando a entrevista relatou esta experiência, tornou-se necessário referenciá-la pois para ela, esta vivência foi bastante significativa e negativa de tal forma que a expressou em grande parte do tempo da entrevista.

Os pesadelos da doente eram tão conscientes que mesmo após a alta do SCI para o serviço de internamento a doente teve presente estas lembranças. A doente relata-nos que era tudo fruto da sua imaginação, de possíveis ilusões e alucinações e na sua perspectiva eram decorrentes da terapêutica administrada pelos enfermeiros. Torna-se relevante ilustrar as suas expressões para melhor compreensão desta vivência emocional:

“ (...) para mim aquilo que faziam eram tudo maldades, era tudo mal feito, era o que eu entendia naquela altura, estava sob pesadelos só ouvia marteladas, só pensava que ia tudo abaixo e que me estavam a fazer coisas más e que não me ligavam nenhuma, que tratavam de tudo menos de mim. Certamente eu é que não estava bem, se calhar era a medicação que me fazia ter estes pesadelos. (...) Eu sentia que tinha o tubo a mais, que estava partido, que estava aos bocados, que não tinha de ter aquilo ali assim, e portanto tinha que sair (...) o meu estado era de tal forma que não me apercebia que estava a ser bem tratada. Pelo contrário eu entendia que estava a ser trucidada (...) No outro dia é que me disseram que eu me portei mal que queria sair da cama e por isso me amarraram, e eu disse que queria ir ao pão quente. Nesse dia havia uma manifestação muito grande e eu

também queria fazer parte disso e por isso queria levantar-me da cama e não me deixaram ir e eu queria ir, sei agora que eram pesadelos que eu tinha”. (E15)

Esta vivência de pesadelos referida pela doente é explicada através de outras situações idênticas que foram referidas noutros estudos. Nos trabalhos consultados (Richman, 2000; Russell, 1999) constatamos que embora alguns doentes possam apresentar falhas de memória ou recordações pouco claras da experiência, uma grande maioria recorda os momentos passados na UCI. E na realidade o desconforto e sofrimento que acompanham estes doentes nestas unidades parece manifestar-se frequentemente em sonhos e pesadelos, para os quais os doentes não encontram explicação.

Estes doentes devido ao estado crítico de saúde requerem tratamentos frequentes e monitorização intensiva 24 horas. Aliado aos equipamentos, os ruídos e a agitação pelo grande número de profissionais que trabalham numa UCI, fazem com que o doente provavelmente venha a sofrer de uma alteração do padrão do sono, necessitando de um maior uso de tranquilizantes/hipnóticos (Oliveira et al., 2005). Thelan et al. (1996) subscrevem que estes tranquilizantes/hipnóticos podem pelos efeitos colaterais que possuem provocar no doente pesadelos, alucinações e agitação, pois favorecem os estadios mais superficiais do sono. Almeida (2002) corrobora com as anteriores perspectivas afirmando que a privação do sono pode desencadear desorientação e delírios.

Desta forma achamos que para diminuir o estado de confusão, desorientação, delírios e pesadelos no doente torna-se necessário que os enfermeiros utilizem algumas estratégias, nomeadamente:

- Orientar frequentemente o doente no espaço e no tempo;
- Usar frases simples e curtas;
- Proporcionar a presença de um familiar e/ou pessoa significativa;
- Proporcionar ao doente ter junto a si algum objecto significativo;
- Sempre que possível, proporcionar a luz natural na unidade;
- Evitar a administração de hipnóticos sempre que possível;
- Posicionar o doente de modo a que este fique com uma visão do ambiente que o rodeia e se possível com visibilidade para um relógio grande que normalmente existe nos serviços.

Sentimentos positivos

Habitualmente a doença e o internamento em cuidados intensivos desencadeiam sentimentos negativos, no entanto, há quem experimente sentimentos positivos. Um desses sentimentos é o de **segurança**, referido pelos doentes. Segurança essencialmente transmitida pelos profissionais de saúde.

Esta segurança reportou-se ao facto de estes acharem que o SCI é o local mais indicado para recuperar o seu estado de saúde, por outro lado, o facto de sentirem que estão mais vigiados, por acharem que existem mais profissionais a cuidarem dos doentes, como podemos constatar:

“Havia muitas pessoas lá (...) era bom que assim eu tinha sempre a quem pedir o que precisava (...)”. (E5)

“Havia muitas pessoas lá no serviço, andavam a passar de um lado para o outro eu gostava era benéfico para mim (...)”. (E6)

“ (...) tive que estar lá [SCI] pelo meu estado clínico (...)”. (E11)

“Naquela altura teve de ser eu precisava de estar lá [SCI] para ficar melhor”. (E12)

“Havia muitos profissionais a tratarem dos doentes, era bom para mim, assim estava mais vigiado”. (E16)

Vários estudos fundamentam os nossos resultados. Simpson et al. (1989) no estudo que realizaram concluíram que após a transferência, os doentes sentem falta da atenção constante que recebiam por parte dos profissionais da UCI, em contraste com a atenção reduzida nas novas enfermarias. Santos e Pinto (1998) acrescentam que os doentes referiram sentir-se mais seguros, confortados e calmos quando confrontados com a quantidade de profissionais de saúde na UCI a prestar cuidados. Também Russell (1999) no seu estudo evidencia que pelo facto de os doentes terem tido uma vigilância de perto pelos profissionais de saúde, experienciaram um sentimento de segurança.

Outro sentimento positivo demonstrado foi a **gratidão**. De uma forma geral este sentimento reportou-se aos cuidados prestados durante o internamento no SCI. Os doentes não deixaram de passar a mensagem de gratidão que tinham para com todos os profissionais de saúde do SCI, mais especificamente com os enfermeiros, pela qualidade dos cuidados, pelo carinho e dedicação prestados e pelo humor terapêutico (brincadeiras dos enfermeiros). Os excertos dos discursos que a seguir se transcrevem são um exemplo do que acabamos de referir:

“ (...) tenho que agradecer por me terem tratado muito bem. Foram impecáveis”. (E2)

“Só tenho bem a dizer dos enfermeiros e de todos os outros profissionais do serviço e tenho a agradecer o carinho e disponibilidade que tiveram para cuidarem de mim”. (E8)

“Quero agradecer (...) a todos os enfermeiros que trataram de mim nos cuidados intensivos pelo carinho e dedicação é claro que só um agradecimento não basta, deus vos compensará por isso é estas palavras que eu tenho de gratidão”. (E11)

“ (...) fui acarinhado, gostei imenso da maneira que o fizeram (...) Não foi por acaso que quando sai de lá as lágrimas começaram a cair, das saudades de ir embora e do carinho que me deram; pois com o passar dos dias comecei a ligar-me mais às pessoas, comecei a ter um elo de ligação mais forte com todos”. (E14)

“Tenho muitos exemplos bons de brincadeiras não podia falar mas tinha de me aguentar a rir-me (...) eles brincaram comigo e eu gostei”. (E15)

“Fui muito bem tratado pelos enfermeiros, foi uma boa experiência (...) compensa todo esse sofrimento só pelo facto de que agora estou melhor (...) Foi tudo bom o tratamento que recebi por parte dos enfermeiros e todos os outros profissionais, só tenho a agradecer isso”. (E16)

Os efeitos da doença grave sobre as necessidades de vida e sobre o sistema de valores do doente e família bem como as repetidas hospitalizações e tratamentos, provocam desde o momento do diagnóstico múltiplas respostas ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo.

A hospitalização por si só provoca uma grande fragilidade nos doentes, aliado a este facto, a doença oncológica com a qual têm de aceitar e conviver e o internamento em ambiente de cuidados intensivos somam uma série de alterações na vida do doente como pessoa. Como refere Murad e Katz (1996), ter um cancro significa uma pesada carga emocional, de angústia e sofrimento, tanto para o doente como para toda a sua família, levando a profundas alterações de carácter profissional, económico, sexual e familiar.

Saraiva (2003) afirma que os enfermeiros quando confrontados na sua prática diária com a doença grave e com a morte, tentam muitas vezes protegerem-se da angústia que estas situações geram, adoptando tantas vezes um distanciamento emocional nada favorável ao doente. Contrariamente a esta perspectiva, os discursos destes doentes evidenciam uma relação de ajuda e empatia assente no carinho e dedicação, e até no humor dos enfermeiros.

Atendendo à perspectiva de Stefanelli (2005^c), podemos falar de uma técnica de

comunicação terapêutica no âmbito das técnicas do grupo de expressão, na qual estão implícitas estratégias que estimulam e facilitam a expressão de pensamentos e sentimentos do doente e desta forma estabelecem um clima propício de interacção enfermeiro/doente, que foi notório nas expressões reveladas pelos doentes.

O **sentimento de satisfação** com as visitas foi outro sentimento positivo que esteve patente nos discursos dos doentes.

A comunicação é essencial para um melhor cuidado com o doente e família que vivenciam um processo de hospitalização, podendo resultar em stress e sofrimento. Por isso o enfermeiro tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O significado que a família tem no bem-estar e saúde de seus membros, obriga os enfermeiros a aproveitar este capital de influência e a prestar cuidados centrados na família, como parte integrante da prática de enfermagem. Como referem alguns autores (Gonçalves, Vitorino, Santos, Silva, & Louro, 2001), o internamento e a doença despertam vivências emocionais, não só no doente como na família. A família constitui um recurso para a vida e um apoio na doença.

Os doentes durante o seu internamento no SCI, manifestaram vontade e desejo de receber visitas e demonstraram satisfação pelo facto de terem tido a oportunidade de ter visitas de familiares, como expressam nos seus discursos:

“A entrada e saída de visitas não me incomodou eu gostava quando recebia a visita do meu filho...o meu filho ia lá muitas vezes...”. (E2)

“(...) foram lá [ao SCI] as minhas visitas e eu comuniquei muito bem com elas, gostei muito de as ter lá, (...)”. (E10)

“As visitas eram muito favoráveis para mim, eu gostei muito, mas acho que os doentes deviam ter acesso a mais vistas do que têm. (...) Em quase todos os lados é assim nos cuidados intensivos só deixam entrar duas pessoas!”. (E13)

Nas nossas práticas diárias parece-nos que o envolvimento dos familiares na prestação de cuidados directos numa UCI é deveras importante, na medida em que, se considerarmos que a envolvimento dos familiares no cuidar poderá contribuir para minimizar sentimentos menos positivos por parte do doente, por outro lado, entendemos que a envolvimento da família na prestação de cuidados poderá contribuir substancialmente para o aumento da qualidade dos cuidados prestados bem como para o aumento da satisfação de todos os intervenientes nos processos.

Observamos pela nossa experiência, que em muitas situações o doente reage primeiro a alguém que lhe é querido, sentimos por isso, que é importante e muitas vezes fundamental para a sua recuperação a presença do familiar junto deste.

Para os doentes internados numa UCI, a perda de contacto físico e psicológico com os ambientes familiares e pessoais queridos é stressante, portanto o tempo de visita adicional com os membros da família pode diminuir o stress emocional bem como físico e contribuir positivamente para o processo de recuperação.

Pensamos que a comunicação como factor terapêutico passa pelo envolvimento da família.

Sentimentos negativos

Durante o internamento no SCI, alguns doentes entubados endotraquealmente manifestaram somente um sentimento negativo que foi a **revolta**.

Os doentes referiram que o facto de os enfermeiros terem procedido à limitação física dos movimentos, ou seja, os terem “amarrado”, foi uma experiência muito negativa e que provocou grande revolta, pois é um procedimento que segundo eles nunca deveria ser feito a nenhum doente, como explicitam as suas expressões:

“Amarraram-me.... Isso não se faz... foi a pior coisa que me fizeram (...) Prendiam-me, isso não se faz...”. (E1)

“Eu queria ir ao pão quente e por isso queria sair da cama e não me deixavam ir (...) por isso estava amarrada, tenho a plena consciência de estar amarrada, eram umas fitas brancas, uma em cada perna e outra em cada braço (...) não me explicaram o porquê de me amarrarem”. (E15)

Segundo Thelan et al. (1996), a terapêutica farmacológica pode afectar a qualidade do sono e agravar as perturbações do sono, manifestando-se frequentemente em alucinações e agitação. Também Hudak e Gallo (1997) referem que o elevado nível de ruído existente em ambiente de cuidados intensivos pode desencadear no doente sintomas como confusão, delírios e alucinações.

Estes sintomas referidos provocados quer pela terapêutica farmacológica administrada, quer pela privação do sono induzem os doentes a retirar o tubo endotraqueal, a se desconectar do ventilador, a retirar cateteres periféricos ou centrais, drenos torácicos, entre outras situações, interferindo negativamente na recuperação do seu estado de saúde. Como forma de proteger o doente, e na tentativa de não o sedar é feita a restrição física dos movimentos até este se encontrar menos confuso e desorientado.

O sentimento de revolta em alguns doentes também foi provocado pela falta de ensino, de explicações/informações pelos profissionais de enfermagem, como

evidenciam os discursos:

“ (...) não me explicaram que o facto de ter o tubo não podia falar por palavras (...) nunca me pediram para eu explicar o que se estava a passar comigo, dentro da minha garganta (...) não me explicaram que o tubo podia dar esses sintomas todos, já me tinha queixado antes, mas não quiseram saber, isso não se faz...”.
(E13)

“Para mim não foi das melhores formas, não foi aquilo que eu entendi que era a melhor forma, achava que deviam explicar bem aquilo que estavam a fazer (...) porque não me recordo de ver ninguém a chegar à minha beira e dizer-me isto é assim, vamos fazer isto agora, vamos falar com calma, para mim nunca houve este momento, (...) nunca me explicaram como as coisas estavam a correr, (...)”.
(E15)

Para estes dois doentes, a revolta surge da falta de informação/explicação por parte dos profissionais de enfermagem. Esta situação revela-nos que os enfermeiros não disponibilizaram oportunidades para os doentes expressarem as suas necessidades, sentimentos e emoções, ou seja não houve uma comunicação eficaz, terapêutica.

O estado de saúde foi referido somente por um doente como promotor de sentimentos de revolta. O doente não queria acreditar no momento crítico de saúde que estava a vivenciar, daí a revolta, como menciona no seu discurso:

“Senti talvez não sei bem explicar...senti talvez um bocado de revolta naquilo que se estava a passar, a minha vida pessoal (...) e eu queria falar e não conseguia, mais chateado fiquei (...) Sentia-me um pouco projectado, não me sentia bem, foi uma fase muito complicada para mim (...)”. (E7)

A experiência numa unidade de cuidados intensivos permite-nos a convivência diária com doentes em situações de risco. Aliado a esta situação, o facto de o doente ser portador de doença oncológica, desperta no doente sentimentos diversos quando este necessita de hospitalização. Moreira et al. (2003) alerta-nos que o doente ao ser internado experiencia medos, sentimentos de dependência, ruptura com o seio familiar e social, inerente a qualquer pessoa que é internada, agravado pelo facto de se tratar de um doente oncológico, estes estadios emocionais poderão tomar proporções tanto maiores quanto mais sentimento de morte e sofrimento estiverem presentes. Também segundo Casmarrinha (2008), são frequentes as alterações a que estes doentes têm que

proceder nas suas vidas para lutar com uma doença extremamente limitante e incapacitante, pelo que é compreensível a revolta muitas vezes demonstrada.

Crenças religiosas e valores

O doente como sujeito e cidadão que é, carrega consigo para dentro das instituições os seus desejos, temores, sofrimentos, expectativas, valores e crenças.

Segundo Thelan et al. (1996) as crenças e práticas religiosas podem fornecer ao doente algumas medidas de aceitação da doença, um sentido de domínio e controlo, podem ser uma fonte de esperança e confiança para ultrapassar todas as dificuldades inerentes à própria doença. A esperança é a expectativa de que um desejo se cumprirá. A crença de que terá suporte, ajuda o doente a encarar as agressões físicas e psicológicas que fazem parte da experiência de doença. As crenças funcionam frequentemente como mecanismos de *coping* que afectam a percepção da saúde influenciando a resposta ao stress. Os dados reportados por Holt (2000) vão ao encontro das crenças e valores como factores essenciais para a percepção da saúde.

Leininger (1991) na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado postula que existe uma variabilidade na forma como as pessoas respondem a estímulos físicos e emocionais baseadas nos valores culturais e crenças.

Alguns doentes pelo facto de estarem impossibilitados de comunicar verbalmente, e terem receio de não voltarem a falar, expressaram a sua **religiosidade**, uma vez que recorreram à sua devoção, como podemos constatar nas suas expressões:

“Eu até pedia a Santa Clara para não me deixar ficar sem fala, nas minhas orações...”. (E12)

“ (...) e também o medo de ficar sem falar, nas minhas orações eu bem pedia para falar”. (E15)

Os nossos dados corroboram os resultados de um estudo sobre “A Comunicação enfermeiro/doente em Unidade de Cuidados Intensivos” realizado por Santos e Pinto (1998), onde os doentes quando confrontados com a privação da fala durante o internamento na UCI pensaram que nunca mais iriam falar.

Neste sentido torna-se necessário que os profissionais de enfermagem promovam explicações e informações o mais atempadamente possível para evitar estas apreensões, pois quando o doente percebe que a impossibilidade de falar é temporária fica mais calmo e colabora mais eficazmente na prestação de cuidados.

Na nossa sociedade os aspectos culturais, as crenças religiosas, as tradições e os valores familiares não podem ser ignorados, pois estes influenciam a própria personalidade do indivíduo, a postura de não se apresentar despido e a forma como expressa a sua sexualidade.

Os valores dos doentes também estiveram bem patentes nos seus discursos e exemplo disso foi o facto de uma doente do sexo feminino ter revelado sentimentos de desconforto perante o facto de ter sido cuidada por enfermeiros do sexo oposto, tendo considerado como uma **invasão da sua privacidade**, como traduzem as suas expressões:

“Por duas vezes foram dois homens a lavarem-me por baixo e eu não me senti muito bem, não me senti confortável, mas nunca reparei que eles se pusessem a olhar para mim (...) e também de ser homens a lavarem as senhoras...”. (E12)

Na perspectiva de Pupulim (2004) a manipulação corporal implica contacto físico, tocar o corpo do outro, olhar, sentir, gerando uma relação de proximidade e intimidade. A maioria dos doentes não está preparada para esta proximidade, alguns nem mesmo a admitem, especialmente se o cuidador for do sexo oposto.

Na opinião desta doente os enfermeiros homens não deviam prestar cuidados a doentes do sexo feminino, pois esta doente manifestou sentir-se pouco à vontade e um pouco constrangida com o facto de receber cuidados por enfermeiros do sexo masculino, principalmente no que se refere à prestação de cuidados de higiene e conforto, mais especificamente cuidados perineais, uma vez que engloba a exposição do corpo e o toque por parte de quem cuida.

Os nossos resultados vão ao encontro de um estudo realizado por Pupulim (2004) sobre “Exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de Terapia Intensiva”, na medida em que, os doentes participantes neste estudo expressaram reacções negativas na exposição do corpo à equipa de enfermagem. Por outro lado, verbalizaram reacções como a vergonha e o constrangimento durante os cuidados de higiene prestados por cuidadores do sexo oposto. Esta autora também reforça que a higiene íntima gerou nos doentes constrangimento e humilhação, e que quando o cuidador é do sexo oposto o constrangimento é maior.

Assim, como enfermeiros devemos ter em linha de conta que Lalande (1995) defende que cada corpo, independentemente das suas características físicas é detentor de uma personalidade, com particularidades muito próprias, as quais lhe conferem uma individualidade.

Alguns doentes pelos seus **modos de ser**, isto é, pela sua personalidade e forma

de estar na vida e atendendo aos seus valores, preferem não incomodar os profissionais de enfermagem, mesmo estando a sofrer e a precisar de ajuda ou até mesmo de explicações relativamente ao que está a passar com o seu estado de saúde, como mostram os seus discursos:

“Também não falava muito, não sou muito de falar. Também não gosto muito de saber, prefiro não saber sobre o que se está a passar comigo, ficava melhor assim”. (E9)

“ (...) mas como sou uma pessoa muito reservada não gosto de chatear ninguém e não gosto de chatear os enfermeiros procuro às vezes suportar o que estou a sentir e não me abro com os enfermeiros embora possa ser prejudicial para mim”. (E13)

“ (...) de resto não sou uma pessoa de me queixar muito, sou muito resistente e acho que não devo estar sempre a chatear e a incomodar as pessoas (...)”. (E15)

Esta situação é explicada por Thelan et al. (1996), pois afirma que um doente pode demonstrar os seus valores junto dos profissionais de enfermagem de forma aberta ou encará-los como assunto privado e pessoal. Um doente beneficiará sempre que os enfermeiros que o cuidam, saibam reconhecer quando ele precisa de ou não falar, quer ou não falar, e estes profissionais saibam escutar activamente.

A religião e a cultura supõem valores, crenças, comportamentos e rituais. Como enfermeiros julgamos por vezes precipitadamente que não são senão superstições, não tendo em conta a sua importância para as pessoas. A importância sobretudo da religiosidade, da fé e de outras crenças, como recurso, tem sido largamente ignorada pelos enfermeiros. Contudo, diz Leininger (1991) o cuidado para ser terapêutico e satisfatório e conduzir à saúde precisa ser adequado às crenças culturais, valores e modos de vida das pessoas.

4.2.6. Competências dos enfermeiros

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem, na qual o enfermeiro utiliza-o para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (Pontes et al, 2008). Também Riley (2004) afirma que a competência em comunicação está intimamente ligada ao comportamento profissional do enfermeiro.

A competência e aperfeiçoamento profissional terão de ser para os enfermeiros um comportamento, a relação da sua conduta, a orientação dos seus gestos quotidianos e o funcionamento de um desempenho ético.

Ao longo do seu percurso profissional os enfermeiros vão desenvolvendo competências e fazendo uso dos processos de aprendizagem contínua ao longo da vida, aumentando desta forma o conjunto de recursos individuais que lhe optimizam essas competências.

Segundo Benner (2005), o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No nosso estudo, os doentes mencionaram em várias situações as capacidades dos enfermeiros na prestação de cuidados e no processo comunicativo durante o seu internamento no SCI e no período em que estiveram entubados. Estas regularidades encontradas determinaram o aparecimento da categoria, *competências dos enfermeiros*, na comunicação com os doentes.

Na perspectiva dos doentes as competências dos enfermeiros foram a vários níveis como podemos ver no quadro que se segue.

Quadro 8 – Categoria: Competências dos enfermeiros

Categoria	Subcategorias
Competências dos enfermeiros	Conhecimentos científicos e técnicos Cuidados humanizados e personalizados

Conhecimentos científicos e técnicos

A experiência profissional numa unidade de cuidados intensivos possibilita-nos afirmar que essas unidades possuem algumas características próprias com ênfase no conhecimento técnico-científico.

Alguns dos doentes inquiridos identificaram as competências dos enfermeiros, afirmando que estes profissionais tinham **conhecimentos científicos e técnicos**, como verificamos nos seguintes discursos:

“Havia de tudo...mas havia enfermeiros que tinham grandes capacidades para me tratarem, notava-se que tinham conhecimentos daquilo que estavam a fazer...”.
(E1)

“Os enfermeiros não eram só um que estava comigo eram diversos sempre me pareceu ter conhecimentos técnicos e científicos para tratar de mim (...)”. (E13)

“(...) [os enfermeiros] corresponderam às minhas expectativas tiveram sempre à altura daquilo que eu precisei, era evidente os conhecimentos que tinham para fazerem aquilo tudo que faziam (...)”. (E14)

Os nossos resultados acabam por partilhar a perspectiva de Riley (2004), quando este autor aponta que cuidar com base no conhecimento científico representa um ideal que orienta os enfermeiros no processo de prestação de cuidados, traduzindo um elevado nível de qualidade nesses cuidados.

Também Domingues e Chaves (2005), no seu estudo constataram que as enfermeiras no cuidar do doente utilizaram o conhecimento científico. Acrescenta que este conhecimento ajudou as enfermeiras a ter a certeza que a forma como estavam a agir era a mais correcta e adequada. Por outro lado, as enfermeiras referiram que este conhecimento é empregado na prática diária por meio de procedimentos técnico-científicos. Os mesmos autores referem ainda que o conhecimento científico é o único meio de se obter a verdade, e essa verdade científica, absoluta e irrefutável, ainda hoje parece estar presente no pensamento de vários profissionais tanto nas instituições de ensino como de prática, o que promove a evolução das práticas de saúde e da enfermagem propriamente dita.

Cuidados humanizados e personalizados

Santos (2000) no estudo que realizou deparou-se com o facto de a principal preocupação dos enfermeiros da UCI ser responder às necessidades biológicas dos doentes e dominar a tecnologia exigida à manutenção das suas vidas. Acrescentou também, que a abrangência das funções técnico-científicas parecia deixar pouco espaço aos enfermeiros para valorizarem a relação interpessoal, utilizando-a como forma de ajuda no contexto do cuidar.

No entanto, no nosso estudo os doentes não tiveram a mesma opinião uma vez que segundo eles, os profissionais de enfermagem demonstraram profissionalismo na prestação de cuidados, pela **preocupação** que evidenciaram com o doente, pelo **trabalho em equipa**, e pela **valorização do espírito de equipa** dos enfermeiros com os pares. Por outro lado, também referiram **capacidades de supervisão** do doente e do ambiente envolvente. Os seguintes discursos evidenciam estas competências de humanização e personalização dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes:

“Eles pareciam que trabalhavam em equipa uns faziam uma coisa e outros faziam outra”. (E7)

“(...) acho que esses barulhos não me incomodaram na minha comunicação com os enfermeiros eles controlavam tudo isso para eu estar da melhor forma possível, (...) Às vezes tudo tocava eram as máquinas e os monitores não só as minhas mas também dos outros doentes, mas eles tinham uma capacidade enorme para controlarem isso tudo (...)”. (E8)

“Fui muito bem tratada. Fui tratada como um ser humano merece ser tratado. (...) Os cuidados que os enfermeiros me prestaram foram cinco estrelas, é como o ser humano merece, prestaram os cuidados com muita qualidade, com muito carinho e com muito amor”. (E9)

“Eu acho que eles se preocupavam muito com os doentes, estavam sempre a colocar a respectiva medicação, os antibióticos e portanto acho que demonstra um profissionalismo muito grande, não deixavam acabar estavam sempre em cima do acontecimento, houve uma preocupação generalizada de todo o pessoal que lá estava não eram sempre os mesmos eram vários (...)”. (E11)

“Acho que não falhou nada para o meu organismo a nível de alimentação tinha uma médica nutricionista, a nível do tratamento da quimioterapia que me foi oferecido foi muito bom para o meu organismo os sintomas passaram e para a minha doença, não falhou nada. (...) [a forma como cuidaram] Foi muito humana, muito rigorosa e muito dedicada a mim como doente. Eram muito meigos comigo fiquei muito surpreendido da maneira como fui tratado”. (E14)

“(...) vinham ver as máquinas e o dedo da mão que tinha o saturímetro, pois eu mexia muito e então eles andavam sempre a arranjar (...)Os enfermeiros faziam tudo, olhavam por mim e pelas máquinas e monitores em volta, atendiam-me logo. (...) Estavam todos em sintonia tinha um balcão com os enfermeiros todos (...)”. (E17)

Constatamos que a comunicação no cuidar foi considerada pelos doentes de forma holística, uma vez que os enfermeiros consideraram o doente como um todo, evidenciando respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem, o que frequentemente se verifica numa UCI.

Desta forma achamos conveniente referenciar a opinião de Collière (1989) “ o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes” (p. 287).

O trabalho em equipa desenvolvido pelos enfermeiros como verificamos nos discursos dos doentes foi uma competência valorizada por estes.

Se 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, compreendemos logo à partida o facto de esta ter sido referida pelos doentes. A motivação é uma 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.

Por outro lado, ao existir um sentimento de confiança mútua entre os elementos da equipa, a comunicação é um pilar onde essa confiança assenta. 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 e consequentemente os cuidados aos doentes.

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, também se reflecte 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 aos doentes.

Outras formas de humanização e personalização dos cuidados foram referidas pelos doentes, e motivo da sua satisfação. Essas formas de humanizar e personalizar os cuidados por parte dos enfermeiros, passaram por **capacidades de comunicação** que permitiam a percepção da expressão não verbal do doente, **ouvir e não julgar o doente**, como revelam os seguintes discursos:

“Os enfermeiros percebiam-me, mesmo com o tubo na boca (...) Os enfermeiros percebiam-me sempre, e o que o enfermeiro falava eu compreendia (...) mostravam-se disponíveis para me ouvir”. (E3)

“Os enfermeiros demonstravam bastantes capacidades para uma comunicação eficaz comigo. Não me julgavam em nada, tiveram sempre uma boa comunicação comigo”. (E4)

“Mas os enfermeiros compreendiam-me muito bem, os enfermeiros estavam ensinados para isso, os enfermeiros eram competentes em perceber-me (...) Os enfermeiros ouviam-me com atenção, sem me julgar, tinham muito cuidado comigo”. (E6)

“Mas por outro lado fico contente que fui sempre compreendida pelos enfermeiros naquilo que queria dizer (...)”. (E8)

“Comigo não aconteceu nada disso os enfermeiros ouviam-me com atenção (...)”.
(E16)

A disponibilidade, a calma e paciência para apoiar o doente nessa tarefa de comunicar não verbalmente, foram estratégias sem as quais dificilmente se teria conseguido manter uma boa comunicação com os doentes e percebê-los naquilo que expressam.

Na realidade, a necessidade sentida pelo enfermeiro de comunicar com o doente impossibilitado de falar verbalmente, leva a que este desenvolva esforços na tentativa de atingir esse objectivo, fazendo com que as várias experiências contribuam gradualmente, para que o enfermeiro, pelo conhecimento e pela prática, se torne mais capaz de “entender” o doente.

Uma das técnicas terapêuticas que os enfermeiros também utilizaram na comunicação com os doentes foi precisamente a escuta. Segundo Riley (2004) através desta capacidade de escuta o enfermeiro demonstra pela comunicação não verbal, o seu interesse pelo doente. Por outro lado, os enfermeiros também demonstraram atenção para não julgar os doentes, evidenciando ter respeito mútuo. Os enfermeiros ao não terem julgado os doentes acreditaram na sua dignidade e valor, independentemente do seu comportamento, ou seja aceitaram os doentes na sua condição e individualidade.

Achamos que 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 terapêutica.

Na realidade, embora esta seja uma das actividades mais importantes no desempenho da nossa profissão, nem sempre se investe o necessário para a tornar uma realidade e uma prática corrente dos enfermeiros. Talvez por isso os enfermeiros disponibilizem pouco tempo para “escutar” o doente, ocupados que estão, noutras tarefas que consideram mais importantes.

Apesar do progresso científico e técnico, as capacidades de 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 entre enfermeiro/doente.

Pensamos ser de todo relevante mencionar algumas sugestões para uma escuta activa e eficaz: estar disponível emocionalmente para escutar o doente, fazer silêncio e respeitar o silêncio do doente, qualquer momento da prestação de cuidados deve ser uma boa ocasião para o enfermeiro desenvolver escuta atenta e eficaz. Estes critérios constituem a base para o desenvolvimento das competências relacionais.

A título ilustrativo apresentamos excertos das entrevistas reveladores do cuidado

em **chamar o doente pelo seu nome**, aspecto fundamental da personalização e humanização dos cuidados:

“Chamavam por mim, tratavam-me pelo meu nome, (...)”. (E4)

“Mas quando vinham à minha beira para falar comigo tinham por hábito chamar pelo meu nome, toda a gente sabia o meu nome fiquei admirada eram muito bons profissionais (...)”. (E8)

“Chamavam por mim pelo meu nome, falavam comigo, (...) Estou muito satisfeita como fui tratada pelos enfermeiros”. (E9)

“Chamavam sempre pelo meu nome, uma coisa que fiquei admirado é que toda a gente sabia o meu nome, vinha uma enfermeira nova e dizia olá [nome do doente] boa noite! Vinha outra enfermeira nova e dizia olá [nome do doente] boa noite! Fiquei admirado. (...)”. (E14)

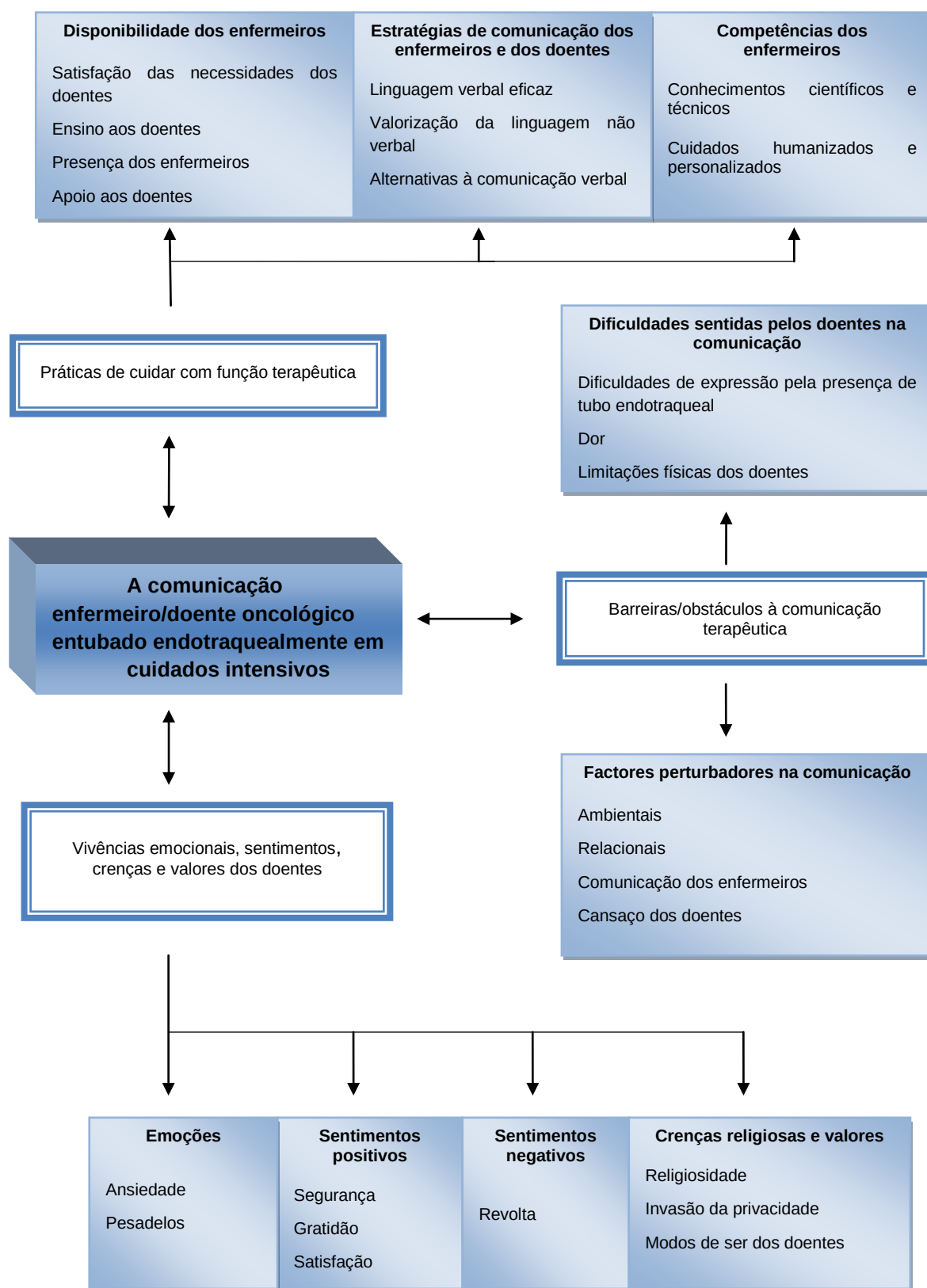
“Tratavam-me sempre pelo nome (...)”. (E15)

Stefanelli (2005⁶) apoia estes resultados ao afirmar que chamar o doente pelo nome é uma das formas de manifestar ao doente respeito e interesse. Uma vez que, reforça a identidade do doente, de tal forma que leva o doente a expressar um sentimento de satisfação quando os enfermeiros o abordam pelo nome, como constatamos pela leitura das anteriores expressões.

A análise de todos estes dados mencionados nesta categoria traduz a relação enfermeiro/doente como um conjunto de laços simbólicos e sociais que se estabelecem entre quem cuida e quem é cuidado. Este facto atesta para a importância desta relação humanizada no âmbito de um cuidar que se deseja que seja eminentemente terapêutico.

Para concluir este capítulo da apresentação, análise e discussão dos resultados apresentamos o diagrama 1 que traduz os resultados do estudo e pretende, de forma esquemática mostrar o processo comunicativo enfermeiro/doente oncológico entubado endotraquealmente em ambiente de cuidados intensivos.

Diagrama 1 – Diagrama representativo da comunicação enfermeiro/doente oncológico entubado endotraquealmente em cuidados intensivos



Uma análise global da comunicação enfermeiro/doente permite interpretá-la como um processo caracterizado pelo desenvolvimento de práticas de cuidar com função terapêutica, uma vez que os enfermeiros demonstraram disponibilidade e competências para o processo comunicativo e também pelas estratégias de comunicação que implementaram na sua relação com os doentes. Por outro lado, este processo também ocorreu tendo por base um conjunto de barreiras à comunicação terapêutica, traduzidas em dificuldades que os doentes sentiram para comunicar e em factores que perturbaram essa comunicação. Ainda nos é dado a observar no âmbito desta análise, que a experiência do internamento e a impossibilidade de comunicar por palavras temporariamente suscita vivências emocionais, o despertar de sentimentos e a expressão de crenças e valores que traduzem uma variabilidade de respostas por parte dos doentes aos estímulos físicos e emocionais em ambiente de cuidados intensivos.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Face ao estudo que realizamos, de carácter exploratório e descritivo, aos objectivos e às características dos dados, consideramos que a maior parte dos resultados evidenciados pela análise da informação colhida, é, por si só, fonte de algumas reflexões e interpretações.

Neste capítulo expomos as principais conclusões do estudo realizado, fazemos algumas sugestões e referimos as implicações deste para a prática, ensino, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem.

5.1. CONCLUSÕES

A comunicação interpessoal enfermeiro/doente no contexto da relação de ajuda e do cuidar em enfermagem é um elemento decisivo e determinante para que os enfermeiros possam desenvolver intervenções bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como das dimensões relacional e ética. Só integrando esta dimensão nas múltiplas exigências do cuidado confirmamos um verdadeiro profissionalismo e garantimos a qualidade dos cuidados a que as pessoas doentes e suas famílias têm direito.

Face a esta constatação, com este estudo, foi nossa intenção compreender a perspectiva dos doentes oncológicos internados numa UCI sobre a comunicação que os enfermeiros estabeleceram com eles, durante o período que estiveram com tubo endotraqueal.

Genericamente podemos considerar a comunicação enfermeiro/doente oncológico internado em cuidados intensivos e com entubação endotraqueal, como um processo que se traduziu em práticas de cuidar com função terapêutica, mas também, como um processo que ocorreu tendo por base barreiras à comunicação constituídas por dificuldades sentidas pelos doentes em comunicar e factores perturbadores desta mesma comunicação. Este processo gerou em quem o viveu - os doentes, vivências emocionais e sentimentos, tendo sido ainda palco de manifestações de crenças e valores.

Da análise dos dados constatamos que na teia das relações desenvolvidas em ambiente de cuidados intensivos, os enfermeiros, de uma maneira geral, adoptaram formas de comunicar consideradas pelos doentes como favorecedoras de uma comunicação terapêutica. Assim, os enfermeiros utilizaram maioritariamente a linguagem verbal na comunicação com os doentes sendo evidente a sua competência em

exprimirem-se de maneira a serem compreendidos, uma vez que, recorreram a uma linguagem breve, clara, precisa, adequada às circunstâncias, simples, directa e adaptada às necessidades dos doentes.

Dado os doentes estarem impossibilitados de comunicar verbalmente, pela presença de tubo endotraqueal, a linguagem não verbal ocupou lugar de destaque no processo comunicativo dos doentes com os enfermeiros.

A maioria dos doentes utilizou a linguagem gestual como alternativa à comunicação por palavras. Os gestos e a mímica labial serviram para os doentes expressarem as suas necessidades, sentimentos e emoções e para comunicar com os enfermeiros. Face à impossibilidade dos doentes se poderem expressar verbalmente, constatamos a disponibilidade e a paciência dos enfermeiros em compreendê-los como uma constante, evitando sentimentos de impotência e desmotivação, por parte dos doentes.

Destacamos também, o facto de os doentes terem recorrido à clarificação e validação da informação que transmitiam aos enfermeiros, repetindo a mensagem não verbal, pois nem sempre esta era percebida de imediato por estes profissionais.

Os enfermeiros também utilizaram a linguagem não verbal, para além da verbal na sua comunicação com os doentes. Durante a prestação de cuidados utilizaram o contacto visual, de modo a receberem a mensagem e dar feedback eficazmente. Por outro lado, o ambiente proporcionado foi propício a uma relação de ajuda, na medida em que, o toque foi usado como forma de aproximação aos doentes, e de transmissão de apoio, favorecendo a expressão de sentimentos e emoções.

Poderemos então concluir que desta forma, a comunicação verbal e não verbal que se estabelece na relação interpessoal como pressuposto fundamental no cuidar e para o desenvolvimento na relação de ajuda, sai reforçada.

Os enfermeiros proporcionaram ainda ao doente com tubo endotraqueal alternativas à comunicação verbal, sendo a escrita através de papel e caneta a alternativa utilizada. Contudo, a linguagem gestual foi a mais vezes proporcionada pelos enfermeiros. Estas alternativas foram consideradas pelos doentes como satisfatórias e suficientes para o estabelecimento de uma comunicação eficaz.

Porém, registe-se o facto de, nem todos os doentes manifestarem uma perspectiva positiva deste processo, uma vez que, alguns afirmaram não terem sido utilizadas quaisquer alternativas à comunicação verbal por parte dos enfermeiros, durante o período que estiveram impossibilitados de comunicar verbalmente.

Sabemos através do nosso desempenho, que as competências comunicacionais dos enfermeiros são muito valorizadas quer para poderem gerir as situações de doença, quer para apoiar e ajudar os doentes no seu processo de adaptação emocional.

Neste estudo, os doentes entrevistados relataram a disponibilidade dos enfermeiros no estabelecimento de uma relação/comunicação terapêutica, através da satisfação das suas necessidades, do ensino, da presença e do apoio sempre que necessário. Na opinião dos doentes a atitude dos enfermeiros foi essencial para uma rápida recuperação, uma vez que estes profissionais se mostraram sempre preocupados em identificar as suas necessidades, em controlar a dor, em promover o conforto e a distração. Os doentes manifestaram ainda, um atendimento rápido face às suas solicitações.

No âmbito do binómio doença-tratamento, muitos são os doentes que se revelam interessados no seu processo de cura, colocando questões e procurando informação. A disponibilização para o esclarecimento de dúvidas dos doentes implica um contínuo de informação e neste processo agora estudado, os enfermeiros foram agentes de informação. Contudo, parece-nos que a informação que mais facilmente disponibilizaram aos doentes foi de âmbito funcional e formativo, esta última concretizada nos ensinamentos que fizeram aos doentes, nomeadamente o ensino sobre a importância da presença de tubo endotraqueal, a impossibilidade de ingestão de líquidos via oral, os alarmes dos monitores e máquinas, os tratamentos a realizar e a impossibilidade de atendimento imediato, devido a situações urgentes com outros doentes.

Também na sua relação com os doentes pudemos inferir dos dados que os enfermeiros foram empáticos, demonstrando respeito mútuo e confiança, através de uma presença efectiva, levadas a cabo pela via do acompanhamento e de acções tão simples como a de sentar junto dos doentes, mostrando à partida a sua disponibilidade total.

A relação de ajuda também emergiu neste processo comunicativo enfermeiro/doente através do apoio prestado pelos enfermeiros aos doentes, traduzido na atenção, no incentivo à calma e coragem e principalmente no ajudar os doentes a ultrapassarem as suas dificuldades.

Com a mobilização das competências profissionais e qualificações que os enfermeiros têm enquanto profissionais, constatamos que puderam responder da melhor forma à satisfação das necessidades das pessoas em matéria de cuidados de enfermagem. Ao utilizarem os conhecimentos científicos, os enfermeiros estão mais aptos a fazerem uma melhor avaliação das queixas dos doentes, a prestarem informações e fazerem ensinamentos, desenvolvendo aptidões e capacidades de comunicação, com base no respeito e na tolerância. Estas competências permitem-lhes ainda valorizar os doentes como participantes do processo de cuidados, organizando a sua estratégia de intervenção centrada nas necessidades destes.

No que concerne às competências nota-se uma premissa fundamental que os enfermeiros elegeram para a relação, a de considerarem e respeitarem cada doente na

sua individualidade. Cada doente foi aceite tal como é e os enfermeiros reconheceram que faz parte do seu papel profissional, chamar o doente pelo seu nome, adaptar-se à personalidade de cada um não julgando e promovendo a escuta activa. Estes foram recursos utilizados para a personalização e humanização de cuidados. Parece podermos depreender dos dados que os enfermeiros, apesar de valorizarem os conhecimentos científicos, não os aplicaram simplesmente, mas procuraram apropriá-los a cada doente. Este modo de agir requer criatividade e revela a vertente da enfermagem como uma “arte” que implica que a sua prática não seja preconcebida.

Concluímos que nas suas competências estes enfermeiros mostram serem capazes de “promover a vida”, abordando o doente no seu todo biopsicosocial, pela preocupação que evidenciaram com o doente, pelo trabalho em equipa para o bem dos doentes e pelas capacidades de supervisão do doente e ambiente envolvente, o que traduz empenho e competências de comunicação eficazes.

A comunicação enfermeiro/doente como já foi referido anteriormente constituiu também um processo envolto em dificuldades para alguns dos doentes. Maioritariamente estas dificuldades foram atribuídas à dificuldade de expressão pela presença de tubo endotraqueal, à dor e às limitações físicas.

A presença de tubo endotraqueal foi considerada pelos doentes como uma experiência desagradável. No entanto a privação da fala, pela presença do tubo endotraqueal foi referida como um aspecto altamente negativo, em que a maioria dos doentes sentiu dificuldade em se fazer entender ao comunicar com a equipa de enfermagem. O sintoma dor, devido a situações específicas como a cirurgia, estado de saúde e presença de tubo endotraqueal, também foi considerado pelos doentes como uma dificuldade à comunicação com os enfermeiros. Limitações físicas como a diminuição da acuidade auditiva, alteração da mobilidade no leito e incapacidade de escrita, foram outras das dificuldades apontadas pelos doentes. Apesar das dificuldades sentidas, os doentes mostraram-se satisfeitos relativamente à comunicação estabelecida com os enfermeiros.

A análise dos dados fez emergir um conjunto de factores capazes de tornar a relação enfermeiro/doente problemática, quer porque tornam mais difícil a comunicação, quer porque têm impacto emocional no enfermeiro. Salientam-se os factores ambientais, relacionais, a comunicação dos enfermeiros e cansaço dos doentes.

Os factores mais vezes assinalados pelos doentes como perturbadores foram factores ambientais tais como: o barulho das máquinas e monitores, das urgências de outros doentes, da comunicação entre enfermeiros, da movimentação dos profissionais de saúde e a presença de luz acesa durante a noite.

Também os factores de ordem relacional foram considerados pelos doentes como

perturbadores na comunicação/relação com os enfermeiros destacando-se as barreiras de protecção individual (o uso de máscara).

Os enfermeiros inviabilizaram algumas vezes o processo comunicativo enfermeiro/doente, uma vez que falavam alto e voltavam costas por dificuldade de entendimento, o que contribuiu para uma comunicação menos eficaz.

Também o cansaço provocado pela falta de descanso e noites sem dormir pelo barulho existente no SCI, foi referido pelos doentes como factor perturbador na comunicação com os enfermeiros.

O processo de doença juntamente com o internamento em cuidados intensivos, desencadeou estados emocionais como a ansiedade em alguns doentes. Esta ansiedade segundo os doentes foi motivada por situações como: intervenção cirúrgica e consequentemente internamento hospitalar; presença de tubo endotraqueal; uso de vestuário como bata e fralda no SCI; e comportamento dos enfermeiros nos cuidados prestados. Ainda a referir que uma doente vivenciou reacções como pesadelos, as quais foram atribuídas à medicação administrada pelos profissionais de enfermagem.

A doença e o internamento em cuidados intensivos também fizeram emergir nos doentes sentimentos positivos e negativos. Os sentimentos de segurança, de gratidão e satisfação foram os sentimentos positivos referidos pelos doentes. O sentimento de segurança foi atribuído essencialmente à segurança transmitida pela quantidade de profissionais de enfermagem a prestarem cuidados e pela presença e atenção constante que estes proporcionavam. De uma forma geral, o sentimento de gratidão destacou-se pelos cuidados de qualidade prestados pelos profissionais de enfermagem, onde o carinho, dedicação e humor terapêutico foram as estratégias mais usadas pelos enfermeiros na relação com os doentes. O sentimento de satisfação manifestado pelos doentes foi relativamente ao facto de terem tido durante o internamento no SCI, a presença de familiares.

O sentimento de revolta foi o único sentimento negativo referido pelos doentes e deveu-se ao facto de os profissionais de enfermagem terem procedido à restrição física dos movimentos em situações de agitação e confusão dos doentes, falta de explicações/informações relativamente aos cuidados a realizar e o estado crítico de saúde.

Finalmente, o doente como sujeito e cidadão que é, carrega consigo crenças e valores. A ansiedade e o medo de não voltarem a falar, provocados pela impossibilidade de saída de qualquer som devido à presença do tubo levou alguns doentes a recorrer às suas crenças religiosas.

Outros doentes revelaram os seus valores, e exemplo disso foi a percepção de invasão da privacidade, evidenciada no relato de uma doente do sexo feminino que se

mostrou desconfortável face à prestação de cuidados, principalmente de higiene e conforto, por enfermeiros do sexo oposto.

Ainda, alguns doentes pela sua forma de ser, tendo em conta a sua personalidade e forma de estar na vida preferiram não pedir colaboração aos profissionais de enfermagem, mesmo estando a sofrer e a precisar de ajuda.

5.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Reconhecer a importância do processo de comunicação terapêutica enfermeiro/doente em ambiente de cuidados intensivos é o primeiro passo na sensibilização para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem.

Este estudo tem várias implicações para a profissão de enfermagem. Numa primeira apresentação, acreditamos que só o facto de ter sido realizado promoveu momentos de discussão sobre a temática em questão, e consequentemente, momentos de introspecção sobre a forma como cada enfermeiro comunica com o doente entubado endotraquealmente em ambiente de cuidados intensivos. Mas como qualquer estudo, também tem outras implicações, tanto no domínio da prática, como do ensino, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem.

5.2.1. Prática de Enfermagem

Não tendo sido nosso objectivo avaliar a prática dos profissionais de enfermagem, ao focar o estudo na experiência dos doentes, há aspectos que relacionando-se com essa prática, fornecem informação para ajudar os enfermeiros a promover e implementar estratégias de comunicação que favoreçam a comunicação terapêutica na relação enfermeiro/doente e melhorem o bem-estar dos doentes.

A função de cuidar só se pode exercer na relação com o outro, e para estar em relação é necessário comunicar. Em qualquer situação de comunicação fonte e receptor são interdependentes, havendo portanto sempre uma relação de dependência recíproca ou mútua. Para que esta relação seja útil e harmoniosa para ambas as partes é portanto necessário que no processo de comunicação em ambiente de cuidados intensivos os enfermeiros estabeleçam uma relação verdadeira viabilizando uma evolução benéfica para o doente.

A relação de ajuda não é pois susceptível de ser levada a cabo, sem ter em conta a comunicação terapêutica e perceber que é através desta que se promove a melhoria dos cuidados.

Os conhecimentos resultantes deste estudo podem pois, ajudar os enfermeiros a adquirirem competências que os tornem mais eficazes nas interações com os doentes, nas suas intervenções futuras, no âmbito da relação de ajuda e no contexto do cuidar em enfermagem.

É preciso desenvolver e promover momentos de introspecção e formação pessoal. Cabe a cada enfermeiro o crescimento pessoal e profissional, apostando para tal, no desenvolvimento de competências e perícias de comunicação pois são factores determinantes no processo de comunicação/interacção.

Acreditamos que mudanças comportamentais dos enfermeiros e a adopção de melhores estratégias comunicacionais promoverão a melhoria dos cuidados. Pensamos contudo, que o contexto em que ocorrem os cuidados em ambiente de cuidados intensivos tem também implicações que se relacionam com os factores externos perturbadores neste processo, como a tecnologia existente, os estímulos sonoros, urgências que por si só são muitas vezes difíceis de controlar, entre outros. Nesta perspectiva, os resultados deste estudo podem dar orientações no sentido de uma maior atenção ao ambiente dos cuidados, desde logo, procurando minimizar estímulos e criando condições para que o processo terapêutico da comunicação possa ocorrer nas melhores condições e funcionar como um “pólo” catalisador da comunicação interpessoal, em circunstâncias que são substancialmente diferentes das de outras unidades de cuidados, tanto para os doentes/família, como para quem lá trabalha.

Em suma, o processo de comunicação terapêutica deve ser prioridade uma actividade de enfermagem relevante e essencial, pelo que torna-se necessário pensar nas práticas de enfermagem, numa perspectiva crítica, ética e holística, para que as relações interpessoais se constituam efectivamente em relações de ajuda.

5.2.2. Ensino

Sabendo nós que cuidar é mobilizar em cada um tudo o que vive, a construção do projecto de cuidados faz-se em torno do estímulo que é necessário desencadear para o assegurar. Esta visão do cuidar determina uma visão holística da pessoa e obviamente a necessidade de formação.

Apesar dos resultados do estudo poderem ser considerados relativamente satisfatórios no que se reporta às competências de comunicação dos enfermeiros consideramos que as experiências vividas por alguns doentes reflectem a não

valorização ou desconhecimento por parte destes profissionais da importância da comunicação em enfermagem, e em particular, de situações em que os doentes se vêem confrontados com a impossibilidade de comunicar.

Este facto, aponta por isso para a necessidade de um maior investimento formal e treino destas competências, por parte das instituições de ensino de enfermagem. Consideramos que as escolas poderão ter um papel mais activo se incluírem nos seus planos de estudo a comunicação terapêutica e ainda que nesta formação se explorem estratégias de *coping* como forma de lidar com as situações de stress que frequentemente ocorrem durante a prática dos cuidados de enfermagem em ambiente de cuidados intensivos.

O desenvolvimento de programas específicos sobre relação de ajuda e das capacidades necessárias à sua plena utilização na prática do cuidar justificam por si só por parte das escolas, a criação de uma unidade curricular própria sobre esta matéria, a incluir nos currículos de formação de base.

Pensamos que estas sugestões podem contribuir para que os estudantes reforcem as suas capacidades de discriminação de respostas terapêuticas, no âmbito da relação de ajuda, no contexto do cuidar em enfermagem.

Para nós fará também todo o sentido que nesses cursos de formação inicial e complementar se maximize a articulação dos conhecimentos teóricos com os saberes práticos, onde a formação desenvolvida não se limite apenas às prescrições teóricas dos docentes, mas que o processo formativo ocorra em contexto real de trabalho, incentivando a auto-aprendizagem e a análise reflexiva dos alunos.

Consideramos também importante que o processo ensino/aprendizagem deve enfatizar a necessidade de perceber a família como unidade a cuidar e como elemento fundamental no cuidar do doente com tubo endotraqueal em ambiente de cuidados intensivos, formando os alunos nesta perspectiva, para que possam ser um agente de mudança das práticas.

5.2.3. Investigação em Enfermagem

Com este estudo surgiram outras questões a serem exploradas. Sem dúvida que é necessário conhecer a perspectiva dos doentes relativamente à comunicação que os enfermeiros estabelecem com estes enquanto estão entubados endotraquealmente. No entanto, propomos ainda a realização de outros estudos com envolvimento de outros participantes, nomeadamente os enfermeiros, com intuito de explorar que perspectiva os enfermeiros têm da comunicação que estabelecem com os doentes pois consideramos

que a sua inclusão no estudo tornaria mais rica a investigação, uma vez que o processo é sempre vivido com estes actores sociais.

Por outro lado, era importante saber se a comunidade em que a instituição se insere influencia o comportamento dos enfermeiros e de que modo se pode actuar de forma a favorecer a relação/comunicação com o doente, procurando também relacionar os seus dados biográficos, percebendo se estes são factores condicionantes, e se assim for, tentar compreender o porquê.

Sugerimos também a realização de estudos que incluam as perspectivas dos familiares de doentes internados em ambiente de cuidados intensivos impossibilitados de comunicar verbalmente, de forma a perceber e explorar as dificuldades sentidas pelos familiares na comunicação com estes doentes, explorar outros factores condicionantes e entender quais são as estratégias de comunicação utilizadas pelos familiares para fazer face a estas dificuldades e até identificar se os enfermeiros têm um papel activo e promotor de acções de ajuda aos familiares a fim de estes poderem comunicar eficazmente com os doentes.

Pelas consequências que cuidados prestados com base em comunicação inapropriada podem ter na vida do que sofre e na das suas famílias, é essencial continuar a desenvolver um corpo de conhecimentos assente na evidência através do qual os enfermeiros possam basear as suas intervenções e a sua tomada de decisão nesta área emergente e fundamental para a prática da enfermagem como profissão de interacção e de ajuda.

5.2.4. Gestão dos cuidados

No que respeita à gestão dos cuidados, consideramos importante encorajar as acções promotoras de comunicação terapêutica, com vista a manter sua prática junto de todos os elementos da equipa de enfermagem, tais como adoptar e incentivar alternativas à comunicação verbal; demonstrar disponibilidade, atenção e paciência na percepção da comunicação não verbal expressa pelos doentes; informar e dar explicações relativamente ao estado de saúde dos doentes, tratamentos a efectuar; utilizar acções que fomentem a humanização e personalização dos cuidados como a presença autêntica, o toque, a escuta activa, ausência de julgamentos, humor terapêutico e tratar o doente pelo nome.

Acreditamos também, ser importante encorajar e facilitar a frequência de acções de formação sobre a comunicação com o doente, especificamente o doente em ambiente de cuidados intensivos impossibilitado de falar verbalmente.

Reconhecemos que ao trabalhar numa UCI os profissionais de enfermagem ficam expostos a inúmeras situações de stress, e que uma forma de lidar com estas pode ser pela adopção de comportamentos não terapêuticos com os doentes ou de estratégias de fuga. Compreendemos que estas atitudes são por vezes inconscientes, mas que podem actuar como factor complicador da relação de ajuda inviabilizando qualquer possibilidade de estabelecimento de uma comunicação terapêutica com os doentes. Desta forma, torna-se importante apostar na relação de ajuda e na comunicação terapêutica como forma de melhorar os cuidados prestados nestas unidades. Assim, sugerimos que dentro do horário laboral os enfermeiros promovam momentos de reflexão em grupo, que visem o reconhecimento e a avaliação de situações geradoras de stress e procurem estratégias de *coping* a adoptar.

Pensamos que este estudo nos sugere algumas pistas para reflectirmos sobre o nosso desempenho na comunicação com os doentes entubados endotraquealmente. Para nós particularmente foi muito útil perceber as dificuldades a que estes doentes estão sujeitos, conhecer os seus sentimentos e a sua perspectiva sobre a forma como cuidamos deles, pois permitiu-nos reflectir sobre os nossos procedimentos neste contexto particular.

Concluiremos dizendo que em termos de consequências práticas, os resultados deste estudo podem ajudar os enfermeiros a planear respostas para entender a comunicação enfermeiro/doente em ambiente de cuidados intensivos como uma conjugação complexa de interações e situações com um carácter pluridimensional e a interpretar a comunicação terapêutica como algo vivido ao nível da individualidade de cada um. Isto significa, que as diferentes experiências exigem respostas e soluções individuais.

Conhecendo melhor a realidade da comunicação enfermeiro/doente oncológico impossibilitado de comunicar por palavras, em ambiente de cuidados intensivos, os enfermeiros estarão pois, melhor posicionados para encorajar, desenvolver e implementar a comunicação terapêutica com estes doentes e colaborar na construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades destes doentes e das suas famílias.

CAPÍTULO VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2002). *Stress e qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia e Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, Porto.
- Almeida, M. & Ribeiro, J. (2008). Stress dos doentes nos cuidados intensivos. *Revista Referência*, 7, 79 - 88.
- Alves, F. (1992). O doente e a comunicação em unidade de cuidados intensivos: reflexões e perspectivas de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 5, 39 - 41.
- Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., & Renaud, M. (2001). *Novos Cadernos à Bioética*. Porto: Porto Editora.
- Barlem, E.L.D., Rosenhein, D.P.N., Lunardi, V.L., & Filho, W.D.L. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiencias em unidade de terapia intensiva. *Revista electrónica de enfermagem*, 10 (4), 1041 - 1049. Recuperado em 19 de Novembro, 2009, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto.
- Bertone, T.B., Ribeiro, A.P.S., Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, 1 - 5. Recuperado em 10 de Setembro, 2009, de http://mail.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia_considerações_relacionamento_interpessoal.pdf.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução á teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braga, A.L. (2003). O Papel do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Fafibe On Line*, (n.d). Recuperado em 20 de Julho, 2008, de http://server.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf.
- Cardoso, A. (2001). Vivências dos Adolescentes Ventilados. *Sinais Vitais*, 35, 17 - 20.
- Casmarrinha, M. (2008). *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades ...* Dissertação de Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Ciuro, A.C.P. (2007). Comunicar com o doente sem voz: uma reflexão – várias vivências. *Sinais Vitais*, 73, 12 - 21.

- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cornock, M. (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 518 - 527.
- Cunha, L. (1999). A eficiência da comunicação não verbal na interacção social. *Informar*, 17, 36 – 41.
- Dias, M.R. (1993). Uma óptica para a comunicação. *Divulgação*, 28, 37 – 40.
- Domingues, T.A.M. & Chaves, E.C. (2005). O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 580 - 588. Recuperado em 12 de Março, 2010, de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/82.pdf>.
- Durman, S. (2003). Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral. *Revista Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 44 - 53. Recuperado em 21 de Maio, 2008, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1693/1401.pdf>.
- Ferrão, M.J. (2005). Ajudar a ser na ternura do tocar. *Cadernos de Bioética*, 38, 225 – 230.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fravica, A.M. (2002). *Relação de ajuda numa unidade de cuidados intensivos cardiacas*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Gameiro, M. G. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*, 19, 5 - 15.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora Limitada.
- Gomes, A., Oliveira, A., Pires, C., Ramos, E., & Alves, E. (2006). Comunicação em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 69, 23 - 28.
- Gonçalves, A., Vitorino, C., Santos, E., Silva, I., & Louro, M. (2001). O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados?. *Nursing*, 151, 11 – 17.
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Holt, J. (2000). Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1116-1125.
- Honoré, B. (2001). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hudak, C. & Gallo, B. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lannbere, M. N. (1995). Le toucher au coeur des soins. *Révue de L'Infirmière*, 13, 37 - 40.
- Lage, M.I. (1996). *A empatia e a comunicação não-verbal nas perspectivas da enfermeira e do cliente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Lalanda, P. (1995). A interacção enfermeiro-doente. *Nursing*, 88 (8), 28 - 32.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory for nursing*. New York: National League of Nursing.
- Lerch, C. & Park, G. R. (1999). Sedation and analgesia. *British Medical Bulletin*, 55 (1), 76 - 95.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Mambriani, S. (1993). *A Comunicação na relação de ajuda*. Madrid: Citadella Editrice.
- Moreira, C., Castanheira, I., & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que Valorizam os Enfermeiros?. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27 - 36.
- Moreira, I. M. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau. Edições Sinais Vitais.
- Moreno, R. (2000). *Gestão e organização em medicina intensiva*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Murad, A.M. & Katz, A. (1996). *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nascimento, E.R.P. & Trentini, M. (2004). O Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 1 - 10. Recuperado em 22 de Maio, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010411692004000200015.html.

- Novaes, M.A., Knobel, E., Bork, A.M., Pavão, O., Martins, L., & Ferraz, M. (1999). Stressors in icu: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, 25, 1421 - 1426.
- Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 322 - 329.
- Oliveira, P.S., Nóbrega, M.M.L., Silva, A.T.M.C., & Filha, M.O.F. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (1), 54 - 63. Recuperado em 10 de Maio, 2008, de http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/original_05.pdf.
- Oría, M.O.B., Moraes, L.M.P., & Victor, J.F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista electrónica de enfermagem*, 6 (2), 292 - 297. Recuperado em 19 de Novembro, 2009, de http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., & Berg, J. (2004). Patients reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung*, 9, 308 - 320.
- Paulino, C.D., Tareco, I.C., & Rojão, M. (1998). *Técnicas e procedimentos em enfermagem*. (2ªed). Coimbra: Formasau.
- Pereira, M.G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., & Marec, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ªed.). Loures: Lusociência.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A., & Ramos, I.C. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312 - 318. Recuperado em 22 de Setembro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.
- Pupulim, J.S.L. (2004). *Exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de Terapia Intensiva: Incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Brasil. Recuperado em 20 de Março, 2010, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15032004-085130/>.

- Qualitative Solutions Research International. (2008). NVIVO (versão 8) [Manual de programa de computador]. (ABN47006357213). Recuperado em 15 de Janeiro, 2010, de <http://www.QSRInternational.com/FileResourceHandler.ashx/RelatedDocuments/DocumentFile/289/NVivo8-Getting-Started-Guide.pdf>.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Richman, J. (2000). Corning out of intensive care crazy: dreams of affliction. *Qualitative Health Research*, 10 (1), 84 - 102.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Roehrs, H. (2006). *As relações interpessoais entre professor e estudante adolescente sustentadas no referencial da comunicação terapêutica: percepções dos professores*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Brasil. Recuperado em 15 de Maio, 2008, de <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/8114/1/as%20rela%c3%a7%c3%a7%c3%b5es%20interpessoais%20entre%20professor%20c%20estudante%20adolescente%20suscetadas%20no%20referencial%20da%20c.pdf>.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rosário, E.M.O.C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Rosseló, F. (2007). Calidad de vida, In F. Bastera, *10 palabras clave ante el final de la vida* (pp. 115 - 153). Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 783 - 791.
- Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, 67, 29 - 34.
- Santos, A. L. (2001). Ética nas unidades de cuidados intensivos. In L. Archer, J. Biscaia, W. Oswald, & M. Renaud, *Novos desafios à bioética* (pp. 244 - 248). Porto: Porto Editora.
- Santos, C.C.V. & Shiratori, K. (2008). Comunicação não verbal: importância no cuidado de enfermagem. *Enfermería Global*, 12, 1 - 9. Recuperado em 8 de Fevereiro, 2009, de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewfile/912/912.pdf>.
- Santos, L. & Pinto, I. (1998). A comunicação enfermeiro/doente em unidade de cuidados intensivos. *Sinais Vitais*, 16 (1), 23 - 26.

- Santos, M. I. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Investigação em Enfermagem*, 1, 51 - 58.
- Saraiva, M.C. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico: vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 37 - 48.
- Silva, M.J.P (2005). O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. In M. C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 47 - 61). São Paulo: Manole.
- Simpson, T. F., Armstrong, S., & Mitchell, P. (1989). AACN demonstration project: patients recollections of critical care. *Heart & Lung*, 18, 325 - 332.
- Stefanelli, M.C., Carvalho, E.C., & Arantes, E.C. (2005). Comunicação e enfermagem. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 1 - 8). São Paulo: Manole.
- Stefanelli, M.C. (2005^a). Conceitos teóricos sobre comunicação. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 28 - 46). São Paulo: Manole.
- Stefanelli, M.C. (2005^b). Introdução à comunicação terapêutica. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 62 - 72). São Paulo: Manole.
- Stefanelli, M.C. (2005^c). Estratégias de comunicação terapêutica. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 73 - 104). São Paulo: Manole.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D., & Lough, M.E. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e Intervenção*. (2^aed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Torres, G. (1993). A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In J. George, & colaboradores. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (pp. 13 - 23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vala, J. (2009). A Análise de Conteúdo. In S.A. Silva & M.J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 102 - 128). Porto: Edições Afrontamento.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1971). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.

ANEXOS

ANEXO I

Guião orientador da entrevista

Guião orientador da Entrevista

Objectivo: Descrever a perspectiva dos doentes oncológicos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, da comunicação que os enfermeiros estabelecem com eles durante o período que se encontram entubados endotraquealmente.

1.Acolhimento

Objectivo: Motivar o entrevistado.

- Informar (tema e objectivos da investigação)
- Garantir a confidencialidade
- Pedir autorização para a participação no estudo e para a gravação da entrevista com base no consentimento informado

1.1.Dados Biográficos do entrevistado

Objectivo: Conhecer melhor o entrevistado.

- Nome
- Idade
- Sexo
- Habilitações literárias
- Profissão

2.Descrever a situação de vida ou Entrevista propriamente dita

Objectivo: Compreender a experiência vivenciada pelo doente entubado endotraquealmente face à comunicação que o enfermeiro estabeleceu com ele durante o seu internamento no Serviço de Cuidados Intensivos.

- Habitualmente, de que forma os enfermeiros comunicavam consigo durante o tempo que esteve entubado endotraquealmente?
- Quais foram as suas maiores dificuldades na comunicação com os enfermeiros durante o período em que esteve entubado endotraquealmente?
- Quais foram os factores que mais o perturbaram durante o seu internamento no Serviço de Cuidados Intensivos que possam ter interferido na comunicação com os enfermeiros?
- Quais foram as alternativas à comunicação verbal utilizadas pelos enfermeiros, durante o período em que esteve impossibilitado de falar?
- De que forma os enfermeiros demonstravam atenção e disponibilidade para consigo?

3.Fecho da Entrevista

Objectivo: Cumprir um procedimento

- Resumir aspectos essenciais (abordados durante a entrevista)
- Agradecer a colaboração (e sua participação no estudo respectivo)
- Providenciar um possível novo contacto (para clarificar ideias)

ANEXO II

Sumário das categorias no NVIVO8®
(Node Summary Report)

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado

Generated: 23-07-2010 18:31

Tree Nodes\Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes\Alternativas à

Tree Node

Created On 20-06-2010 10:54 **By** JS

Modified On 23-07-2010 17:33 **By** PB

Users 1

Cases 15

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	15	29	588	28			0

Tree Nodes\Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes

Tree Node

Description Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os doentes entubados endotraquealmente

Created On 11-03-2010 17:26 **By** SS

Modified On 23-07-2010 18:28 **By** PB

Users 1

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	130	2009	77			0

Tree Nodes\Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes\Linguagem verbal

Tree Node

Created On 11-03-2010 17:28 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:33 **By** PB

Users 1

Cases 15

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	15	36	425	21			0

Tree Nodes\Estratégias de comunicação dos enfermeiros e dos doentes\Valorização da

Tree Node

Created On 11-03-2010 17:29 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:33 **By** PB

Users 1

Cases 16

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	16	73	928	49			0

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado

Generated: 23-07-2010 18:29

Tree Nodes\Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação\Dificuldade de expressão

Tree Node

Created On 26-03-2010 15:30 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:30 **By** PB

Users 2

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	53	896	38			0

Tree Nodes\Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação

Tree Node

Description Dificuldades sentidas pelos doentes entubados endotraquealmente na comunicação com os enfermeiros

Created On 11-03-2010 18:19 **By** SS

Modified On 23-07-2010 18:27 **By** PB

Users 2

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	66	1142	43			0

Tree Nodes\Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação\Dor

Tree Node

Created On 26-03-2010 15:31 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:30 **By** PB

Users 1

Cases 4

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	4	8	115	6			0

Tree Nodes\Dificuldades sentidas pelos doentes na comunicação\Limitações físicas dos

Tree Node

Created On 26-03-2010 16:29 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:31 **By** PB

Users 1

Cases 4

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	4	6	86	5			0

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado

Generated: 23-07-2010 18:32

Tree Nodes\Factores perturbadores na comunicação\Cansaço dos doentes							Tree Node
Created On	22-03-2010 22:27			By	SS		
Modified On	23-07-2010 17:33			By	PB		
Users	1						
Cases	3						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	3	5	85	3			0

Tree Nodes\Factores perturbadores na comunicação\Comunicação dos enfermeiros							Tree Node
Created On	11-03-2010 17:50		By	SS			
Modified On	23-07-2010 17:33		By	PB			
Users	2						
Cases	5						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	5	12	237	8			0

Tree Nodes\Factores perturbadores na comunicação\Factores ambientais							Tree Node
Created On	11-03-2010 17:50		By	SS			
Modified On	23-07-2010 17:33		By	PB			
Users	1						
Cases	16						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	16	50	899	42			0

Tree Nodes\Factores perturbadores na comunicação							Tree Node
Description	Factores que perturbaram a comunicação dos doentes impossibilitados de falar verbalmente com os enfermeiros						
Created On	11-03-2010 17:42		By	SS			
Modified On	23-07-2010 18:26		By	PB			
Users	2						
Cases	16						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	16	68	1279	48			0

Tree Nodes\Factores perturbadores na comunicação\Factores relacionais							Tree Node
Created On	11-03-2010 17:51			By	SS		
Modified On	23-07-2010 17:33			By	PB		
Users	1						
Cases	1						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	1	1	12	1			0

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado

Generated: 23-07-2010 18:31

Tree Nodes\Disponibilidade dos enfermeiros\Apoio aos doentes Tree Node

Created On 11-03-2010 18:07 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:31 **By** PB

Users 1

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	43	646	28			0

Tree Nodes\Disponibilidade dos enfermeiros Tree Node

Description Disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros durante o processo comunicativo com os doentes entubados endotraquealmente

Created On 11-03-2010 17:59 **By** SS

Modified On 23-07-2010 18:27 **By** PB

Users 1

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	94	1658	56			0

Tree Nodes\Disponibilidade dos enfermeiros\Ensino aos doentes Tree Node

Created On 11-03-2010 18:06 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:32 **By** PB

Users 1

Cases 5

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	5	9	210	7			0

Tree Nodes\Disponibilidade dos enfermeiros\Presença dos enfermeiros Tree Node

Created On 11-03-2010 18:06 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:32 **By** PB

Users 1

Cases 11

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	11	19	248	18			0

Tree Nodes\Disponibilidade dos enfermeiros\Satisfação das necessidades dos doentes							Tree Node
Created On	11-03-2010 18:04			By	SS		
Modified On	23-07-2010 17:32			By	PB		
Users	1						
Cases	14						
Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	14	30	558	23			0

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado
Generated: 23-07-2010 18:33

Tree Nodes\Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes\Crenças **Tree Node**

Created On

19-03-2010 19:08

By

SS

Modified On

23-07-2010 17:34

By

PB

Users

1

Cases

5

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	5	8	219	8			0

Tree Nodes\Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes\Emoções **Tree Node**

Created On

19-03-2010 19:08

By

SS

Modified On

23-07-2010 17:34

By

PB

Users

2

Cases

10

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	10	38	1020	25			0

Tree Nodes\Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes\Sentimentos **Tree Node**

Created On

22-03-2010 22:01

By

SS

Modified On

23-07-2010 17:35

By

PB

Users

1

Cases

4

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	4	16	502	11			0

Tree Nodes\Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes\Sentimentos **Tree Node**

Created On

19-03-2010 19:21

By

SS

Modified On

23-07-2010 17:35

By

PB

Users

2

Cases

14

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	14	48	1049	29			0

Description

Vivências emocionais, sentimentos, crenças e valores dos doentes entubados endotraquealmente no decorrer do processo comunicativo com os enfermeiros em ambiente de cuidados intensivos

Created On

11-03-2010 16:51

By

SS

Modified On

23-07-2010 18:25

By

PB

Users

1

Cases

16

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	16	107	2753	56			0

Node Summary Report

Project: Dissertação de Mestrado

Generated: 23-07-2010 18:28

Tree Nodes\Competências dos enfermeiros Tree Node

Description Competências dos enfermeiros no cuidar dos doentes entubados endotraquealmente

Created On 11-03-2010 18:09 **By** SS

Modified On 23-07-2010 18:27 **By** PB

Users 1

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	68	1089	51			0

Tree Nodes\Competências dos enfermeiros\Conhecimentos científicos e técnicos Tree Node

Created On 11-03-2010 18:15 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:31 **By** PB

Users 2

Cases 3

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	3	3	79	3			0

Tree Nodes\Competências dos enfermeiros\Cuidados humanizados e personalizados Tree Node

Created On 26-03-2010 18:12 **By** SS

Modified On 23-07-2010 17:30 **By** PB

Users 2

Cases 17

Type	Sources	References	Words	Paragraphs	Region	Duration	Rows
Total	17	65	1010	50			0

ANEXO III

Pedido de autorização para a realização do estudo ao Presidente do
Conselho de Administração do IPO-FG, E.P.E., do Porto

Porto, Outubro de 2008

Enfermeira Directora

Isabel Sequeira

Exmo. Senhor:

Conselho de Administração Do

Instituto Português de Oncologia Do Porto, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados

Título do Estudo de investigação:

A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente

Sou uma Enfermeira que, no âmbito do VX Mestrado em Ciências de Enfermagem, pretendo realizar no Serviço de Cuidados Intensivos do Instituto Português de Oncologia do Porto, o estudo de investigação em epígrafe.

É de referir que como investigadora responsável pelo estudo sou colaboradora do Instituto Português de Oncologia do Porto, no Serviço de Cuidados Intensivos. A orientação deste estudo será feita pela Professora Doutora Maria Isabel Lage da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Na sequência da exigência do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto, relativa à realização de uma Dissertação de Mestrado, optei pela problemática da comunicação na relação enfermeiro doente.

É objectivo deste estudo de investigação:

- Compreender a perspectiva dos doentes internados numa Unidade de Cuidados intensivos da comunicação terapêutica que os enfermeiros na sua prática profissional estabelecem com eles durante o período que se encontram entubados endotraquealmente.

Solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, autorização para a realização do referido estudo no Instituto Português de Oncologia do Porto - Serviço de Cuidados Intensivos, através da aplicação de um instrumento de colheita de dados. Trata-se de

DSE

ENTRADA N.º 12671

DATA 31 / 10 / 08

SUBJECT: PARECER:

C. ETIC.

Divisão de Serviço,

h 11-11-28

Não há qualquer inconveniente para o SCI,
a realização deste estudo.

21/11/2008

Franz

Dr. Filomena Faria
Chefe de Serviço
N.º Mec. 1299

Comissão de Ética para a Saúde
IPO - PORTO

ENTRADA Nº 673 / 08

DATA 21 / 11 / 08

PARECER A / /

uma entrevista aos doentes que durante o internamento no Serviço de Cuidados Intensivos estiveram entubados endotraquealmente. Estas entrevistas serão realizadas a estes doentes no serviço de internamento quando já se encontrarem extubados, no período de Novembro de 2008 a Janeiro de 2009.

Garanto que os direitos da Instituição e dos Utentes serão salvaguardados (através de pedido de Consentimento Informado), bem como todos os encargos com o referido estudo de investigação serão da responsabilidade do Investigador.

Declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia e a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante DL 43/04 de 19 de Agosto, DR I Série.

Caso este pedido seja autorizado, disponibilizo todos os dados recolhidos, bem como seus resultados finais ao Instituto Português de Oncologia do Porto E.P.E.

Para o efeito, anexo o instrumento de colheita de dados e Pedido de Consentimento Informado a utilizar para a realização do referido estudo de Investigação.

Certo de que poderei contar com a colaboração V. Exa., com os melhores cumprimentos.

○ INVESTIGADOR

Enf^a Sónia Briga

Sónia Briga

ANEXO IV

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são-----

----- , Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

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

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou a entrevista proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 200__

Assinatura do doente:

O Investigador (***Assinatura***):
