

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>

## SENSIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

*Anabela Pereira Mendes<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. E-mail: [anabelapmendes@esel.pt](mailto:anabelapmendes@esel.pt)

**RESUMO:** Este estudo objetivou interpretar, na experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos, a sensibilidade dos profissionais relativamente à sua necessidade de informação. Realizaram-se entrevistas abertas a 21 pessoas adultas, familiares dos paciente que estiveram internados em cuidados intensivos. A análise e interpretação das narrativas, tendo como suporte o programa Nvivo8®, realizou-se de acordo com a abordagem fenomenológica sugerida por Van Manen. Verificou-se a existência de duas situações: a presença e a ausência de informação. A família refere que a sensibilidade do profissional foi determinante, na resposta encontrada às suas necessidades. O cuidado colocado, no conteúdo que foi transmitido e na forma de o transmitir, foram significativos na experiência vivida. Constatou-se que o conhecimento das necessidades, reais e potenciais, da família é determinante no exercício profissional dos enfermeiros. A resposta à necessidade de informação foi essencial no processo de transição situacional experienciado, face à transição saúde-doença do seu familiar.

**DESCRIPTORIOS:** Família. Informação. Terapia Intensiva. Enfermagem .

## SENSIBILITY OF PROFESSIONALS TO INFORMATION NEEDS: EXPERIENCE OF THE FAMILY AT THE INTENSIVE CARE UNIT

**ABSTRACT:** This study aimed to interpret, in the experience the family has at the intensive care unit, the sensitivity of professionals regarding their need for information. We held open interviews with 21 adults, family members of adults hospitalized in intensive care. The analysis and interpretation of the narratives, with the support of the software Nvivo8®, was undertaken in accordance with the phenomenological approach suggested by Van Manen. Two situations were found: the presence and absence of information. The family states that the sensitivity of the professional was essential in the response to their needs. The care taken in the content that it is transmitted and how it is transmitted were significant in the experience lived. Knowledge of the family's true and potential needs is decisive in the professional practice of nurses. Answering the need for information was essential in the transition process experienced in view of the family's member's health-disease.

**DESCRIPTORS:** Family. Information. Intensive care. Nursing.

## SENSIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN: EXPERIENCIA VIVIDA DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo interpretar la experiencia vivida por la familia en la unidad de cuidados intensivos, la sensibilidad de los profesionales en cuanto a su necesidad de información. Se entrevistaron 21 miembros de familia del adulto hospitalizado en los cuidados intensivos. El análisis y la interpretación de los relatos, con el apoyo del programa Nvivo8® se llevó a cabo de acuerdo con el enfoque fenomenológico propuesto por Van Manen. Se encontró que hay dos situaciones: la presencia y ausencia de información. La sensibilidad de los profesionales yació significativa en la respuesta a sus necesidades. El cuidado en el contenido que se transmite y cómo transmitir fueron significativas en la experiencia vivida. El conocimiento de las necesidades, reales y potenciales, de la familia es decisivo para la práctica profesional de las enfermeras. La respuesta a la necesidad de información es esencial en el proceso de transición salud/enfermedad.

**DESCRIPTORIOS:** Familia. Información. Cuidados intensivos. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade experimentada face a uma situação de doença crítica reserva à família momentos de grande instabilidade. As pessoas vivem processos que designam transição, pelo impacto que geram na sua vida pessoal, familiar ou social.<sup>1</sup> Considerando a transição saúde-doença se verifica que envolve um registo agudo ou crônico.

Face à transição saúde-doença, a família descobre alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre. Encontra um processo de doença, que na generalidade desconhece, e um contexto de internamento estigmatizante, pela tecnologia em uso e acesso condicionado. Foi constatado que a família se torna cliente de enfermagem pela vivência deste processo de transição saúde-doença e encontra, nos momentos que lhe reserva o acesso à unidade de internamento e nas dúvidas que lhe assistem, a presença dos enfermeiros.<sup>2-3</sup>

O cotidiano desvenda, para a família, uma imprevisibilidade assustadora que termina sempre com a possibilidade de finitude, da pessoa agora doente. O contexto e as circunstâncias condicionam a racionalidade e fazem emergir novas necessidades na vivência da família na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).<sup>4</sup>

O registo relacional e emocional existente, entre pessoa doente e família na qual se insere, tendem a assumir como fatores determinantes na vulnerabilidade encontrada. A família emerge como "...algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo".<sup>5:171</sup> O sofrimento experimentado revela-se muito significativo quando existe vínculo familiar. Situação que se torna mais penalizadora quando emerge a percepção de impossibilidade de reverter toda uma situação que tende a ficar fora do seu controle. Percebem, paulatinamente, que a sua capacidade habitual de resposta e resolução de situações críticas, que lhe apresentam no cotidiano, é reduzida e insuficiente. Vão, progressivamente, aprendendo a conhecer o contexto, a situação e a sua capacidade de resposta atual.

As pessoas da família constroem, nos momentos de acesso à unidade de internamento, a possibilidade de tornar tudo mais claro e encontrar algum conforto. Verificam que alguns profissionais, pelo exercício clínico constante, com a pessoa doente e membros da família, estão particularmente atentos

para a experiência que estão a viver. Procuram pela necessidade de serem informados, o contacto com estes profissionais no sentido de lhes permitirem algum saber, e daí o bem-estar. Sentem que a possibilidade de serem informados, convenientemente, é uma variável determinante a considerar na experiência vivida.

Da experiência, da sua vivência, as pessoas guardam o que lhes deixou positiva ou negativamente um significado particular. Considerando o modo como as afetou e se deixaram afetar. Deixa numa matriz pessoal, um registo único e próprio, que se deixa ver no significado que daí emerge.<sup>6</sup>

De um percurso de investigação que teve como foco de atenção a experiência vivida pela família de pessoa adulta face à internação numa UCI, pretende-se, neste artigo, interpretar na experiência vivida pela família na UCI a sensibilidade dos profissionais relativamente à sua necessidade de informação.

## MÉTODOS

Da intencionalidade de conhecer a experiência vivida pelas pessoas da família, o estudo se enquadrará num paradigma qualitativo e numa abordagem fenomenológica. Optou-se pela abordagem fenomenológica segundo Van Manen uma vez que na sua perspetiva "a experiência vivida é o ponto de partida e de chegada da investigação fenomenológica".<sup>7:36</sup> Foi proposto ao investigador que a análise e interpretação fossem sempre realizadas e sustentadas nos dados e não em constructos teóricos previamente conhecidos.<sup>7</sup>

Verificou-se que o retorno intencional à experiência pela narrativa descritiva, que daí resulta, constituiu-se como ângulo do trabalho pela possibilidade de chegar à essência da experiência.<sup>8</sup> Considerou-se, de acordo com o autor de referência metodológica do estudo, que "a finalidade da fenomenologia é transformar a experiência vivida numa expressão textual da sua essência (...) o texto é ao mesmo tempo um reviver reflexivo e apropriação reflexiva de algo significativo: um conceito pela qual o leitor é poderosamente animado no seu ou sua experiência vivida".<sup>7:36</sup>

Os participantes (n=21) foram referenciados em bola de neve (*snowball*). Definiram-se como fatores de inclusão: 1) ser membro da família de uma pessoa adulta que esteve internada em UCI; 2) ter mais de 18 anos; 3) ter visitado a pessoa no hospital pelo menos uma vez; 4) compreendesse e falasse português, inglês ou espanhol. Foi considerado como critério de exclusão a instabilidade física

ou emocional do possível participante, observada ou relatada.

Foram entrevistadas pessoas com idades compreendidas entre 23 e os 58 anos; 16 mulheres e cinco homens. Do total dos participantes: 20 faziam parte da família nuclear tradicional (pais e filhos) e da família extensa (família alargada com várias gerações) e um dos participantes era um elemento significativo (namorado).

A recolha de dados foi realizada por entrevista com questões abertas, considerando as orientações de referência.<sup>7</sup> A entrevista com questões abertas “permite explorar a narrativa experiencial” e possibilita a “conversação sobre o significado”<sup>7:66</sup> da sua experiência.<sup>9</sup> Deste modo os participantes foram inquiridos com a seguinte questão norteadora: Fale-me da sua experiência de ter um familiar internado numa UCI. Realizaram-se 21 entrevistas, individuais, a membros da família adultos, de pessoa adulta que esteve internada numa UCI. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e decorreram num local sugerido pelo participante, assumindo maior registo, a casa do familiar.

Foi solicitada a gravação das entrevistas e realizada a transcrição do verbatim. Se considerou fundamental o uso do suporte Nvivo<sup>8®</sup> na organização e análise dos dados, sabendo da sua extensão.

As entrevistas assumiram um registo de conversa, na intencionalidade de permitir que os participantes percorressem livremente a experiência vivida. A narrativa descritiva, que daí resultou, permitiu chegar à subjetividade da experiência humana, ao seu significado.<sup>8</sup> A experiência vivida é assim “a respiração do significado (...) tem uma certa essência, uma ‘qualidade’ que nós reconhecemos na retrospectiva”<sup>7:36</sup>

Acautelou-se que a decisão de participação no estudo fosse sustentada na informação detalhada e consistente transmitida, considerando a possibilidade de ser esclarecida e validada. Foi deixada clara a possibilidade de desistir do estudo a qualquer altura, se fosse essa a decisão da pessoa, garantindo deste modo a autonomia do participante. O documento de consentimento para participar no estudo, assinado pelo participante, foi sempre que possível disponibilizado previamente, no sentido de o conhecer e decidir confortavelmente.

Teve-se em atenção na programação do local e hora a disponibilidade do participante e a possibilidade de captar convenientemente o registo áudio da mesma. Considerou-se no decorrer da entrevista a vulnerabilidade da pessoa adotando o investigador, uma posição atenta e responsável

relativamente ao tom de voz e postura. Assim se revelou no investigador a sua sensibilidade ética. Verificando que cada uma destas pessoas é um outro que é “sofredor”<sup>10:266</sup>

Nas situações em que se sabia ter ocorrido a morte da pessoa internada, ponderou-se que a entrevista decorresse somente 90 dias após.<sup>11</sup> Importou que a pessoa da família encontrasse estabilidade física e emocional que permitisse a revisitação intencional da experiência vivida.

A análise de dados teve como finalidade revelar ou isolar os temas que desvendam em si o fenómeno em estudo. Assim realizaram-se abordagens ou aproximações ao texto ou narrativas produzidas, nomeadamente a aproximação holística ou sentenciosa, a aproximação seletiva ou de destaque e a aproximação detalhada ou linha-a-linha.<sup>7</sup> Interessava “refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenómeno” e “descrever o fenómeno através da arte de escrever e rescrever”<sup>7:32</sup>

A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram garantidos codificando cada uma das narrativas de 1 a 21 precedido da sigla FM (*family member*).

Na apreciação ética dos procedimentos de investigação, a entidade responsável garantiu e verificou, que o estudo cumpriu os princípios éticos relativos à investigação.

## RESULTADOS

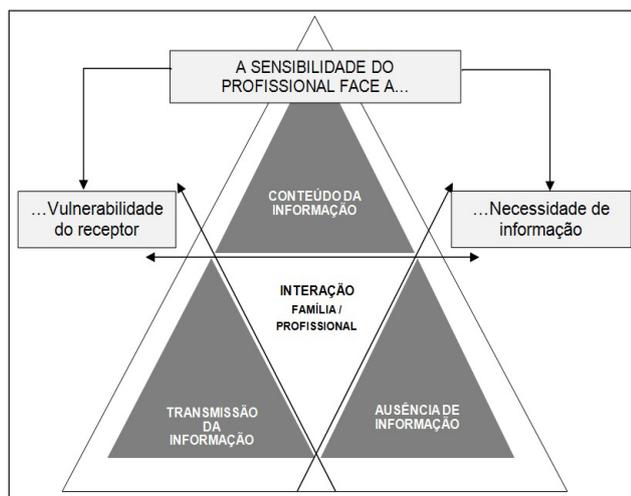
No contato diário e próximo com os profissionais, pela necessidade de serem informados ou encontrarem a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas as pessoas da família estão particularmente sensíveis ao modo como são acolhidos. Verificam que a sua presença e a intenção que lhe colocam é percebida pelos profissionais, mas a resposta que encontram entendem estar relacionada com a sensibilidade do profissional.

Compreendem a necessidade de uma presença assídua e constante do profissional junto da pessoa doente, mas verificam que determinados profissionais entendem e aceitam também as necessidades da família, resultando da experiência de transição saúde-doença que está vivenciando. Para estes profissionais, no entender das pessoas da família com quem se conversou, é natural a família necessitar de informação, sabendo que a informação lhes permite pelo conteúdo, quantidade, pertinência e modo como é transmitida experienciar sensações distintas. Deixam perceber que sendo fundamental, o conteúdo da informação e o modo como foi

transmitida, influenciaram determinantemente a vivência da experiência.

Percebeu-se que na presença ou na ausência de informação, encontraram, direta ou indiretamente, a sensibilidade do profissional, considerando que no que transmitem e no que não transmitem emerge um pouco do que são ou do que se deixam ser. O profissional assume-se, deste modo, como o último elo, pela qual passa a informação, dependendo dele acautelar o que chegou e o modo como chegou na pessoa da família. Consideraram, assim, a vulnerabilidade no presente e o que resultaria da sua intervenção.

Foram listadas, então, três dimensões a interpretar no sentido de compreender o modo como influenciaram a vivência, a saber: o conteúdo da informação; o modo como foi transmitida a informação; a ausência de informação (Figura 1). Considerou-se em cada uma delas a sensibilidade do profissional relativamente à vulnerabilidade do receptor e à sua necessidade de informação.



**Figura 1 – Na informação: as dimensões encontradas e a sensibilidade percebida**

Trabalha-se, agora, cada uma destas dimensões, tendo como finalidade a compreensão da sensibilidade percebida pela família nos profissionais relativamente à sua necessidade de informação e vulnerabilidade experimentada.

### O conteúdo da informação

Verificou-se que as pessoas da família encontraram no cotidiano um conjunto de dúvidas relativas ao diagnóstico, prognóstico e intervenções terapêuticas e de diagnóstico. Procuraram no acesso ao contexto de internamento, o contato com o profissional responsável pelos cuidados ao seu familiar no

sentido de obter informação concreta e verdadeira. A necessidade de informação mobiliza as pessoas da família. Constatando-se que a necessidade de ser informado, pela vivência constante e próxima com o desconhecido, com a persistência de dúvida, acabava assumindo significado na experiência vivida.

O tempo de experiência lhes permitiu constatar que, independentemente da necessidade expressa de saber, a resposta à sua necessidade dependeu significativamente do profissional com quem contactou. Tinham como primeiros indicadores a disponibilidade e a iniciativa do profissional para que tal acontecesse: [...] *nós começamos a perceber quem é que está ou não disponível para nos dar informações, às vezes pelas atitudes das pessoas [...]* (FM12); [...] *eu entrava e logo vinha um enfermeiro que estava a tratar dela naquele dia, naquele turno. Mesmo sem perguntar havia iniciativa do lado de lá para fazer mais ou menos o ponto da situação. Diziam 'Já tomou seu banho, virámo-la, fizemos, massajámos, mudámos o cateter deste lado para aquele [...]*' (FM9).

Vivenciaram relativamente ao conteúdo duas situações muito diferentes. Perceberam que para determinados profissionais a informação é assumida de um modo estruturado, sendo aferida periodicamente: [...] *era importante porem-nos a par da situação, e nós notámos com alguns profissionais que esse trabalho foi feito...quase que de equipe, diziam: 'olhe amanhã vamos fazer o levantar', isso servia de motivação ao doente e a nós familiares, nós termos a informação do processo [...]* (FM2).

Contudo a sua expectativa de que o conteúdo a transmitir fosse detalhado, extenso e atual, nem sempre se verificou. Deixam perceber que esta situação foi constrangedora, uma vez que não percebiam porque tal acontecia. Verificaram ser difícil de aceitar o acontecimento de não lhe ser descrito de um modo específico o que se estava passando e o que pretendiam fazer. Revelam que esta postura foi dificultadora num processo de transição saúde-doença. Acreditavam pela experiência continuada destes profissionais com famílias em situação idêntica que tivessem a capacidade de receber, de aceitar a presença e as necessidades da pessoa da família com quem diretamente e repetidamente interagiam. Deixam perceber que seria confortável que a informação ultrapassasse a barreira da superficialidade, do discurso aligeirado, que muito devia ao cuidado humanizado que desejavam: [...] *os enfermeiros eram superficiais. Não aprofundavam, davam-nos a entender se tinha passado bem ou se tinha passado mal e se a noite tinha sido complicada ou mais calma. Não aprofundavam* (FM15).

Nestas situações sentiram que tendiam a assumir um registo de presença assídua e grande insistência. Pretendiam nos momentos em que lhes era permitido o acesso, ir juntando pequenos pedaços de informação. Pretendiam adquirir as partes para se apropriarem do todo.

A sensibilidade encontrada nos enfermeiros ficava reduzida, em determinados momentos, à simpatia no acolhimento. Sentiram que importava contemplarem no seu agir o seu dever profissional, no sentido de que a informação fosse assumida como necessária e fundamental. Verificaram que seria importante que os profissionais se permitissem com esta intervenção: preparar e confortar. Importava responder em conformidade com suas necessidades, considerando o conhecimento que tinham da família e do processo de transição saúde-doença que os envolvia: [...] *não sabem o que é que nós já sabemos... por vezes nos tratam como se fosse o primeiro dia... sabem que nós estamos ali todos os dias, e que se calhar se falassem um pouquinho mais conosco sabiam... que sabíamos um pouquinho mais da doença [...]* (FM4).

### A transmissão da informação

O internamento em UCI e a situação de doença crítica experienciada, deve na perspectiva da família ser contemplada no modo como são transmitidas as notícias. Consideraram que esta sequência de situações tende a fragilizar a família e condiciona a sua capacidade de receção. Importava informar, sem nunca deixar de confortar. Verificaram que foram cuidados pelo que lhes foi dito, mas também pelo modo como lhe foi dito: [...] *com o passar dos dias no hospital, fomos vendo que havia um cuidado na informação que era dada... quando nos dirigíamos quer ao médico de serviço, quer ao enfermeiro, eram muito disponíveis na informação que transmitiam, tentavam de certa forma dar algum alento, algum apoio, com alguma reserva, que a própria situação implicava [...]* (FM1); [...] *no dia em que eu cheguei aos cuidados intensivos, foi fundamental, me deu muita confiança naquela equipe que ali estava, mas sem dúvida alguma informação. Penso que nos cuidados intensivos é importante a forma como é transmitido, o que é transmitido [...]* (FM2).

Contudo, as pessoas da família assumem que para alguns profissionais a resposta à necessidade de informação se resumiu ao conjunto de palavras a emitir. Na tríade: emissor, receptor e mensagem, o receptor da mensagem não foi contemplado, considerando a sua vulnerabilidade presente e a ansiedade que poderia ser gerada pela chegada da informação. Neste registo, constataram que o emissor se isenta da sua responsabilidade no cuidado

ao outro, o receptor. Verificou-se que a ausência de envolvimento ou compaixão com as pessoas da família, no momento em que lhes é transmitida uma notícia singularmente negativa, se revelou de um modo particularmente significativo na sua vivência. Tal como referem: [...] *entra, chega perto da gente e diz, 'É assim a sua filha está com uma leucemia', assim sem mais nem menos [...]* (FM5); [...] *não houve pozinhos de perlimpimpim... não houve nada é nu e cru a verdade é esta, e é assim, assimile a informação conforme quiser... ela foi muito crua, ali não houve espaço nenhum para mais nada se não a verdade* (FM7).

Consideraram, na informação que lhes chegava, o modo como os afetava. Reportam a sensibilidade do profissional em dizer aquilo que tem que ser dito. Elencam o modo rude e apressado com que o fazem. Ainda que assumidamente preferam a verdade, importa que se contemple, no conteúdo, o modo como é dito.

### A ausência de informação

Percebem que o impacto que determinada informação lhes reserva tende a ser ultrapassado pela possibilidade de nada saberem. Referem que foi complicado lidar com o desconhecido, com o regresso a casa sem uma previsão de fatos e acontecimentos. A possibilidade de não encontrarem um espaço, um tempo em que os profissionais considerassem a sua necessidade de ser informado e esclarecido foi particularmente penalizador. O desconforto vem do que não sabem, sabendo que alguém provavelmente sabe mas não contempla a necessidade de os informar. Desconhecendo, provavelmente, a importância dessa informação na sua vivência: [...] *pior ainda é quando não nos informam que realmente vai ou não correr bem, ou do que se está passando, pelo menos para mim foi complicado [...]* (FM12); [...] *não saber o que estava acontecendo era o que custava mais... havia ali qualquer coisa... a bactéria muito forte, muito instalada [...]* (FM21).

Consideram que a ausência de informação, a que são sujeitos, deixa claro que a família assume um relevo diferente, assumidamente não central no planeamento de cuidados e neste caso no cuidado que lhe é devido. Contemplam com alguma tristeza a posição em que se encontram. Num contexto de equipe alargada percebem que não têm espaço na dinâmica até então encontrada: [...] *tive muita dificuldade em obter informação. Não faço ideia de quantas pessoas estão lá, são muitas, mas os familiares são um bocado esquecidos, não dão informações [...]* (FM16).

Comparativamente, nos casos em que tal aconteceu, ou seja em que foi contemplada a possi-

bilidade de serem informados, assumiram a situação como muito positiva. Reconhecem que se sentiram francamente confortados pela possibilidade de saber e de questionar: [...] *lhes explicaram muito bem a gravidade da situação, mas tiveram conversas comigo um pouco mais extensas* [...] (FM9); [...] *houve sempre muita informação, muito acompanhamento, houve sempre uma conversa muito sincera, muita abertura... me convidaram a entrar e me explicaram tudo* [...] (FM10).

Emerge da experiência vivida a sensibilidade percebida: na responsabilidade do profissional em informar; no conteúdo transmitido; no modo como lhe foi transmitido (Figura 2). Constatando-se, do exposto, que a sensibilidade percebida e encontrada junto da equipe promoveu o bem-estar na família e influenciou a vivência do processo de transição saúde-doença.

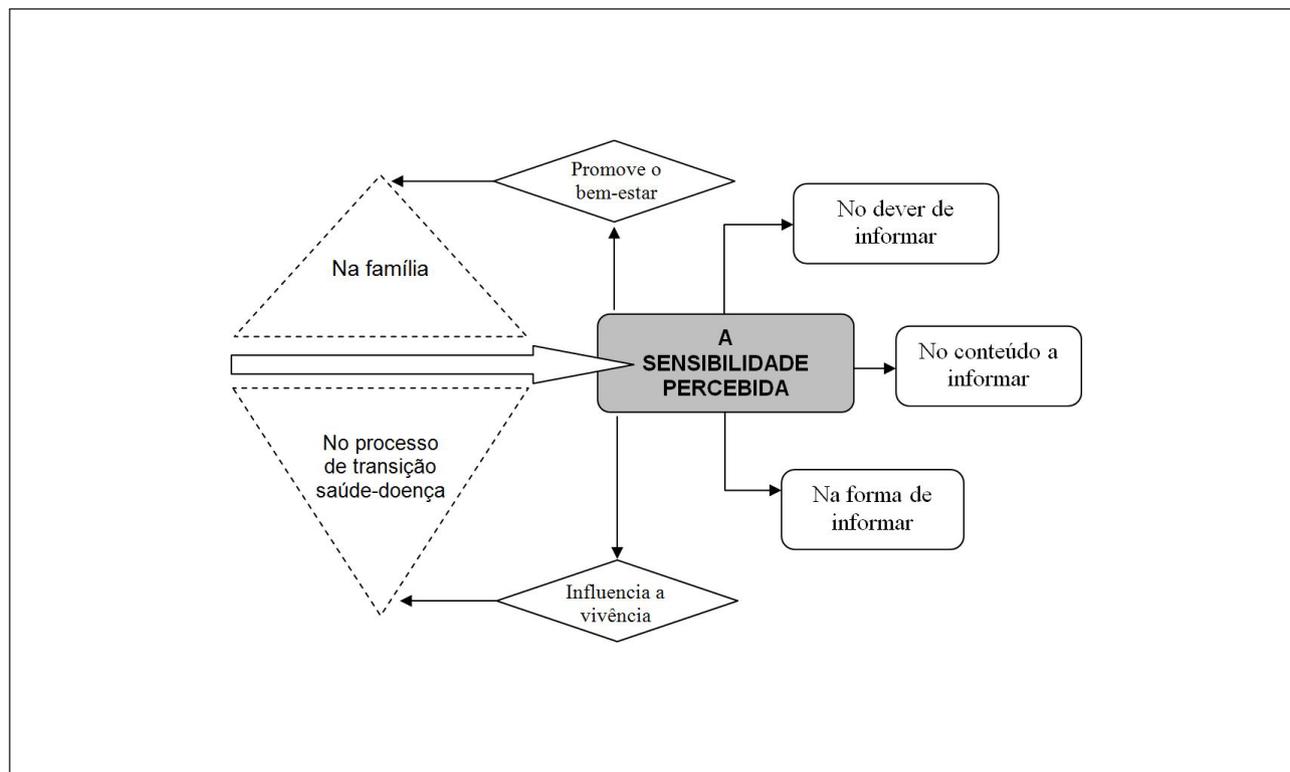


Figura 2 - A sensibilidade percebida na resposta à necessidade de informação

## DISCUSSÃO

Constatou-se que de um modo súbito as pessoas da família lidaram com o internamento de um dos seus membros numa UCI. Vivenciaram a chegada da informação e o que esta lhes trouxe, nomeadamente o contato com o desconhecido, com a dúvida, com a incapacidade de se manter estável emocionalmente no seu cotidiano. Verifica-se que a situação e as circunstâncias, de ter um familiar neste contexto específico, lhes acrescenta vulnerabilidade.<sup>6,12</sup> A equipe deve estar particularmente atenta para esta situação, considerando que a comunicação entre profissionais e família se constitui como um suporte para a família.<sup>11-14</sup>

Percebeu-se que a interação estabelecida, sempre que sustentada na intenção de facilitar a vivência, foi entendida como um subsídio funda-

mental para o bem-estar das pessoas da equipe e das pessoas da família. Assume-se no exercício "o que é ser enfermeiro na perspetiva da nossa obrigação e do nosso compromisso com as pessoas".<sup>15:33</sup>

Constatou-se que a vivência, que deixa um registo no presente, se prolonga e reflete na vida das pessoas em ambos os domínios: individual e coletivo. Os momentos que se seguem à experiência de doença crítica e internação em UCI revelam perturbações físicas e psicológicas significativas na família.<sup>16</sup>

As pessoas da família relembram dos momentos iniciais e da experiência continuada de acesso à unidade de internação, a informação, cujo conteúdo era assustador, ou a ausência de informação. Verifica-se que um conjunto de determinantes, para as quais não estão preparados, deixa nas pessoas da

família momentos de grande exaustão física e mental. Perceberam durante os momentos de informação que o que lhes chegava deixava ver a sensibilidade da pessoa, quer o registo fosse mais superficial ou mais detalhado. A sua vulnerabilidade deixava-se ver nas palavras.<sup>17-18</sup> Consideravam essencial a verdade que dava corpo à mensagem e a preocupação em que esta fosse atualizada. A veracidade das respostas encontradas se revela determinante para os membros da família.<sup>19</sup>

As pessoas da família, com quem se conversou, sentiram de um modo muito particular, também, o cuidado colocado na escolha das palavras, do local, do tom de voz, de um conjunto de determinantes que tinham em conta a condição da pessoa que a recebe. Emergia, assim, de um modo muito sublime, a responsabilidade do profissional. Assumindo que só um profissional responsável se permite acautelar a vulnerabilidade daqueles com quem interage. O contributo dos enfermeiros pode ser insubstituível pela proximidade que têm com um número significativo de pessoas, com necessidades e capacidades distintas.<sup>20</sup> Importa que sejam, particularmente, sensíveis e atentos a situações que são por si só geradoras de enorme vulnerabilidade.<sup>13,20</sup>

Constata-se que a família, no acesso repetido e contínuo, acredita passar a ser reconhecida como um “elemento” significativo da pessoa agora internada. Acontecimento que não é confirmado, quando verificam que não é contemplada a sua necessidade de informação ou o cuidado no modo como lhe é transmitido. Assumem que não é considerada a sua existência na vida da pessoa agora doente. Importa, assim, perceber que “qualquer situação de cuidados é em si uma situação antropológica em que os homens e as mulheres são o epicentro, inserido na sua rede de hábitos de vida, de crenças, de recursos afetivos, financeiros, sociais, da forma como reagem”.<sup>20:148</sup> Sabendo-se que, em muitas situações, a pessoa é “feita objeto e desinserida dos laços de significação simbólica que marcam a sua existência”.<sup>20:148</sup> A família deseja que seja considerada a pessoa doente e a família na qual construiu um processo de vida no cotidiano.<sup>4,21</sup>

Percebeu-se que a possibilidade de compreender o que se passa com o seu familiar lhes permitiu se adaptarem e se prepararem para futuros acontecimentos, ainda que muitas vezes superficialmente. Constata-se que o modo como são acolhidos e o modo como lhes foi transmitida a informação lhes permitiu encontrar alguma tranquilidade junto da equipe de cuidados. Neste sentido são elencados como um recurso essencial na transição saúde-

doença experimentada. Os enfermeiros assumem uma posição privilegiada e oportuna no acesso às necessidades físicas e emocionais das pessoas, durante o processo de transição.<sup>1</sup> São muitas vezes referenciados como facilitadores na experiência vivida pela pessoa e família.<sup>1,21</sup>

Verificou-se que as pessoas da família encontraram, então, duas situações distintas, a presença ou ausência de informação, sendo que na presença de informação fez diferença o conteúdo e o modo de transmitir. Percebeu-se que a tentativa de responder às suas necessidades existe, ainda que não seja transversal ao exercício de todos os profissionais, nomeadamente dos enfermeiros. Assume-se como intencionalidade, carecendo de investimento face à sua influência na experiência vivida.<sup>22-23</sup>

Considera-se que a realização de estudos tendo como foco de atenção a experiência vivida, permite a incursões por aspetos determinantes. Se elenca como aspeto central a narrativa ser a da pessoa cliente de cuidados de enfermagem, no estudo realizado a das pessoas da família de pessoa adulta que esteve internada em UCI. Dessa forma, ao contrário de estudos em que apenas se permite analisar o processo, aqui se permite analisar a vivência do processo. Consegue-se deste modo chegar ao significado da vivência, por uma pessoa concreta.

Constatou-se que o significado da experiência emergiu principalmente das expectativas criadas relativamente à resposta encontrada às suas necessidades e à evolução da situação clínica da pessoa doente. Revela o encontro contínuo e continuado da pessoa da família com a equipe de cuidados e de um modo muito próximo com os enfermeiros. Considera-se que os resultados deste estudo ajudarão em contextos semelhantes a uma leitura das intervenções realizadas pelos enfermeiros, no sentido de entender de que modo são facilitadores na vivência da experiência pelas pessoas, nomeadamente como subsidiam o significado atribuído pelas pessoas à experiência.

Crê-se que a realização de estudos em que se contemple a monitorização da competência dos atuais e futuros enfermeiros para responder à necessidade de informação, seria fundamental. Implicaria contemplar um conjunto de saberes e um olhar atento àquilo que são os deveres profissionais, nomeadamente a compreensão da pessoa a viver determinado processo de transição. Está-se de acordo que “uma prática segura e efetiva implica que as atuais enfermeiras compreendam um conjunto amplo de saberes que vão da patologia, fisiologia ao genoma; da farmacologia à bioquímica... assim

como a experiência humana à doença [...] no sentido de defender e transmitir os valores fundamentais da profissão, manter a segurança das pessoas e amenizar o sofrimento humano”<sup>24:1-2</sup>

## CONCLUSÃO

A família descobre face à necessidade de informação, relativamente à pessoa adulta doente internada em UCI, que as respostas encontradas nem sempre correspondem às suas expectativas. Desenvolve, face a esta adversidade, estratégias de intervenção. Percebeu-se que uma das estratégias era estar atento aos profissionais que pela disponibilidade e iniciativa possibilitavam o seu acesso a um conjunto de informação detalhada, concreta e verdadeira. Permitiam-se, deste modo, saber o que esperar e como tal preparar-se preditivamente.

Verifica-se que, progressivamente, as pessoas da família passam a conhecer o contexto e os profissionais. Perceberam que determinados profissionais se preocuparam em responder à sua necessidade de informação e entre estes, alguns, cuidavam do conteúdo da informação e diligenciavam o modo de fazer chegar à família.

Constataram que para além do conteúdo, o modo como era transmitida lhes permitia encontrar algum bem-estar. Perceberam que para além das palavras, o tom de vós, a disponibilidade a iniciativa percebida e encontrada, fizeram a diferença. Assim sendo a linguagem verbal e a não-verbal foram parceiras e determinantes na intervenção dos profissionais.

Num registo de enfermagem avançada, se constata que a resposta, que tem como foco de atenção uma necessidade diagnosticada, só gerará *outcome* quando considerar, para além dessa necessidade, a pessoa que a manifesta ou que a deixa perceber. Considera-se que o que o emissor – profissional – emite e deixa chegar ao receptor – pessoa da família – leva muito de si, nomeadamente o modo como se dispôs à interagir. A sua sensibilidade para a interação – o modo com se deu à interação e o que deixou na interacção – não passou despercebido às pessoas da família. Foi assim que encontraram e perceberam o modo como cada profissional foi ou não facilitador no processo de transição saúde-doença vivido.

## REFERÊNCIAS

1. Meleis A. Theoretical nursing: development and progress. 5th ed. Philadelphia (US): Lippincott Williams; 2012.
2. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010 Out; 26(5):254-61.
3. Sundararajan K, Sullivan T, Chapman M. Determinants of family satisfaction in the intensive care unit. *Anaesth Intensive Care.* 2012 Jan; 40(1):159-65.
4. Fortunatti P. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm.* 2014, 32(2):306-16.
5. ICN. International Classification Nursing Practice Versão 2. Lisboa (PT): Ordem dos enfermeiros; 2011.
6. Blom H, Gustavssona C, Sundler A. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013 Fev; 29(1):1-8.
7. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. Ontario (CA): Althouse Press; 1997.
8. Cypress M. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011 Out; 27(5):273-80.
9. Eriksson T, Bergbom I, Lindahl B. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit - A hermeneutic interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011 Abr; 27(2):60-6.
10. Vieira M. A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro. Tese de Doutoramento em Filosofia. Lisboa (PT): Universidade Nova de Lisboa; 2002.
11. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly L, Chevret S, Adrie C. A Communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007 Fev; 356(5):469-78.
12. Alves E. O cuidador de enfermagem e o cuidar em uma unidade de terapia intensiva. *UNOPAR Cien Ciênc Biol Saúde.* 2013 Abr; 15(2):115-22.
13. Souza T, Barilli S, Azeredo N. Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2014 Jul-Set [acesso 2015 Apr 15]; 23(3):751-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00751.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00751.pdf)
14. Santos E, Sales C. Familiares enlutados: Compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20 (Esp):214-22.
15. Vieira M. Sigilo profissional em enfermagem: perspectiva ética. *Rev Ordem dos Enfermeiros.* 2010 Jun; 34:32-3.
16. Bailey J, Sabbagh M, Loiselle C, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010 Abr; 26(2):114-22.
17. Nelms T, Eggenberger S. The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *J Fam Nurs.* 2010 Nov; 16(4):462-86.

18. Nilsen M, Sereika S, Happ M. Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU. *Heart Lung*. 2013 Jan-Fev; 42(1):5-12.
19. Hinkle J, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011 Ago; 27(4):218-25.
20. Collière M. *Cuidar a primeira arte da vida*. Lisboa (PT): Lusociência; 2003.
21. Mendes A, Bastos F, Paiva A. A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Rev Enferm* Referência. 2010 Dez; III(2):7-16.
22. Di Gangi S, Naretto G, Cravero N, S Livigni. A narrative-based study on communication by family members in intensive care unit. *J Crit Care*. 2013 Ago; 28(4):483-9.
23. Bloomer M, Morphet J, O'Connor M, Lee S, Griffiths D. Nursing care of the family before and after a death in the ICU - An exploratory pilot study. *Austr Crit Care*. 2013 Fev; 26(1):23-8.
24. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses. A call for radical transformation*. San Francisco (US): The carnegie foundation for the advancement of teaching; 2010.

Correspondência: Anabela Pereira Mendes  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Av. Professor Egas Moniz,  
1600-190 Lisboa, Portugal  
E-mail: anabelapmendes@esel.pt

Recebido: 04 de fevereiro de 2015  
Aprovado: 17 de agosto de 2015