



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA SATISFAÇÃO, ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO DO FAMILIAR DO DOENTE EM CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**Diana Monteiro Vilhena**

2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pelo Professor Doutor José H. Barros de Oliveira  
(F.P.C.E.U.P.

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor José H. Barros de Oliveira pela partilha de conhecimentos, observações e críticas que fizeram com que este projecto pudesse crescer e desenvolver-se.

Ao Hospital Pedro Hispano por me ter concedido a possibilidade de realizar o meu estudo nesta instituição, com especial agradecimento à Dra. Cristina Granja, directora do serviço, por desde início se ter mostrado disponível para aceitar o estudo na unidade.

Aos familiares que, amavelmente, sempre se mostraram disponíveis para participar e sem os quais este trabalho não poderia ter sido concretizado.

Aos profissionais de saúde do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital pela prontidão na colaboração, com especial agradecimento às Enfermeiras Cristina Carneiro, Rosa Jacinto e Flávia Carvalho.

À Célia Fernandes, assistente técnica do SMI, pela disponibilidade, orientação e preciosa colaboração na recolha de dados.

Ao Gustavo, pela disponibilidade e paciência para ouvir as minhas dúvidas e incertezas e partilhar os seus conhecimentos.

À minha irmã Susana pelo apoio e amizade.

À minha sobrinha/afilhada, Joana, pelo sorriso nos momentos de maior desânimo.

A todos os meus amigos que de uma ou de outra maneira, com o seu apoio, contribuíram para que este trabalho pudesse ser finalizado. Joana, Liliana, Rita, Sol, Chris, Xika, Né, Faustino, Clara, Pedro ... O que para vocês foi pouco, para mim foi muito importante.

À Luísa Lara pela sua atenção e disponibilidade.

Às minhas colegas de curso e companheiras de reuniões de orientação, Dora, Mariana, Andreia e Joana, pelas partilhas e desabafos.

Ao meu amigo Rui, pela disponibilidade, pelos incentivos e preciosos contributos.

Ao Serafim, pelo apoio, incentivo, compreensão e paciência nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais ... por tudo...

## Resumo

Direccionar a preocupação e atenção para os familiares do doente crítico é uma parte integrante dos cuidados em Unidades de Cuidados Intensivos. Sendo a comunicação um facilitador da interacção entre familiares e profissionais de saúde, torna-se importante elaborar estudos centrados nesta temática.

Assim, o objectivo do presente trabalho é avaliar a importância de uma comunicação eficaz para a satisfação com a assistência e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão dos familiares do doente crítico. Pretende-se desta forma perceber a relação entre a satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão e a influência destas variáveis na compreensão dos familiares sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente.

A amostra consta de 88 familiares significativos do doente internado no serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, com idades compreendidas entre os 24 e os 79 anos ( $M = 47.06$ ,  $DP = 14.57$ ) e de 6 médicos com idades entre os 32 e os 52 anos ( $M = 41.17$ ,  $DP = 7.65$ ). O material utilizado consistiu em três questionários para os familiares: *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)* de Heyland e Tranmer (2001) traduzido e adaptado para a população Portuguesa por uma equipa de profissionais do Hospital de Santo António no Porto (2006); *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* traduzida e validada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, *et al.*, (2007) e um questionário sobre compreensão. O questionário para os médicos foi de verificação da compreensão dos familiares. Todos eles foram aplicados com supervisão do investigador. Foi encontrada uma associação significativa entre satisfação com a assistência e a satisfação com a comunicação, satisfação com a assistência e a ansiedade, satisfação com a comunicação e a ansiedade e a depressão. A única associação que não atingiu significado estatístico foi a associação entre a satisfação geral e a depressão. Verificou-se que estas variáveis influenciam a compreensão da informação por parte dos familiares. Encontrou-se também, como preditor do bem-estar psicológico, a compreensão da informação, e como preditor da satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação.

**Palavras-chave:** cuidados intensivos, família, comunicação, satisfação, compreensão da informação, ansiedade, depressão.

## Abstract

Direct concern and care for family members of critically ill patients in an integral part of Intensive Care. Since communication is a facilitator of interaction between family members and health professionals, it is important to design studies addressing this issue.

Thus, the objective of this study is to assess the importance of effective communication to the satisfaction with the care and decreased levels of anxiety and depression in family members of critically ill patients. The aim is thus to realize the relationship between satisfaction with care, satisfaction with communication, anxiety and depression and the influence of these variables in understanding the family about the diagnosis, prognosis and treatment of the patient.

The sample consists of 88 significant family members of the patient hospitalized in the Intensive Care Unit of *Unidade Local de Saúde de Matosinhos*, aged between 24 and 79 years ( $M = 47.06$ ,  $SD = 14.57$ ) and six physicians aged between 32 and 52 years ( $M = 41.17$ ,  $SD = 7.65$ ). The material used consisted of three questionnaires for the family members: *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)* of Heyland and Tranmer (2001), translated and adapted for the Portuguese population by professional staff in Hospital Santo António in Oporto; *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* translated and validated for the Portuguese population by Pais-Ribeiro, *et al.*, (2007) and a questionnaire about understanding. The questionnaire for doctors was to verify the understanding of the family. All of them were applied under the supervision of the investigator. There was a significant association between satisfaction with care and satisfaction with communication, satisfaction with care and anxiety, satisfaction with communication and anxiety and depression. The association between overall satisfaction and depression was not statistically significant. It was found that these variables influence the understanding of information by family members. It was also found as a predictor of psychological well-being, the understanding of the information, and as a predictor of satisfaction with care, the satisfaction with communication.

**Keywords:** intensive care unit, family, communication, satisfaction, understanding of information, anxiety, depression.

## Résumé

Diriger le souci et l'attention vers les membres de la famille des patients gravement malades est une partie intégrante des soins intensifs. Comme la communication est un facilitateur de l'interaction entre les familles et les professionnels, il est important de préparer des études sur ce thème.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'importance d'une communication efficace pour la satisfaction avec les soins et la diminution des niveaux d'anxiété et de dépression de la famille des patients gravement malades. L'objectif est donc d'analyser les relations entre la satisfaction avec les soins, la satisfaction avec la communication, l'anxiété et la dépression et l'influence de ces variables dans la compréhension de la famille sur le diagnostic, le pronostic et le traitement du patient.

L'échantillon est composé de 88 membres significatifs de la famille des patients gravement malades hospitalisés dans un service de soins intensifs de l'Unité de Santé Locale de Matosinhos, personnes âgées, de 24 à 79 ans ( $M = 47.06$ , écart type = 14.57), et six médecins, personnes âgées de 32 à 52 ans ( $M = 41.17$ , écart type = 7.65). L'évaluation comportait trois questionnaires pour les familles : *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)* de Heyland et Tranmer (2001) traduits et adaptés pour la population Portugaise par les professionnels de santé de l'Hôpital Santo António (2006); *Anxiety and Depression Scale (HADS)*, traduits et validés pour la population Portugaise par Pais-Ribeiro, *et al.*, (2006), et un questionnaire sur la compréhension. Tous les questionnaires ont été appliqués sous la supervision de l'investigateur. Le questionnaire pour les médecins avait pour but la vérification de la compréhension des familles. Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la satisfaction avec les soins et la satisfaction avec la communication, la satisfaction avec les soins et l'anxiété et la satisfaction avec la communication et l'anxiété et la dépression. L'association entre la satisfaction globale et la dépression n'a pas été statistiquement significative. Nous avons constaté l'influence de ces variables dans la compréhension de la famille sur le diagnostic, le pronostic et le traitement du patient. Nous avons trouvé aussi comme prédicteur du bien-être psychologique la compréhension de l'information et comme prédicteur de la satisfaction avec les soins la satisfaction avec la communication.

**Mots-clés** : soins intensifs, famille, communication, satisfaction, compréhension de l'information, anxiété, dépression.

## Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>1ª Parte: Enquadramento Teórico</b>	
<b>1. A Unidade de Cuidados Intensivos .....</b>	<b>3</b>
1.1. O ambiente tecnológico “ameaçador” .....	4
1.2. A doença grave/ intervenções terapêuticas .....	4
<b>2. Os familiares numa UCI.....</b>	<b>5</b>
2.1. A família numa perspectiva sistémica .....	5
2.2. A família e a crise despoletada pela doença aguda: o impacto na família de um internamento em UCI.....	7
2.3. Necessidades dos familiares do doente crítico .....	10
<b>3. A comunicação humana .....</b>	<b>12</b>
3.1. A comunicação nas relações interpessoais.....	12
3.2. Eficácia da comunicação – satisfação com a comunicação e compreensão da informação. ....	15
3.3. Comunicação em saúde: especificidades da comunicação numa UCI.....	18
3.3.1 Importância da comunicação para os familiares do doente crítico .....	20
3.4. Relação entre comunicação e satisfação com a assistência .....	21
3.5. Relação entre comunicação e sintomas de ansiedade e depressão .....	24
<b>2ª Parte: Estudo Empírico</b>	
<b>1. Problemática, objectivos e questões de investigação do estudo .....</b>	<b>28</b>
1.1. Caracterização da Instituição .....	31
<b>2.Método .....</b>	<b>32</b>
2.1. Participantes .....	32
2.2. Instrumentos.....	34
2.2.1. Instrumentos para os familiares .....	34
2.2.2. Instrumentos para os médicos .....	36
2.3. Procedimento .....	36
<b>3. Resultados.....</b>	<b>38</b>

3.1. Análise descritiva das variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade, depressão e compreensão da informação .....	38
3.2. Relação entre as variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão. ....	38
3.3. Análise da diferença entre a “boa” e a “fraca” compreensão da informação com as variáveis: ansiedade, depressão, satisfação com a comunicação e satisfação com a assistência.....	40
3.4. Variáveis que prevêem um nível mais elevado de bem-estar psicológico dos familiares quando consideradas a satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação, a ansiedade e a depressão.....	40
3.5. Variáveis que prevêem um nível mais elevado de satisfação com a assistência dos familiares quando consideradas a satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação, a ansiedade e a depressão. ....	41
<b>4. Discussão .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>48</b>
<b>6. Referências bibliográficas .....</b>	<b>51</b>

## **Anexos**

**Anexo 1 - Pedido de autorização para a realização do estudo**

**Anexo 2 - Questionário para familiares - versão pré-teste**

**Anexo 3 - Questionário sócio-demográfico para familiares**

**Anexo 4 - Satisfaction in the Intensive Care Unit ( FS-ICU)**

**Anexo 5 - Questionário para familiares sobre a informação do diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente**

**Anexo 6 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

**Anexo 7 - Questionário para médicos de verificação da compreensão dos familiares**

**Anexo 8 - Folha de informação para familiares**

**Anexo 9 - Declaração de consentimento para familiares**

**Anexo 10 - Folha de informação para médicos**

**Anexo 11 - Declaração de consentimento para médicos**

## **Índice de Figuras**

Figura 1- Factores associados à satisfação familiar ..... 21

Figura 2- Sintomas no familiar do doente em CI e factores de risco associados.....26

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Caracterização dos familiares segundo as variáveis pessoais: sexo, idade, escolaridade e grau de parentesco. .... 33

Quadro 2 - Associação entre as variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão ..... 39

Quadro 3 - Análise da diferença entre a “boa” e a “fraca” compreensão da informação e as variáveis: ansiedade, depressão, satisfação com a comunicação e satisfação com a assistência ..... 40

Quadro 4 - Variáveis que prevêm um nível mais elevado de bem-estar psicológico quando se analisa a satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação e a “boa compreensão” ..... 41

Quadro 5 - Variáveis que prevêm um nível mais elevado de satisfação com a assistência quando se analisa a satisfação com a comunicação, a “boa compreensão” e o bem-estar psicológico ..... 42

## 1. Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) e as suas características constituem inevitavelmente um foco de *stress* e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, doentes e familiares.

O facto de contactar frequentemente com UCI's e de evidenciar a angústia dos familiares que tentam estabelecer contacto com um profissional de saúde, ao qual nem sempre conseguem aceder, foi o impulsor para o presente trabalho.

Ao deparar com a literatura existente, os estudos que incidem na temática da família em UCI, revelam-se concisos na identificação das necessidades, divulgando pistas importantes para a prática dos profissionais, mas ainda são escassos tendo em conta o papel que os familiares desempenham e a influência de múltiplos factores de *stress* a que estão sujeitos. Em Portugal, um número muito reduzido de estudos coloca o foco da investigação nos familiares. Os estudos identificados, apenas se referem à identificação das necessidades (Silva, 2002) e à avaliação da percepção da família sobre a relação de ajuda proporcionada pelos enfermeiros (Fravica, 2000).

Tendo em conta a panóplia de necessidades e experiências psicossociais às quais os familiares estão sujeitos, é necessário criar práticas para minimizar o impacto do internamento nesta unidade. A comunicação eficaz com os profissionais de saúde pode ajudar as famílias a lidar com as dificuldades inerentes à doença e ao internamento (Azoulay, *et al.*, 2003). É com o objectivo principal de minimizar o *stress* vivenciado pelos familiares, contribuindo para melhorar o seu bem-estar, e paralelamente aumentar os seus níveis de satisfação, que o trabalho que se propõe desenvolver assenta numa das componentes consideradas centrais para que isso aconteça - a comunicação.

Comunicar é “um acto definidor da própria vida, que de tão omnipresente, parece dado como adquirido e de pouco valor” (Nunes, 2000, p.20). Comunicar de forma eficaz pressupõe que a mensagem verbal ou não verbal seja entendida e produza efeito no receptor. Assim sendo, a compreensão da informação e a satisfação com a comunicação são factores importantes para avaliar a qualidade da interacção (Azoulay, *et al.*, 2002). Numa unidade de cuidados intensivos, o doente encontra-se numa situação de risco de vida iminente, completamente dependente de equipamentos sofisticados e profissionais altamente diferenciados, muitas vezes sem conseguir comunicar verbalmente. Esta condição de dependência acentua a importância de estabelecer uma

relação de intercomunicação com os familiares, o que reforça a relevância de uma comunicação eficaz e de um fio condutor permanente ao doente.

Pretende-se com este estudo compreender qual a importância de uma comunicação eficaz para a satisfação com a assistência e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão dos familiares numa UCI. Neste âmbito é necessário analisar a relação entre satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão e a influência destas variáveis na compreensão da informação sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento. O objectivo é contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o bem-estar e as necessidades das famílias durante o internamento dos pacientes em cuidados intensivos.

Este trabalho está estruturado em duas partes centrais. A primeira delas diz respeito ao enquadramento teórico que sustenta a problemática do estudo, onde:

- se contextualiza as unidades de cuidados intensivos de forma a perceber as suas principais características, possibilitando uma melhor compreensão do impacto na família de um internamento numa UCI e as principais necessidades que apresentam;
- se expõe a temática da comunicação, explorando a importância que esta desempenha para os familiares durante todo o período de internamento, relacionando-a com a satisfação e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão.

Na segunda parte, desenvolve-se o trabalho empírico desta tese, onde se inclui a conceptualização e os objectivos do estudo, a metodologia utilizada, a apresentação, análise e discussão dos resultados e as conclusões retiradas do mesmo, fazendo referência a algumas linhas orientadoras para futuras investigações. Por último, constam as referências bibliográficas e os anexos.

## **1ª Parte: Enquadramento Teórico**

---

## 1. A Unidade de Cuidados Intensivos

Uma Unidade de Cuidados Intensivos é uma unidade hospitalar especializada na prestação de cuidados de saúde específicos e contínuos a doentes cujo estado de saúde é crítico e cuja vida possa estar ameaçada. O objectivo de uma UCI é simples, mas os seus procedimentos são bastante complexos, e os doentes aí recebidos são monitorizados continuamente.

O doente admitido é designado de doente crítico, o que por definição, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), significa que “ é um doente que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência dependa de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p. 3). As Unidades de Cuidados Intensivos estão equipadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (i.e., técnico e terapêutico) a este grupo de doentes.

Uma UCI requer uma equipa multidisciplinar que não está só limitada a intensivistas, ou seja, ao médico especialista de uma UCI e enfermeiros, mas que conta também com o apoio de farmacêuticos, nutricionistas e consultores de diferentes especialidades médicas (e.g., cirurgiões, anestesistas, microbiologistas) (Richman, 2000).

Num cenário de rápido progresso no desenvolvimento das técnicas terapêuticas e da capacidade de resposta da medicina face à doença grave, aguda ou agudização da doença crónica, as UCI têm proliferado nos nossos hospitais. Não só unidades de âmbito geral que englobam várias valências, as denominadas UCIP (i.e., Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), como também as unidades mais especializadas no atendimento do doente com problemas específicos, por exemplo, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, Médicos, Queimados, Cirurgia Cardíaca, Neurocríticos, Pediátricas, Pulmonares, Coronárias, Neonatais, Queimados, etc.

As UCI possuem um contexto específico de prestação de cuidados de saúde, diferenciando-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes e seus familiares, porque são potencialmente indutoras de *stress* e interferem no seu bem-estar.

### *1.1. O ambiente tecnológico “ameaçador”*

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. O objectivo, não é descrever minuciosamente todo o equipamento presente numa unidade de cuidados intensivos, nem as suas funções, mas sim evidenciar a diversidade e sofisticação presentes que causam impacto nos familiares. Para além do cenário complexo, os aparelhos produzem “ um ruído de fundo constante com picos sonoros que ocorrem em intervalos irregulares – alarmes” (Bion e Benett, 1999, p. 10).

A intensa sonoridade deve-se ao funcionamento do próprio equipamento, aos alarmes dos monitores e ventiladores, ao rádio, bips 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, enfermeiros e assistentes operacionais), em que há um maior aglomerado de pessoas e de conversas paralelas. O nível sonoro também aumenta em situações de emergência.

O Conselho Internacional de Ruído tem recomendado que o nível de ruído nas UCI's dos hospitais não ultrapasse 45 decibéis (db) durante o dia, 40 db à noite e 20 db durante a madrugada. Tem-se observado que o nível na maioria dos hospitais está entre 50 e 70 db e, em alguns casos, um pouco superior (Bion e Benett, 1999).

O doente e a família, embora parcialmente conhecedores da natureza especial dos cuidados nestas unidades, centram-se frequentemente no aspecto exterior, para além do equipamento, dos aparelhos que apitam, do ambiente ruidoso, também as luzes que acendem e apagam, o ambiente excessivamente iluminado; pessoal atarefado equipado com máscaras, batas, causando tudo isto desconforto e ansiedade.

### *1.2. A doença grave/ intervenções terapêuticas*

Em resposta à gravidade do estado clínico 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 e seus familiares. As intervenções terapêuticas incluem medidas de tratamentos e cuidados básicos bem como monitorização contínua.

A gravidade da situação leva frequentemente à indução do coma, para possibilitar o tratamento, muitas vezes prolongado, das diversas disfunções de órgãos provocadas pelo agente da doença, o que acarreta danos colaterais a curto/médio prazo, entre eles a

atrofia e distonia muscular acentuada (i.e., Polineuropatia dos Cuidados Intensivos), podendo levar, entre outras complicações (e.g., estado confusional, delírio, *stress* pós-traumático), a uma perda da capacidade para o auto-cuidado e satisfação das necessidades.

Ao caracterizar as UCI's, múltiplos aspectos emergem, para além da doença em si, razão primeira do internamento. Nesta perspectiva, não se pode isolar a experiência unicamente na sua componente biológica. Estar ou sentir-se doente é um todo, que engloba não só a componente física, mas também, a psicológica, encadeando aspectos objectivos e subjectivos. Entrelaça-se numa rede de comportamentos, avaliações cognitivas, afectivas e simbólicas, que tornam a experiência única para cada indivíduo, embora largamente marcada por aspectos relacionais e sócio-culturais. O sofrimento é extensivo à família, por ver os seus entes queridos nesta situação e não poder actuar para minimizar os danos.

## **2. Os familiares numa UCI**

Considerando aspectos de ordem psicológica, sociológica, cultural, económica, religiosa e política, encara-se a família como uma realidade complexa. No entanto, por mais complexa que seja e por mais diferenças que se encontre na civilização e cultura de um povo, nenhum deixa de possuir uma identidade familiar.

A família, a vida da família, a forma como se organiza/ estrutura e evolui são aspectos que constituem uma introdução breve mas necessária, para se abordar, de seguida, o impacto da doença aguda e consequente internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos como um acontecimento significativo, desencadeador de uma crise familiar, de experiências psicossociais diversas e múltiplas necessidades. É a estas vivências e necessidades apresentadas, que os profissionais de saúde têm de prestar atenção quando desenvolvem o seu plano de cuidados numa UCI.

### *2.1. A família numa perspectiva sistémica*

Existem várias definições de família. Adolphi (1981, p.19) define família como “um sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais”. Sampaio e Gameiro (1985; *in* Alarcão, 2002, p.2) concretizam esta definição quando a definem como “ um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu

equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

Contudo, o que se torna mais importante destacar é a importância de ver a família como um todo, um sistema social aberto e auto-organizado que se encontra em constante interação, sofrendo influências e influenciando, como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento, constituída por elementos com relações entre si, e em relação constante com o exterior, mantendo um equilíbrio ao longo do seu processo de desenvolvimento percorrido por etapas mais ou menos definidas de evolução diversificada, o que a torna única.

No contexto de Cuidados Intensivos (CI), implicado neste estudo, entende-se a família como um grupo de pessoas com relações familiares, sociais ou emocionais muito próximas ao doente. Isto pode incluir laços de sangue, parentes próximos, mas também outras pessoas com uma relação próxima ao doente (Rothen, Stricker, Heyland, 2010). Na perspectiva de Relvas (2000) múltiplas noções, contradições e paradoxos têm caracterizado as tentativas de definição exclusiva e definitiva de família. Realça que a constituição da família não depende exclusivamente de laços de consanguinidade, mas também e sobretudo das ligações afectivas que se estabelecem entre os seus elementos, tal como se constata também pelos autores acima citados.

Convém realçar uma outra característica da família, enquanto sistema, e que assenta na sua capacidade de auto-organização. Conforme Relvas (1996, p. 10), “a família possui um dinamismo próprio que lhe confere para além da sua individualidade, a sua autonomia”. Quer isto dizer que a família no seu funcionamento integra as influências externas, mas não está dependente delas; não é simplesmente reactiva às pressões do meio, pois está também sujeita a forças internas, possuindo uma capacidade auto-organizativa que lhe dá coerência e consistência neste jogo de equilíbrios dinâmicos.

Para além da organização/ estruturação que a família vai construindo neste eixo relacional, é necessário concebê-la como um sistema que evolui no eixo do tempo, complexificando-se, o que nos introduz na noção de ciclo vital. Ao longo do eixo, supõe-se que a família realiza funções inerentes ao seu próprio desenvolvimento: umas que asseguram a protecção dos seus membros (i.e., função interna) e outras que permitem a sua socialização, adequação e transmissão da cultura (i.e., função externa). Assim, a família terá que resolver com sucesso duas tarefas, também elas básicas: a

criação de um sentimento de pertença no grupo e a individuação/ autonomização dos seus elementos (Relvas, 1996).

Uma outra dimensão que se inclui neste breve quadro de referências é a noção do seu funcionamento dinâmico. Ao longo da sua existência, a família tem necessidade de evoluir, de se transformar, de mudar, perante as vicissitudes da vida. Esses movimentos são fundamentalmente de dois tipos: ou são pequenas flutuações operadas até certos limites que permitem ao sistema permanecer mais ou menos estabilizado – mudança 1 (segundo a terminologia da Escola de Palo Alto), ou se trata de mudanças globais e qualitativas do sistema que fazem emergir um novo padrão funcional organizado – mudança 2, o que acontece perante um internamento de um membro da família.

## *2.2. A família e a crise despoletada pela doença aguda: o impacto na família de um internamento em UCI.*

O modelo biomédico tradicional encarava a doença apenas no seu aspecto físico, “A medicina preocupava-se com as deficiências do corpo físico; os pensamentos, as emoções e outros fenómenos efémeros eram, tanto literais como metaforicamente, pouco importantes” (Martin, 1997/2001, p. 253). Actualmente debate-se o papel dos factores psicológicos e emocionais na doença, que segundo o autor é o reacender de um debate filosófico antigo e mais vasto, o problema mente - corpo. A doença acontece numa pessoa, que não é só corpo ou só mente, é um todo: é biológico, social e é cultural.

Assim sendo, a doença nunca é um acontecimento isolado na vida. As famílias reagem de diferentes maneiras quando um dos seus membros adoecer, sendo que estas reacções dependem sobretudo da natureza da doença e do papel que o membro da família desempenha na estrutura familiar. Segundo Potter e Perry (1997), as doenças de curta duração e sem risco de vida provocam poucas alterações de comportamento. Já as doenças graves, particularmente aquelas que implicam risco de vida, podem provocar alterações emocionais e do comportamento, tais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento.

Face a uma situação de doença em que a família não encontra recursos que permitam superar as exigências desencadeia-se uma potencial crise, isto é, uma situação que surge no indivíduo de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas

habituais são insuficientes e inadequadas, exigindo alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais definidos (Pais-Ribeiro, 1995; *in* Fravica, 2002).

Ao longo do ciclo vital, ou seja, a trajectória típica da maioria das famílias, é normativo, tendo em conta o seu funcionamento dinâmico, que determinados acontecimentos (e.g., nascimento dos filhos, adolescência) desencadeiem um reajustamento do sistema familiar e por isso seja considerado uma crise. No entanto, para além destas crises esperadas e previsíveis, existem outros tipos (e. g., doença no seio familiar), que ocorrem de forma inesperada e por isso assumem, normalmente um carácter mais dramático. Seja qual for o tipo de crise, a família desempenha um papel importante na redução ou gestão do *stress*, ou seja, na adaptação satisfatória e reabilitação saudável ao acontecimento.

A doença e consequente hospitalização é destabilizadora por si só, mas quando o contexto é uma UCI, implica o confronto com um ambiente altamente complexo, do ponto de vista tecnológico, associado a uma imagem de gravidade e de fim de vida. A incapacidade de agir e participar nos cuidados exacerba-se, porque muitos profissionais de saúde, ao dirigirem as suas energias para o cuidado com o doente, descumrem um pouco as necessidades da família (Titler, Cohen e Craft, 1991).

Para além da alteração nas relações e nos papéis, exigindo uma reorganização da vida familiar, profissional e social, o internamento de um familiar na UCI despoleta sentimentos de tristeza, desânimo, impotência e solidão, desencadeados pela separação, pela gravidade da situação e pela incapacidade de controlo.

Pochard, *et al.*, (2005) num estudo que englobou 78 UCI's em França, concluiu que mais de 2/3 dos familiares do doente internado em CI desenvolvem sintomas de ansiedade ou depressão durante os primeiros 30 dias de hospitalização. De referir também que, na sequência do mesmo estudo, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão mantém-se elevada no fim da estadia em CI, quer na alta do doente, quer na iminência de fim de vida.

A ansiedade e a depressão são, portanto, problemas significativos para as famílias do doente crítico. Num estudo anterior, Pochard, *et al.*, (2001), sobre a prevalência deste tipo de sintomas mostrou que aproximadamente 70% dos elementos familiares, enquanto o paciente permanece na UCI, experienciam ansiedade de forma significativa e cerca de 35% dos elementos familiares exibem sintomas depressivos.

Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk (1992; *in* Mendonca, Warren, 1998), correlacionaram-nas e concluíram que 32% dos familiares manifestam ansiedade

associada a depressão. A ansiedade nos familiares de pacientes da UCI está fortemente associada ao *stress*, à desorganização, ao desamparo, e à incerteza do resultado da estadia nos cuidados intensivos.

A vivência dos familiares numa UCI pode ser um acontecimento potencialmente traumático. Estudos indicam que após 90 dias sobre a alta ou morte do doente, 1/3 dos familiares sofrem de Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PTSD) (Azoulay, *et al.*, 2005). Nestes casos, todos os sintomas referidos anteriormente prolongam-se no tempo. Este carácter evolutivo, que contribui para que determinadas pessoas desenvolvam patologia, está associado a certos factores de risco.

Entre alguns desses factores encontram-se os sintomas de ansiedade e depressão e a percepção dos familiares de receberem informação contraditória por parte dos profissionais de saúde (Azoulay, *et al.*, 2005).

As intervenções de enfermeiros, como referem Atkinson e Murray (1985; *in* Fravica, 2002), extensivas a toda a equipa, devem orientar-se em consonância com determinadas metas, convergindo para que:

- a família continue a cumprir as suas funções como uma unidade, cumprindo estas tarefas compatíveis com o seu estágio de desenvolvimento dentro do ciclo de vida;
- a comunicação entre os seus membros seja estimulada pelos profissionais, sendo encorajada a partilha de sentimentos;
- os valores culturais e as crenças sejam apoiados pelos profissionais;
- os familiares sejam encorajados, sempre que possível e desejado, no sentido de participarem nos cuidados do doente em parceria com os enfermeiros.

É importante que os profissionais de saúde, conjuntamente com os familiares, analisem a situação presente e o impacto que esta tem para eles, a fim de num esforço conjunto identificarem as necessidades manifestadas, os recursos e potencialidades necessárias para integrar esta vivência de uma forma harmoniosa e em equilíbrio, reduzindo os seus efeitos nefastos. Como refere Leske (1986; *in* Fravica, 2002) “a ajuda aos familiares no sentido de lidar com a crise desencadeada pela doença crítica, influencia a recuperação do doente e a integridade da família”.

### 2.3. *Necessidades dos familiares do doente crítico*

Vários estudos, cuja análise incidia sobre a problemática das famílias dos doentes internados em CI demonstram claramente que estas famílias apresentam múltiplas necessidades.

No âmbito de um estudo pioneiro efectuado por Molter (1979), assim como estudos mais recentes realizados por Silva (2002) e Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007), foram identificadas várias necessidades, que os familiares gostariam de ver atendidas, divididas em 6 categorias:

- Informação - revela a necessidade que a família tem de ser informada sobre a situação e evolução clínica do estado do doente, com explicações compreensíveis e linguagem acessível;
  - Visitas - incide sobre a necessidade de haver flexibilidade do horário, sobre a frequência e a permanência de um familiar para que em parceria com a equipa possam cuidar do doente;
  - Aspectos psicológicos significativos para a família - nesta categoria foram identificados os sentimentos de esperança e a necessidade de conhecerem os elementos que cuidam do doente, inculcando-lhes a segurança de que os melhores cuidados estão a ser prestados;
  - Apoio dos serviços institucionais - os familiares referem nesta categoria a importância de receberem apoio do hospital, nomeadamente dos serviços religiosos;
  - Sistema de apoio pessoal - enfatizam que esta necessidade poderá ser colmatada com o apoio recebido de um familiar, profissional ou amigo que os acompanhe durante o período de permanência no hospital e durante a visita ao familiar internado;
  - Ambiente - esta última categoria focaliza a necessidade de permanecerem numa sala de espera contígua à sala onde o doente permanece e à existência no hospital de um local próprio onde possam estar sós sempre que necessitem.
- Molter (1979), num estudo descritivo efectuado sobre as necessidades manifestadas pelos familiares do doente internado em Cuidados Intensivos, realizado no Medical Center do Texas, conclui que de quarenta e cinco necessidades manifestadas, quatro delas foram mais referenciadas pela seguinte ordem:

- necessidade de falarem com o médico uma vez por dia;
- necessidade de serem informados dos serviços religiosos;
- necessidade de um lugar para permanecerem sós no hospital;
- necessidade de ajuda relativamente aos problemas financeiros provocados pelo internamento.

Após uma revisão da literatura, que compreende estudos de 1980 a 2005, por uma equipa multidisciplinar de peritos na prática de cuidados intensivos da *American College of Critical Care Medicine* (ACCM) e da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), com o intuito de identificar as necessidades dos familiares de forma a ser possível desenvolver práticas clínicas de apoio nas UCI pediátricas, neo-natais e de adultos, foram apontadas 43 recomendações e *guidelines* para os profissionais de saúde (Judy, *et al.*, 2007). Estas recomendações incluem, mas não estão limitadas a: fortalecimento de um modelo de tomada de decisão partilhada; conferências precoces e repetidas sobre cuidados para reduzir o *stress* familiar e melhorar a consistência da comunicação; honrar pedidos culturais apropriados acerca da comunicação da verdade ou da recusa informada; apoio espiritual; educação do staff e *debriefing* para minimizar os impactos da interacção com a família na saúde do staff; presença da família nas rondas e na reanimação; visitas abertas e flexíveis; formas de sinalização perceptíveis; e apoio familiar antes, durante e após a morte do doente.

Assim sendo, a informação quotidiana é vista pelos familiares como a necessidade mais importante. Todavia, este aspecto é apontado como o mais deficitário, por causas organizacionais, de gestão e funcionamento, falta de recursos, comunicação deficiente, quer interna e/ou externa, inexperiência dos elementos da equipa de saúde ou, simplesmente, o não reconhecimento pelos profissionais de saúde desta necessidade como um problema. O assunto será abordado de seguida, introduzindo o tema da comunicação, percebendo o seu processo e a sua importância nas relações interpessoais, com o intuito de depois reflectir sobre a sua importância e as especificidades numa unidade de cuidados intensivos.

### 3. A comunicação humana

#### 3.1. A comunicação nas relações interpessoais

O termo “comunicação” é utilizado desde há muitos anos; no entanto, foi nos meados do século XX que diversas áreas lhe conferiram a importância devida. As práticas de comunicação sempre existiram, uma vez que o homem ao longo dos tempos sempre teve o engenho de ultrapassar as barreiras e tornar comum a comunicação (Breton, 1992). Estas práticas segundo o mesmo autor podem ser consideradas contemporâneas na Humanidade.

A comunicação é uma actividade humana básica. Como refere Watzlawick, Beavin e Jackson (1967/2007) comunicar é uma condição da vida humana e da ordem social. É o elemento básico da vida social a partir do qual se constituem e legitimam as relações interpessoais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais. Deste modo, a comunicação nas suas várias vertentes – intrapessoal, interpessoal, institucional, sócio-antropológica e dos meios de comunicação social – é fulcral para a compreensão das práticas dos profissionais de saúde e para o desempenho com qualidade. O desenvolvimento de competências comunicacionais está hoje em dia amplamente reconhecido como um objectivo essencial da prática e da formação em saúde.

A comunicação é um processo interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. Podemos considerá-la como um acto de partilha e que, se for eficaz, vai produzir sempre mudanças. Não se fica simplesmente pelo conteúdo, mas transmite também sentimentos e emoções. Por muito que nos esforcemos é impossível não comunicar “actividade ou inactividade, palavras ou silêncios, tudo possui um valor de mensagem” (Watzlawick, *et al.*, 1967/2007, p. 20). Não podemos, portanto dizer, que a comunicação só acontece quando é intencional, consciente, ou bem sucedida, isto é, quando ocorre uma compreensão mútua. Assim a impossibilidade de não comunicar faz com que todas as situações entre duas ou mais pessoas sejam comunicativas e interpessoais.

Deste modo, quando interagem, as pessoas comunicam entre si trocando informações, o que pressupõe um emissor e um receptor, provocando neste último modificações que, por sua vez vão influenciar e condicionar o emissor. Assim, quando comunicamos, não só trocamos informação, como também determinamos

comportamentos e atitudes. A este propósito, Littlejohn (1982, p.52) afirma: “a comunicação é um processo interdependente, os comunicadores afectam-se mútua e simultaneamente”, este processo que implica um sistema demasiado complexo, em que não se deve perder de vista o seu objectivo, o de tentar “... que o destinatário, o receptor, descodifique, entenda e assimile a intenção codificada, sob a forma de mensagem transmitida pelo emissor que atinge o receptor” ( Littlejohn, 1982, p.52).

A comunicação não é um processo simples e linear, pelo contrário, é um processo complexo que envolve vários sistemas de comunicação que interagem entre si na codificação das mensagens e que vão determinar uma multiplicidade de funções. O conhecimento destes elementos e funções é imprescindível à compreensão de toda a riqueza dos processos comunicacionais. Bitti e Zani (1997) procuraram apresentar uma classificação destas funções, que fosse o mais completo possível e que não se centrasse apenas nas funções da linguagem. Para este fim, conjugaram a classificação proposta por Scherer (1980), quanto às funções dos signos não-verbais, e a Fraser (1978), quanto aos tipos de comunicação, e ajustaram-nas e combinaram-nas com outras categorias que consideraram oportunas, do que resultou o seguinte esquema de funções:

- Função referencial: é a função principal da comunicação e diz respeito à troca de informações sobre determinado assunto, objecto ou acontecimento.
- Função interpessoal (ou expressiva): diz respeito ao que é comunicado no plano interpessoal; quando trocamos uma informação estabelecemos sempre uma relação entre o emissor e o receptor, portanto, as informações trocadas não são apenas representações explícitas do conteúdo semântico, mas também da relação existente entre os participantes (i.e., *status* social, poder, amor, hostilidade, afectividade);
- Função de auto e hetero-regulação (ou de verificação): esta função também denominada de instrumental ou de regulação é orientada para a concretização de determinado (s) objecto (s). Para os atingir existem as seguintes possibilidades a nível linguístico: a forma mais directa, expressa como “pedido” ou como “ordem” e a forma mais indirecta, quando se associam à acção formas verbais como “convém”, “ seria preciso”, ou “ é necessário”;
- Função de coordenação das sequências interactivas: permite estabelecer o início e manutenção da interacção; neste âmbito, a comunicação não verbal desempenha um papel fundamental, pois permite a “ segmentação” do fluxo do discurso e a “sincronização” das intervenções dos participantes;

- Função de metacomunicação: diz respeito à comunicação sobre a comunicação através do aspecto relacional, o que implica ter a noção de que o comportamento do próprio pode ser diferente do dos outros e evidenciar os aspectos relacionais inerentes às trocas comunicativas; a comunicação não verbal assume aqui também um lugar de destaque. A propósito desta função, Watzlawick, *et al.*, (1967/2007, p.49), afirmam que “a capacidade de comunicar de maneira adequada, não só é *conditio sine qua non* da comunicação bem sucedida, mas está também ligada ao grande problema da consciência do eu e dos outros”.

Analisadas as várias funções da comunicação, convém referir que todo o acontecimento comunicacional pode desempenhar em simultâneo mais de uma função, pelo que a sua compreensão implica uma análise plurifuncional.

Salomé e Potier (2000, p. 44) descrevem a comunicação como sendo a tentativa de criar “um laço de reciprocidade” entre duas pessoas. Mas 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. Estas diferenças são ainda mais importantes, quando se trata de um enfermeiro ou médico e de uma pessoa cuidada. A frequente diferença de idades, a distância que é criada por uma educação muitas vezes diferente e o jargão profissional utilizado afastam-nos com frequência.

Comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as palavras suscitam em nós. Como escreve Portellance (1994, p.2) “comunicar, é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio”.

No fenómeno comunicacional, nada pode ser considerado de maneira isolada, cada ser existe em interacção com os outros, num determinado contexto e numa dada cultura. Cada interlocutor interpreta o mundo com a sua própria visão, e por selecção e reagrupamento modula, dá sentido, cria de alguma forma a informação à medida que transmite. Não é portanto surpreendente que haja dificuldades de comunicação (Phaneuf, 1998).

A comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde é produzida, constituindo um sistema comunicacional único. Assim, quando as pessoas interagem

entre si, a comunicação entre elas não passa só pelas palavras, mas também pelas mensagens não verbais, de natureza diversa, que as acompanham.

A mensagem é o resultado do processo de comunicação. O que se pretende com uma mensagem verbal ou não verbal é que esta seja eficaz, ou seja, a mensagem deve conter todos os elementos necessários para alcançar o efeito pretendido. A eficácia da mensagem não depende só da intenção do emissor, mas sobretudo da interpretação do receptor, pois tal como nos diz Donnelly, *et al.*, (1999; *cit in* Nunes, 2000, p.30), “a comunicação eficaz funciona em função do receptor e não do meio utilizado”.

### *3.2. Eficácia da comunicação – satisfação com a comunicação e compreensão da informação.*

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

A propósito da problemática da transmissão e aquisição de informação, Pio Abreu (1997) salienta que adquirir informação é dispor dela em permanência. Neste sentido, Reis e Rodrigues acrescenta que “... se o acto informativo não produzir qualquer efeito no destinatário essa informação perde-se.”

No sentido de avaliar a eficácia da comunicação entre profissionais de saúde e familiares numa unidade de cuidados intensivos, a compreensão e a satisfação face à informação transmitida são critérios relevantes. (Azoulay, *et al.*, 2002)

Assim sendo, um estudo Francês com duração de cinco meses numa UCI, sobre a compreensão da informação prestada aos familiares revelou que em 102 famílias, 54% não perceberam a informação recebida por parte dos médicos, 20% não perceberam o diagnóstico, 43% o prognóstico e 40% o tratamento (Azoulay, *et al.*, 2000). A fraca compreensão pode reflectir uma incapacidade de perceber, de reproduzir a informação recebida e, até certa medida, compreendida, ou uma falha em receber informação. São múltiplos os factores que podem estar associados a uma fraca compreensão, é necessário avaliá-los de forma a melhorar estratégias de comunicação.

As combinações de variáveis que podem influenciar a compreensão associam-se tanto a características do paciente, como do familiar e da sua experiência em CI, das

estratégias encontradas para lidar com o *stress*, ou então, com características do profissional de saúde. No referido estudo, era mais provável a fraca compreensão por parte de representantes de pacientes jovens ou desempregados, bem como os encaminhados para a UCI pelos serviços de hematologia ou oncologia devido a falha respiratória aguda ou coma, os quais apresentam um risco de morte superior a 40% num hospital. Os representantes que provinham de descendência estrangeira e/ou não falavam a língua materna, não tinham experiência pessoal em UCI, não apresentavam nenhum familiar no ramo da saúde e não eram o cônjuge do paciente, também demonstravam fraca compreensão.

Tendo em conta as características dos familiares, a compreensão era mais fraca nos representantes que faziam questões e naqueles que comunicavam com os pacientes utilizando uma combinação dos contactos visual, verbal e físico. Uma duração de menos de 10 minutos da primeira entrevista e a não obtenção do folheto informativo da família eram, também, factores associados com a fraca compreensão.

A necessidade dos familiares de manter a esperança pode levá-los a concentrar-se apenas nas informações positivas e a distorcer as negativas. A sobrecarga de informação, ou informações inconsistentes e divulgadas por vários profissionais cria obstáculos à compreensão. Para além disso, a tendência do familiar para se centrar em algum aspecto particular da especificidade tecnológica de uma UCI também é um obstáculo à compreensão (Jacob, 1998; Kirchhoff, *et al.*, 2004).

A transmissão de informação é um processo contínuo que idealmente deve começar na primeira visita dos familiares à UCI (Curtis, 2004). Acontece com muita frequência, que o processo da doença ou do tratamento são extremamente complexos e variam, rapidamente, com o passar do tempo. Assim, os profissionais de saúde devem conduzir a família a aceitar que há falhas na compreensão que têm do diagnóstico, da informação crucial ou do prognóstico do paciente.

Ao nível da satisfação com a comunicação, a tendência dos resultados aponta para a satisfação por parte da maioria dos familiares, sendo que, apesar disso, algumas lacunas nesta temática continuam a ser referenciadas pelos mesmos como aspectos a ter em conta num processo de melhoria (Fumis, Nishimoto, Deheinzelin, 2008; Heyland, *et al.*, 2002; LeClaire, Oakes, Weinert, 2005).

Num estudo prospectivo multicêntrico, realizado a 164 famílias, os resultados mostraram que a maior parte das famílias estava satisfeita com a informação que lhes era transmitida. A nível geral, a informação dada pela equipa da UCI foi considerada

satisfatória (clara ou completa) por 85.5% dos familiares, assim como a informação fornecida pelos médicos, em 83.5% dos casos. Relativamente à informação que concerne o diagnóstico, 87.5% das famílias consideraram-na clara ou completa, no entanto, 20% dos familiares afirmaram que receberam informação insuficiente ou não muito clara sobre as causas da doença. Quanto à atitude do médico, as famílias estavam mais satisfeitas quando tinham uma postura aberta, imparcial, competente, e nem precipitada, nem demasiado directa. (Fumis, *et al.*, 2008). Ainda no mesmo estudo, constatou-se que quando a informação acerca das causas e das consequências da doença foi tida, para os familiares, como mais completa, a satisfação era maior. A insatisfação com a informação relativa às consequências da doença foi expressa por 26%, e este item, quando insuficiente, foi determinante para a insatisfação.

No mesmo sentido, e num outro estudo prospectivo multicêntrico longitudinal, os familiares embora demonstrassem estar satisfeitos com a comunicação, 19% dos mesmos apontavam como falha o facto de não terem recebido informação sobre o prognóstico (LeClaire, *et al.*, 2005).

Em entrevistas com os familiares, Kirchhoff, *et al.*, (2004) constataram que existiam algumas questões relacionadas com a qualidade e *timing* da comunicação, com o saber quando o médico estaria presente, ou sobre qual dos médicos é que assistia o doente que causava algum desconforto nas famílias. Os familiares apontavam a pouca disponibilidade dos médicos e o pouco tempo dispendido para a conversa sobre o tratamento planeado e o prognóstico como os aspectos menos satisfatórios. Numa recente revisão da literatura, Rothen, *et al.*, (2010) afirmam que a comunicação entre médicos e enfermeiros e os membros da família continua a ser um tópico chave em CI, onde ainda existem muitas oportunidades para melhorar. Estas incluem não só, o estilo de comunicação, o *timing* e a linguagem acessível, mas também frequentes avaliações por parte dos profissionais, com vista a perceber se a informação foi compreendida.

Tendo em conta os níveis elevados de satisfação com a comunicação e os também elevados níveis de incompreensão, coloca-se a hipótese de a compreensão das famílias sobre a condição dos pacientes da UCI poder não se correlacionar, seguramente, com a satisfação da família, sendo, por isso, necessária uma avaliação específica (Azoulay, *et al.*, 2000). Num estudo, em 34 UCI's Francesas, cujo objectivo era perceber a influência de um folheto informativo sobre a UCI na compreensão e satisfação dos familiares, constatou-se que estas duas variáveis se encontram correlacionadas, sendo que, quanto melhor for a compreensão da informação prestada pelos médicos sobre diagnóstico,

prognóstico e tratamento, melhor será o grau de satisfação da família (Azoulay, *et al.*, 2002).

As intervenções para a melhoria da comunicação justificam-se e têm variado. As reuniões entre familiares e membros da equipa da UCI têm sido recomendadas como uma forma de melhorar a comunicação (Curtis, *et al.*, 2001). Curtis, *et al.*, (2002) gravou via áudio 50 dessas reuniões para analisar o conteúdo do processo comunicacional e o estilo e apoio dado às famílias, enquanto ouviam “más notícias” sobre o familiar. A escuta activa e o reconhecimento da complexidade e dificuldade da situação foram competências úteis para o médico. Prendergast e Puntillo (2002; *in* Kirchhoff, 2004) apontaram como estratégias importantes uma informação prognóstica e clínica em devido tempo, e um apoio psicossocial contínuo para o paciente e para a família. De modo a melhorar a comunicação, Burns, *et al.*, (2003; *in* Kirchhoff, 2004) desenvolveram uma intervenção efectuada por um assistente social para famílias em elevado risco de conflito de deliberação, porém, teve um impacto na prestação de cuidados, mas não na satisfação.

Reconhece-se hoje em dia que, apesar de ser uma tarefa difícil e complexa, o fornecimento de informação reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para os familiares aceitarem a doença, lidarem com a situação, participarem na tomada de decisão e se envolverem no processo de tratar/ cuidar. Tudo isto contribui para a aquisição de controlo sobre a situação, para uma adaptação positiva, conferindo autonomia e um sentimento de bem-estar no doente, apesar da realidade da situação.

### *3.3. Comunicação em saúde: especificidades da comunicação numa UCI*

A comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de saúde. Com efeito, esta relação não se pode desenvolver senão a partir de trocas calorosas e eficazes entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada, o que confere uma importância capital ao conhecimento de alguns princípios de comunicação (Phaneuf, 1998).

Assim sendo, a comunicação em saúde pode definir-se, segundo Teixeira (1996, p.135) como “o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.”

Esta definição pode aplicar-se não só à promoção da saúde, mas a todas as áreas da saúde nas quais a comunicação é importante, e tem relevância em contextos muito diferentes, como por exemplo na relação entre os profissionais de saúde, ou seja, entre a equipa multidisciplinar, na relação entre profissionais de saúde e os utentes/ familiares dos serviços de saúde, bem como na formação dos profissionais, com o objectivo último de melhorar a qualidade de cuidados prestada.

A comunicação eficaz é um elemento essencial à vida humana e como tal, enquadrado numa circunstância de doença crítica com risco iminente de vida, como no caso de um internamento numa unidade de cuidados intensivos, ela pode contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do paciente e dos seus familiares (Gonçalves, 2008), extensível também ao bem-estar dos profissionais de saúde.

Numa UCI, o doente de alto risco está dependente de equipamentos sofisticados e profissionais de saúde altamente diferenciados. Esta dependência revela condições tão críticas, que muitos pacientes não são capazes de entender o seu prognóstico, diagnóstico ou o tratamento; de traçar conclusões através do pensamento lógico (Cohen, McCue e Green, 1993); ou de comunicar os seus desejos acerca do seu próprio tratamento (Azoulay, Charles e Sprung, 2004). Uma vez que os profissionais de saúde não podem estabelecer uma relação de comunicação bem sucedida inerente à condição do paciente no momento, é natural que se dirijam e estabeleçam uma relação de intercomunicação com os familiares deste, o que reforça a importância de uma comunicação eficaz e de um fio condutor permanente ao doente.

A comunicação do diagnóstico, prognóstico e do tipo de tratamentos a recorrer deve ser altamente cuidada, sendo este o primeiro nível de envolvimento da família na UCI. O segundo nível consiste em questionar os familiares para falarem pelo paciente; o seu papel é ajudar os profissionais de saúde a providenciar o tipo de cuidados que o paciente escolheria, se estivesse capaz de exprimir os seus desejos. Este nível de envolvimento implica revelar informação crucial que deixe os familiares conscientes sobre o papel fundamental que irão desempenhar numa situação de extrema sensibilidade (Azoulay, *et al.*, 2004; Judy, *et al.*, 2007)

Existem muitas culturas, onde a autonomia do paciente é, em teoria, a regra, sendo o envolvimento das famílias nas tomadas de decisão médicas extremamente frequente (Judy, *et al.*, 2007). Em Portugal, as decisões acerca dos pacientes das UCI são tomadas pelos médicos, no entanto, cada vez mais, se tem tentado incluir a participação dos familiares em todo o processo de prestação de cuidados ao doente. Neste sentido, é

crucial que os familiares estejam conscientes do estado clínico e das alternativas existentes, pois se não compreenderem a situação em que o doente se encontra, não serão capazes de interagir de forma apropriada com os profissionais de saúde, e, conseqüentemente, os membros da família não poderão defender os melhores interesses do paciente.

### *3.3.1 Importância da comunicação para os familiares do doente crítico*

Abordando o processo comunicativo em Cuidados Intensivos, tendo como emissor o profissional de saúde e como receptor a família, para além das informações cruciais do diagnóstico, prognóstico e do tipo de tratamentos adoptados para a sua recuperação, são de suma importância os esclarecimentos e orientações para os familiares sobre as rotinas do serviço, os horários para informações sobre a evolução do doente, bem como a explicação da função dos aparelhos que constam deste tipo de unidade. Quando bem orientados, os familiares incentivam o doente e auxiliam-no na recuperação. Pois como vimos, a família constitui o grupo social mais importante do indivíduo, sendo uma das suas funções auxiliar na estabilidade emocional dos seus membros.

A informação que é transmitida na admissão e durante todo o internamento procura ser verdadeira e fluida, de acordo com o nível de conhecimento/ desejo de informação dos familiares, para que se estabeleça desde logo um ambiente de confiança e segurança necessários para que exista tranquilidade e apoio ao longo de todas as fases de adaptação da família às várias situações clínicas com que se depara durante o internamento (Azoulay e Pochard, 2003; Moreau, *et al.*, 2004). Devendo o acto de informar ser baseado no interesse e no desejo expresso pelos familiares, o profissional tem de estar atento às necessidades manifestadas por estes. Deve ouvir o familiar e procurar transmitir a verdade, respondendo às suas questões de forma adequada, numa base de honestidade, de modo a responder apenas àquilo que o familiar quer saber, subtraindo aquilo que o familiar não está preparado para ouvir, evitando infantilizar e banalizar o momento. A ausência de informação e o silêncio em redor dos familiares é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os seus receios face a um diagnóstico que presente, mas que não é transmitido verbalmente.

Os familiares não podem interagir adequadamente com os cuidadores, se não compreenderem a informação que lhes é transmitida (Azoulay, *et al.*, 2000). É

necessário que entendam a natureza da doença, o risco de morte, para ajustar as suas esperanças e enfrentar da melhor forma a crise na qual se encontram.

Uma informação honesta e em tempo útil, encontra-se entre as principais preocupações dos familiares, melhora a satisfação da família (Abott, Sago, Breen, Abernethy, Tulsky, 2001; Azoulay, *et al.*, 2003; Fumis, *et al.*, 2008; Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002; Keenan, *et al.*, 2000; Malacrida, *et al.*, 1998; McDonagh, *et al.*, 2004) e contribui para a diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva (McAdam, Puntillo, 2009; Pochard, *et al.*, 2001; Pochard, *et al.*, 2005).

### 3.4. Relação entre comunicação e satisfação com a assistência

A satisfação é um conceito abstracto. Refere-se à quantidade percebida ou real, implícita ou explícita da quantidade de cumprimento das necessidades e expectativas de um indivíduo ou grupo de pessoas (Rothen, *et al.*, 2010). Apesar de tanta incerteza na sua definição, o que é facto, é que a satisfação familiar e do doente tem ganho um interesse crescente, como importante indicador de resultados em saúde e também da avaliação da qualidade dos cuidados (Rothen, *et al.*, 2010).

Em cuidados intensivos a satisfação familiar pode incluir uma variedade alargada de critérios e domínios. Apresenta-se aqui um quadro conceptual de satisfação familiar (cf. Figura 1):

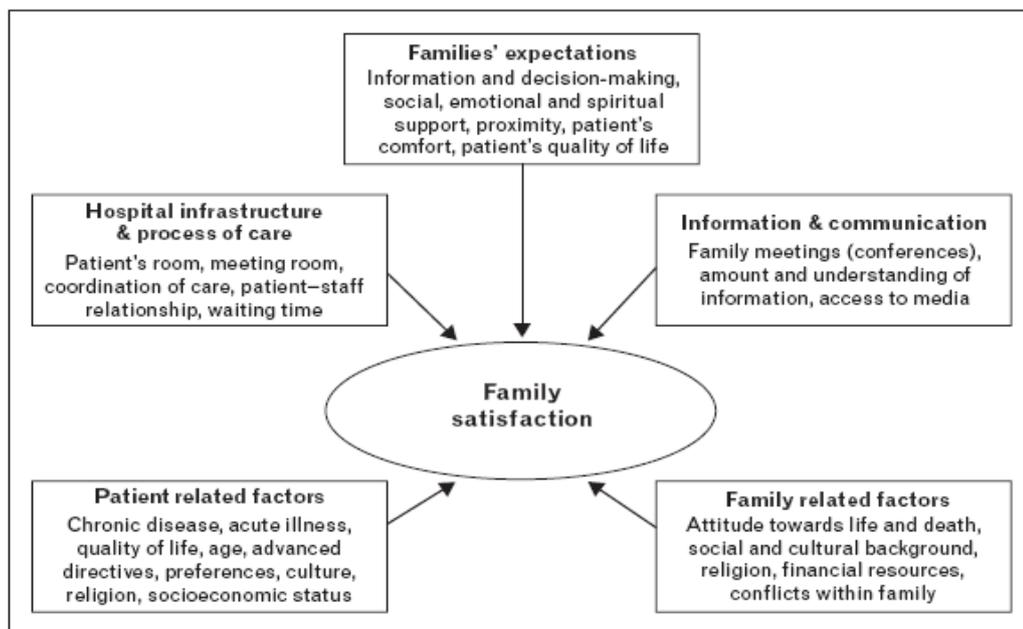


Figura 1 (cf. Rothen, *et al.*, p. 624)

Factores associados à satisfação familiar

Apesar do grande foco se centrar no doente em CI, há inúmeras razões pelas quais deve ser conferida à satisfação familiar um especial interesse.

Numa revisão recente da literatura sobre satisfação dos familiares perante os cuidados em UCI, verificou-se que existem vários domínios que merecem a atenção dos profissionais de saúde, destacando-se entre eles: o cuidado ao paciente, o aconselhamento e suporte emocional proporcionado aos familiares, a informação disponibilizada e a tomada de decisão (Rothen, *et al.*, 2010).

O que se tem constatado dos estudos referentes a esta temática, é que os principais elementos determinantes para a satisfação com a assistência estão relacionados com a forma como os profissionais tratam e comunicam com os pacientes e as famílias e com a gestão dos cuidados (Abott, *et al.*, 2001; Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002; Keenan, *et al.*, 2000; Malacrida, *et al.*, 1998).

Heyland e Tranmer (2001) desenvolveram um instrumento para medir o grau de satisfação da família na UCI e observaram uma correlação positiva entre a satisfação com os cuidados/assistência no geral e a satisfação com a comunicação/tomada de decisão. Posteriormente, Heyland, *et al.*, (2002) aplicaram o instrumento em 6 UCI no Canadá a 891 famílias (com uma taxa de resposta de 70%), e constataram que 54% dos inquiridos estavam satisfeitos com os cuidados prestados e 41% com a comunicação e tomada de decisão. Os aspectos mais associados a um nível superior de satisfação diziam respeito à aptidão e competência dos enfermeiros, à compaixão e respeito demonstrados para com o doente e à gestão da dor e dos cuidados. Estavam menos satisfeitos com o ambiente da sala de espera e a frequência da comunicação por parte dos médicos.

Na análise de regressão, as variáveis significativamente associadas com a satisfação estavam relacionados com os profissionais de saúde e com a maneira como cuidam e comunicam com os pacientes e as suas famílias.

Assim sendo, todos os esforços que ocorram no sentido de melhorar a natureza da interacção e comunicação entre profissionais e famílias irão, certamente, contribuir para uma melhoria na satisfação.

Na Suíça, Malacrida, *et al.*, (1998) entrevistaram familiares de pacientes que morreram na UCI e descobriram que uma grande percentagem de inquiridos (83%) estava satisfeita com os cuidados prestados ao doente. Aqueles que expressaram críticas, queixaram-se em primeira linha da informação recebida e da maneira como foi comunicada.

Abott, *et al.*, (2001) entrevistaram 48 familiares de pacientes anteriormente hospitalizados numa UCI nos EUA que foram considerados em retracção e sob tratamentos para sobreviver. Aperceberam-se de que muitas famílias (46%) entravam em conflito durante a estadia dos seus familiares; a maioria destes conflitos estava relacionada com a falta de comunicação adequada ou com a percepção de possíveis comportamentos não profissionais.

O estudo de McDonagh, *et al.*, (2004), comprovou que o nível de satisfação familiar é proporcional ao tempo permitido para que eles resolvam as suas dúvidas perante a equipa médica, sendo que as famílias consideram a comunicação tão ou mais importante que medidas clínicas.

Num outro estudo, realizado no Brasil, a 184 familiares numa UCI de Oncologia na 3ª idade, (Fumis, *et al.*, 2008) com o objectivo de correlacionar os níveis de satisfação de membros familiares com a sua percepção sobre a forma como a informação é transmitida e como a assistência é dada durante a permanência do paciente na unidade, concluiu-se a forte correlação destas variáveis. Quando a informação acerca das causas e das consequências da doença foi tida, para os familiares, como mais completa, a satisfação era maior. A insatisfação com a informação relativa às consequências da doença foi expressa por 26%, e este item, quando insuficiente, foi determinante para a insatisfação, assim como a informação dada pelos médicos da UCI. A informação sobre as consequências da doença foi o item que reunia mais queixas (26%), e este item, quando insuficiente, foi um determinante da insatisfação, assim como a informação dada pelos médicos.

Outros autores sondaram as famílias quanto à sua satisfação na altura de retirada do mecanismo de suporte de vida, tendo constatado a existência de uma maior satisfação, quando o processo de suspensão deste mecanismo era bem explicado, ocorria conforme o esperado, o paciente estava confortável, a família estava preparada para a decisão, a pessoa apropriada iniciava a discussão do assunto, e quando era providenciada a privacidade adequada durante a retirada do mecanismo de suporte de vida (Keenan, *et al.*, 2000).

Boyd (2010), sugere que o familiar na construção da sua perspectiva sobre a doença não se resume apenas à informação transmitida pelo médico, fazendo os seus próprios prognósticos com base em diversos tipos de informação obtida por fonte própria. Uma maior compreensão acerca da doença e do prognóstico pode ajudar a

evitar conflitos e levar a uma melhoria da satisfação com a informação e a tomada de decisão.

Tendo em conta os estudos mencionados anteriormente, é enfatizado um aspecto ético da informação, relacionado com os princípios da beneficência e autonomia; os membros da família querem informação honesta, fácil de entender, e esperam que os médicos da UCI lhes comuniquem acerca das mudanças que ocorrem durante o tempo de internamento no serviço.

Um alto nível de satisfação da família parece ser essencial para uma boa interação com os profissionais de saúde. Desta feita, a boa interação é necessária para assegurar a coerência e sustentabilidade da tomada de decisão relativamente aos desejos dos pacientes e consentimento (ou recusa de consentimento) aos tratamentos implicados no processo de diagnóstico e tratamento.

Para melhorar a satisfação relativamente aos cuidados em geral nas UCI de forma eficiente, os esforços devem direccionar-se para o aperfeiçoamento da comunicação entre equipa multidisciplinar e familiares e para o melhoramento na forma como os profissionais de saúde interagem com os pacientes e as suas famílias.

### *3.5. Relação entre comunicação e sintomas de ansiedade e depressão*

Como se tem vindo a referir, os familiares de pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos têm uma panóplia de necessidades e experiências psicossociais para as quais os profissionais de saúde têm de direccionar a sua acção. São frequentes experiências caracterizadas pela incerteza, pelo tumulto emocional e pelo *stress*, sendo um factor comum a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

Os elementos da família vivem na constante incerteza e insegurança sobre o contexto clínico do seu familiar; o que perguntar, o que pode fazer, e até mesmo, como se comportar num ambiente adverso e ameaçador como uma UCI. Acresce ainda que a condição repentina e séria de um familiar próximo requer mudanças nas responsabilidades, atitudes e rotinas dos membros da família, o que desencadeia sentimentos adicionais de afastamento, desconforto e impotência. No entanto, se existem situações em que o fim de vida é iminente, existem também muitos estereótipos por parte dos familiares, de que o internamento numa UCI é sinónimo de morte, quando o significado real é o oposto. Tanto num caso como no outro, a explicação factual e clarividente sobre a situação do paciente é essencial.

Lindemann, (1994), Gilliland e Fleming (1998) (*in* Kirchhoff, 2004) determinaram que nas famílias que foram informadas de que o seu familiar tem pouco tempo de vida há o acréscimo de elementos como o choque, a descrença, e o luto antecipado, isto é, uma resposta emocional à ameaça da potencial morte do doente.

As necessidades e considerações da família constituem uma componente essencial nos cuidados ao doente crítico. De facto, uma comunicação aberta, atempada, clara e objectiva é vital para a saúde psicossocial e para a satisfação da família com a deliberação e o conforto com o cuidado recebido. O seu envolvimento nos cuidados (mediante a sua vontade e disponibilidade), o reconhecimento e facultação de oportunidade aos familiares para exprimir os seus medos, são apontados como factores predisponentes para a redução da ansiedade e a depressão nos familiares (Davies, 2001; *in* Kirchhoff, 2004). A consciencialização destas condições, o apoio e a permissão do contacto com o doente é essencial para o bem-estar sócio - psicológico dos familiares.

Uma comunicação pobre contribui para expectativas imprecisas, agrava medos, fomenta dúvidas erróneas, e aumenta o *stress* das famílias. Opostamente, uma boa comunicação potencia a adaptação à circunstância real e às dinâmicas inerentes ao doente em situação crítica.

Alguns familiares podem sentir que receberam informação contraditória por não terem compreendido na íntegra a informação dada (Azoulay, *et al.*, 2000). Assim sendo, num posterior estudo levado a cabo em 2001 com a participação do mesmo autor, constata-se que as contradições percebidas nas informações foram associadas a sintomas de depressão, onde se sugere que a depressão deve prejudicar a compreensão e/ou que a compreensão deficitária pode ser um indicador de depressão. Desta forma, propõe-se que uma estratégia local seja instituída para promover a informação e comunicação com os familiares nos CI (Pochard, *et al.*, 2001).

No mesmo estudo, factores determinantes de ansiedade entre membros da família estavam associados à ausência de reuniões regulares com médicos e enfermeiros e de um espaço utilizado, especificamente, para fornecer informação aos familiares. Membros de famílias com sintomas de ansiedade pediram, mais rapidamente, ajuda ao seu próprio médico e metade pediram uma entrevista com um psicólogo, sendo que os que o fizeram terão mais probabilidades de apresentar sintomas de ansiedade do que os que não o fizeram (Pochard, *et al.*, 2001).

Globalmente, pode-se dizer que a implicação na prática de sintomas de ansiedade e depressão está relacionada com factores de risco associados. Numa revisão da

literatura desde o final da década de 90 até 2008 vários estudos quantitativos e qualitativos foram analisados para avaliar esses sintomas nos membros das famílias do doente nos CI (McAdam e Puntillo, 2009). Nesta revisão foram apresentados 18 estudos, 89% dos quais quantitativos e 11% qualitativos. Os grandes achados de todos os estudos quantitativos sugerem que os familiares do doente nos CI têm altos níveis de *stress*, incluindo *stress* pós-traumático reactivo, distúrbio de *stress* pós-traumático com sintomas associados e disfunção de *stress* aguda. Estes achados também sugerem que os familiares têm altos níveis de ansiedade e moderados níveis de depressão. Os grandes achados dos estudos qualitativos indicam que os familiares têm emoções negativas e múltiplos factores de *stress* que podem afectar as relações familiares, os papéis e a comunicação.

Algumas variáveis estão associadas a altos níveis de sintomas psicológicos nos familiares. Os investigadores documentaram factores de risco associados ao aumento de sintomas nos familiares (cf. Figura 2).

Symptom	Associated risk factors
<b>Stress</b> (overall/traumatic/post-traumatic stress reaction/related to posttraumatic stress disorder)	Female Children and younger family members Patient's death End-of-life decision making Incomplete information Lack of advance directive
<b>Depression</b>	Female Spouse Inconsistent information Patient's death
<b>Anxiety</b>	Type of intensive care unit Female Spouse Type of intensive care unit Patient's diagnosis No regular family meetings with clinicians Family member's lack coping skill

Figura 2 (cf. McAdam e Puntillo, 2009, p.205)

Sintomas no familiar do doente em CI e factores de risco associados

Esses factores de risco podem ser identificados durante a avaliação da família. Uma vez reconhecidos, a equipa pode oferecer apoio emocional e espiritual e intervir apropriadamente com referenciação para serviços de apoio de acordo com os protocolos.

Encontros estruturados de cuidado com os familiares mostraram ser um factor que reduz significativamente os sintomas de distúrbio de *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão nesses mesmos membros. A equipa pode também ser pró-activa durante esses encontros, incorporando uma abordagem estruturada que fomente a comunicação que possa ocorrer em forma de encontros regulares, onde se promove uma informação consistente e honesta acerca do doente. Este processo pode reduzir a sintomatologia ansiosa e depressiva (Pochard, *et al.*, 2001; Pochard, *et al.*, 2005; *in* McAdam e Puntillo, 2009).

Neste sentido, a equipa pode desenvolver relações de suporte, avaliando cuidadosamente as suas necessidades, mostrando compaixão e respeito pelas decisões por eles tomadas. Esta relação de suporte tem vindo a ser associada a um aumento da satisfação nos familiares e possivelmente pode reduzir os sintomas psicológicos (Gries, Curtis, Engelberg, 2008; *in* McAdam e Puntillo, 2009).

Também Pochard, *et al.*, (2001; *in* McAdam e Puntillo, 2009) enfatiza a importância de manter encontros regulares enfermeiro - médico para discutir necessidades dos doentes e familiares, de ter uma sala específica para as reuniões entre familiares e médicos, de ter uma sala de espera e de assegurar que não existem contradições na informação fornecida aos familiares.

Apesar dos resultados de todos estes estudos serem bastante promissores, a avaliação dos sintomas dos familiares e as intervenções estão ainda numa fase precoce de desenvolvimento. Toda esta investigação ajuda a construir um conhecimento base dos sintomas experienciados pela família, mas inúmeras limitações estão patentes (e.g., amostras de conveniência, amostras reduzidas, défice na descrição das características dos pacientes). A comunicação pode ser uma estratégia eficaz na diminuição do risco destes sintomas, é necessário investir nela, e projectar novos estudos, de forma a avaliar estes sintomas e delinear estratégias para diminuir o seu impacto clínico.

## **2ª Parte: Estudo Empírico**

---

## 1. Problemática, objectivos e questões de investigação do estudo

O contacto com uma unidade de cuidados intensivos implica o confronto com um ambiente altamente complexo, do ponto de vista tecnológico, associado a uma imagem de gravidade em que as condições clínicas podem alterar-se de minuto a minuto. Estes factores são geradores de *stress* e mal-estar psicológico, não só para o doente e os profissionais de saúde que exercem funções nestas unidades, e acerca dos quais incidem a maioria dos estudos, mas também para os familiares que diariamente visitam o paciente.

Cada vez mais, os membros das famílias não são apenas considerados meros visitantes da UCI, mas sim pessoas importantes no processo de ajuda/tratamento/cuidados, capazes de testemunhar a história e desejos dos pacientes (Molter, 1994). Assim, torna-se importante criar estratégias para minimizar o impacto do internamento numa UCI, não só para aliviar o potencial mal-estar psicológico dos familiares e melhorar a satisfação com os cuidados, mas também porque o apoio familiar tem impacto positivo nas taxas de recuperação dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Tendo em conta estudos que avaliam o tipo de necessidades manifestadas pelos familiares, uma das mais frequentes é a necessidade de informação (Maxwell, *et al.*, 2007; Molter, 1979; Silva, 2002). Assim sendo, a comunicação entre os profissionais de saúde e o familiar em contexto de cuidados intensivos, é cada vez mais uma componente a valorizar. Para além da importância na relação que se estabelece entre ambos, é essencial para aumentar os níveis de satisfação dos familiares (Abott, *et al.*, 2001; Azoulay, *et al.*, 2003; Fumis, *et al.*, 2008; Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002; Keenan, *et al.*, 2000; Malacrida, *et al.*, 1998; McDonagh, *et al.*, 2004) e diminuir os níveis de ansiedade e depressão (McAdam e Puntillo, 2009; Pochard, *et al.*, 2001).

Neste estudo, quando se aborda o conceito de comunicação, pretende-se avaliar dois aspectos: a satisfação com a forma como a comunicação se processa e a compreensão da informação transmitida, falando, por isso, em comunicação eficaz (Azoulay, *et al.*, 2002).

Assim, o objectivo do presente trabalho é avaliar a importância de uma comunicação eficaz para a satisfação e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão dos familiares dos doentes em cuidados intensivos. Desta forma, pretende-se

perceber a relação entre satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão, assim como, a influência destas variáveis na compreensão da informação transmitida.

Para isso, levantámos as seguintes questões de investigação baseadas em estudos já referenciados anteriormente:

1) Existe relação entre as variáveis satisfação com a assistência e a satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão?

Atendendo a estudos precedentes, é de prever que:

a) exista uma associação positiva entre satisfação com a assistência e a satisfação com a comunicação ( cf. Abott, *et al.*, 2001; Azoulay, *et al.*, 2003; Fumis, *et al.*, 2008; Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002; Keenan, *et al.*, 2000; Malacrida, *et al.*, 1998; McDonagh, *et al.*, 2004);

b) exista uma associação negativa entre satisfação com a comunicação e a depressão ( cf. Pochard, *et al.*, 2001);

c) exista uma associação negativa entre satisfação com a comunicação e ansiedade ( cf. Pochard, *et al.*, 2001);

d) Relativamente à possível relação entre satisfação com a assistência e a ansiedade e depressão, não se indica nenhuma tendência, na medida em que não se encontram estudos neste domínio particular, sendo por isso um estudo exploratório. Segundo McAdam, Dracup, White, Fontaine e Puntillo (2010) este domínio de relações é, ainda, desconhecido.

2) Existem diferenças significativas entre o nível de compreensão e as variáveis ansiedade, depressão, satisfação com a assistência e satisfação com a comunicação?

É de prever que:

e) existam diferenças significativas entre o nível de compreensão e a satisfação com a comunicação (cf. Azoulay, *et al.*, 2002);

f) existam diferenças significativas entre o nível de compreensão e a satisfação com a assistência (cf. Boyd, 2010);

g) existam diferenças significativas entre o nível de compreensão e a depressão (cf. Azoulay, *et al.*, 2000; Pochard, *et al.*, 2001).

h) Relativamente às possíveis diferenças entre o nível de compreensão da informação e a ansiedade, a investigação produzida até ao momento neste ponto específico é vaga, não existindo sustentação científica válida para perceber as diferenças. Uma revisão exaustiva da literatura realizada por McAdam e Puntillo, 2009 – *Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units* – desde o último terço da década de 90 até 2008, não contempla estudos que avaliem a influência da compreensão nos níveis de ansiedade, embora seja um domínio a ter em conta, como mostra pontualmente o estudo Needle, O’Riordan, Smith (2009) direccionado aos pais de crianças internadas numa UCI Pediátrica, onde colocam a hipótese desta influência existir.

3) Em relação às variáveis satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação e compreensão da informação do diagnóstico, prognóstico e tratamento, qual/quais os preditores de um nível mais elevado de bem-estar psicológico?

Prevê-se que:

i) a comunicação, ou seja, satisfação com a comunicação e/ou compreensão da informação seja preditor do bem-estar psicológico. São ainda escassos os estudos que incidem nesta problemática, no entanto, apontam a comunicação como um importante factor para o bem-estar psicológico dos familiares (McAdam, Puntillo, 2009; Pochard, *et al.*, 2001).

4) Em relação às variáveis satisfação com a comunicação, compreensão da informação e bem-estar psicológico, quais os preditores de um nível mais elevado de satisfação com a assistência?

Prevê-se que:

j) A satisfação com a comunicação seja preditor de um nível mais elevado de satisfação com a assistência (cf. Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002).

### *1.1. Caracterização da Instituição*

O serviço de Medicina Intensiva (SMI) tem como missão a admissão de doentes críticos, cuja situação se preveja reversível e que tenham condições/reserva fisiológica que sustente os tratamentos a que vão ser submetidos, que necessitem de suporte de função de órgão com meio técnico adequado à situação existente na unidade, que necessitem de monitorização contínua invasiva ou que necessitem de tratamento ou vigilância intensivos.

Serão, assim, de forma geral, admitidos todos os doentes em situação crítica, cuja situação clínica justifique a vigilância/monitorização/tratamento em ambiente de cuidados intensivos. De forma específica, serão admitidos os doentes que no pós-operatório imediato necessitem de monitorização/vigilância/tratamento em ambiente de cuidados intensivos, em particular os que necessitem de ventilação assistida e/ou técnica de substituição renal e/ou outros suportes de órgão; doentes provenientes da vias verdes da sepsis, coronária e acidente vascular cerebral, em particular os que necessitem de ventilação assistida e /ou técnica de substituição renal e/ou suporte vital de outros órgãos; doentes potenciais dadores de órgãos; outros doentes médicos ou cirúrgicos cujo estado clínico justifique o acesso a cuidados intensivos, em particular os que necessitem de ventilação assistida e/ou técnica de substituição renal e/ou outros suportes de órgão.

O Serviço de Medicina Intensiva, e o Departamento que o engloba, distingue-se em diferentes áreas: follow-up e qualidade de vida pós cuidados intensivos - investigação pioneira a nível internacional; organização da emergência médica intra-hospitalar; programa de desfibrilhação automática externa da Unidade Local de Saúde de Matosinhos; controle de infecção; desenvolvimento de ferramentas de registos; ensino e investigação clínica.

O SMI encontra-se situado no piso -1 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, está dotado de 12 camas completas, com uma equipa multidisciplinar constituída por 6 médicos, 31 enfermeiros, 14 assistentes operacionais e uma assistente técnica administrativa. Por norma os médicos fazem turnos de 24 horas e os enfermeiros e assistentes operacionais de 12 horas, sendo que, por turno, a equipa é constituída por um médico, dois auxiliares e seis enfermeiros, num rácio de um enfermeiro para cada dois doentes.

Apresenta à entrada uma sala de espera comum onde se podem acomodar os familiares dos doentes e onde se estabeleceu neste estudo o contacto com os mesmos. Obedece assim a uma das estratégias recomendadas para o apoio familiar.

Relativamente a essas estratégias pode se perceber outras já instituídas, como: entrega de folheto informativo, horário de visitas alargado (11h às 19h) – realidade pouco presente noutras unidades com as mesmas características -, flexibilidade de visitas em horário pós-laboral e fora da hora de visita, encontros regulares do médico com a família, existência de sala específica para esses encontros, avaliação da satisfação através de folha de feedback.

## **2.Método**

### *2.1.Participantes*

A amostra é constituída pelo familiar mais significativo, ou seja, a pessoa escolhida pelos demais familiares para receber as informações, de 88 doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, entre as 48 e as 96 horas após a admissão no serviço, no período de 10 de Janeiro de 2011 a 27 de Maio de 2011. Participaram por isso 88 familiares, 60 do sexo feminino e 28 do sexo masculino. O médico que admitiu o doente e reuniu com o familiar também foi incluído no estudo, num total de 6 médicos pertencentes ao quadro, 4 mulheres e 2 homens, que exerciam funções no serviço durante o período em que decorreu o estudo.

A amostra é de tipo não probabilístico por conveniência, incluindo todo o familiar mais significativo do doente internado, excepto se apresentasse algum dos critérios de exclusão:

- Familiar do doente com tempo de internamento inferior a 48 horas.
- Familiar que não tenha visitado o doente nos dois primeiros dias de internamento.
- Familiar que não tenha reunido com o médico que admitiu o doente.

Durante o período da recolha, foram admitidos 170 doentes, dos quais 88 (51.77%) participaram no estudo. Para além dos critérios de exclusão previamente definidos, que levaram à não inclusão de 29 doentes (17.06%) e consequentes familiares, outras razões levaram à exclusão de doentes da amostra: alta ou transferência hospitalar antes de se proceder à entrega dos questionários ao familiar, perfazendo um

total de 12 elementos (7.06%) e morte do doente ( $n = 20$ , 11.76%). Para além disso, 20 familiares (11.76%) não foram integrados no estudo por não terem visitado o doente no período de permanência do investigador no serviço, e apenas um familiar por recusa em participar (0.52%).

No quadro seguinte apresenta-se uma caracterização mais pormenorizada da amostra, de acordo com as variáveis pessoais recolhidas: sexo, idade, escolaridade, grau de parentesco, profissão ligada à área de saúde, internamento anterior de um familiar numa UCI.

Quadro 1

*Caracterização dos familiares segundo as variáveis pessoais: sexo, idade, escolaridade e grau de parentesco.*

Variáveis		Amostra $N = 88$	
		$n$	%
<b>Sexo</b>	Feminino	60	68.2
	Masculino	28	31.8
<b>Idade</b> $M = 47,06$ anos	dos 24 aos 34 anos	18	20.5
	dos 35 aos 44 anos	22	25.0
	dos 45 aos 54 anos	22	25.0
	dos 55 aos 64 anos	14	15.9
	dos 65 aos 74 anos	8	9.1
	dos 75 aos 79 anos	4	4.5
<b>Escolaridade</b>	1º Ciclo	29	33.0
	Ensino Básico	19	21.6
	Ensino Secundário	32	36.3
	Ensino Superior	8	9.1
<b>Grau de parentesco</b>	Cônjuge	33	37.5
	Mãe/pai	16	18.2
	Filho (a)	31	35.2
	Irmão/irmã	2	2.3
	Neto(a)	4	4.5
	Sobrinho (a)	2	2.3

O sexo feminino encontra-se em número francamente superior ao sexo masculino. Em relação à idade, esta tem uma distribuição heterogénea. O valor mínimo é de 24 anos e o valor máximo é de 79 anos, com um desvio padrão de 14.57. A faixa etária

mais prevacente situa-se entre os 35 e os 54 anos. No que respeita à escolaridade, o ensino secundário é o mais representativo seguindo-se o primeiro ciclo e o ensino básico, sendo o ensino superior o menos representado. Em relação ao grau de parentesco, o mais frequente é cônjuge, seguindo-se mãe/pai, filho(a), sendo os restantes pouco representativos.

Relativamente à caracterização dos doentes internados, 52 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 80 anos, uma média de idades de 55.9 com um desvio padrão de 2.23, sendo a faixa etária dos 60 aos 70 anos a que predomina. O principal motivo de internamento relaciona-se com pós-operatório ( $n = 35$ , 39.8%), segue-se infecção/insuficiência respiratória ( $n = 28$ , 31.8%), choque séptico ( $n = 35$ , 14.8%), insuficiência renal e choque cardiogénico, cada um com  $n = 4$ , isto é, 4.5% da amostra e por último, diagnósticos de *Status* pós – paragem cardio-respiratória e politrauma com  $n = 2$ , cada um, ou seja, 2,3% da amostra. Em relação à gravidade do estado clínico, 53.4% dos doentes eram, segundo descrição médica, muito graves com baixas hipóteses de sobreviver e 46.6%, graves com elevadas hipóteses de sobreviver.

Em relação aos médicos, as idades estavam compreendidas entre os 32 e os 52 anos, apresentando uma média de 41.17 com um desvio padrão de 7.65. A nível de tempo de experiência profissional obteve-se uma  $M = 13.83$ ,  $DP = 5.71$ , variando entre os 5 e os 20 anos; em relação ao tempo de experiência no serviço, obteve-se uma  $M = 5.5$ ,  $DP = 2.35$ , apresentando um valor mínimo de dois anos e máximo de sete anos. Há ainda que referir que a frequência de resposta de cada médico ao questionário foi homogénea, variando entre os 15% e os 25%.

## 2.2. Instrumentos

### 2.2.1. Instrumentos para os familiares

Inicialmente os familiares responderam a um questionário de recolha de dados sócio-demográficos (cf. Anexo 3).

O questionário de satisfação foi o *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)* de Heyland e Tranmer (2001), traduzido e adaptado para a população Portuguesa por uma equipa de profissionais do Hospital de Santo António no Porto em 2006 (cf. Anexo 4). O questionário é constituído por duas partes: a primeira diz respeito à qualidade dos cuidados em geral e a segunda parte atenta na satisfação com a

comunicação e tomada de decisão. Na adaptação para português, a primeira parte permaneceu igual e na segunda foram retiradas 7 questões ligadas à tomada de decisão que não se aplicavam à população portuguesa, permanecendo as questões ligadas ao conteúdo, à totalidade e à consistência da informação fornecida, o que nos levou a alterar o título da segunda parte do questionário de “*satisfação com as tomadas de decisão*” para “*satisfação com a comunicação estabelecida com os profissionais de saúde*”. O total de itens é de 23, sendo 14 referentes à primeira parte do questionário e 6 referentes à segunda parte, cada um deles, para responder numa escala de Likert com 6 modalidades de resposta (1 -Excelente, 2 - Muito Bom, 3 - Bom, 4 – Razoável, 5 – Mau, 6 – Não se aplica). São ainda incluídas três questões de resposta aberta na parte final do questionário.

O instrumento foi escolhido por ser fiável e válido para medir a satisfação das famílias face à UCI e por ser o único traduzido para a língua Portuguesa.

Para avaliar a compreensão dos familiares foi construído um questionário (cf. Anexo 5) com base em três factores, considerados pertinentes noutro estudo com a mesma finalidade (Azoulay, *et al.*, 2000): compreensão do diagnóstico, ou seja, o conhecimento do órgão do corpo humano envolvido, primeiramente, no processo da doença; compreensão do prognóstico, o conhecimento de até que ponto se esperava que o paciente sobrevivesse ou não; compreensão do tratamento, isto é, o conhecimento de, pelo menos, um dos tratamentos mais importantes utilizados, de entre uma lista de dez indicados pelo médico. Uma não resposta, ou uma resposta do tipo “não sei” era indicadora de fraca compreensão. A resposta do familiar era sempre confrontada com a do médico, que identificava o diagnóstico, referindo o (s) órgão (s) envolvido (s) no processo de doença, indicado ao familiar; o prognóstico do doente mencionado; e a nomeação de, até ao máximo de dez, o (s) tratamento (s) referenciado (s) ao familiar.

Por último, utilizou-se a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (cf. Anexo 6), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e traduzida e validada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, *et al.*, (2007). A HADS tem como objectivo identificar de forma válida, fiel e prática sintomas de depressão e ansiedade, distinguindo claramente ambos os conceitos em duas sub-escalas perfeitamente diferenciadas (HADS-A e HADS-D). O respondente é solicitado a cotar cada um dos itens dessas sub-escalas numa graduação possível de quatro pontos. Desta forma é avaliado o estado emocional ao longo da última semana num *continuum* de gravidade, compreendido entre 0 a 3, em que os valores mais elevados indicam a presença de

sintomas de ansiedade, ou depressão, com maior gravidade. Para ambas as sub-escalas (HADS-A e HADS-D), valores entre 0 e 7 são considerados “normal”, entre 8 e 10 depressão “ligeira”, entre 11 e 14 depressão “moderada” e entre 15 e 21 depressão “grave”. (Pais-Ribeiro, *et al.*, 2007; Zigmond e Snaith, 1983).

O instrumento foi seleccionado por ser fiável e válido para a população Portuguesa, para além de ser simples e de fácil compreensão.

### 2.2.2. Instrumentos para os médicos

Os médicos responderam a um questionário sócio-demográfico e a um questionário sobre a informação do diagnóstico, prognóstico e tratamento fornecida aos familiares (cf. Anexo 7).

### 2.3. Procedimento

Numa primeira fase estabeleceu-se contacto com as directoras de serviço e enfermeiros chefe das duas unidades de cuidados intensivos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos para proceder a uma apresentação informal do estudo e suas finalidades, no sentido de avaliar os constrangimentos para a sua realização. Os responsáveis dos serviços desde logo se mostraram sensíveis para a temática envolvida e disponíveis para ajudar no que fosse necessário, pelo que se requereu autorização por escrito ao Conselho de Administração do Hospital para realizar o estudo (cf. Anexo 1), o qual deferiu o pedido. Neste pedido apenas se solicitou a permissão para realizar o estudo numa das unidades, já que a outra estava em processo de reestruturação e iria deixar de prestar o tipo de cuidados pretendidos. Estabeleceu-se contacto com mais dois hospitais do Grande Porto, não tendo obtido parecer positivo para prosseguir com o estudo.

Realizou-se um pré-teste a oito familiares para perceber se existia alguma dúvida ou alguma questão mal formulada (cf. Anexo 2), através do qual se elaborou o questionário final (cf. Anexos 3, 4, 5, 6). Devido às alterações significativas que ocorreram entre a primeira versão e a versão final voltou-se a aplicar os instrumentos a outros 6 familiares, mas não se procedeu a mais nenhuma alteração. O pré-teste também foi efectuado a quatro médicos tendo-se apenas alterado a classificação do prognóstico de “não grave” e “grave” para “grave” e “muito grave” (cf. Anexo 7).

Para além da autorização da instituição, os familiares participaram no estudo depois de lhes terem sido apresentados os conteúdos e objectivos do mesmo (cf. Anexo 8) e mediante consentimento informado (cf. Anexo 9). Os médicos também

participaram no estudo depois de terem tomado conhecimento dos objectivos do mesmo (cf. Anexo 10) da primeira vez em que se estabeleceu o contacto, assinando o consentimento (cf. Anexo 11).

Com a colaboração da assistente técnica, fomos sendo informados da admissão de novos doentes, para o posterior contacto com os familiares após certificação do cumprimento dos critérios de inclusão definidos.

O familiar respondia ao questionário individualmente, com supervisão do investigador para o esclarecimento de alguma eventual dúvida, no local mais calmo da sala de espera antes de receber autorização para visitar o doente. Seguia-se a consulta do processo clínico para tomar conhecimento do médico presente na admissão do doente, a fim de lhe entregar o questionário para o preenchimento no momento da sua recepção. Caso o médico não estivesse de serviço nessa ocasião, o questionário ser-lhe-ia entregue no seu próximo turno.

Em média os familiares demoravam 15 a 20 minutos a responder aos questionários e o médico cerca de 5 minutos.

No final da aplicação de todos os instrumentos, foi feito um breve agradecimento a cada participante, pela disponibilidade demonstrada, reforçando o anonimato e a possibilidade de esclarecimentos futuros acerca deste estudo, se considerassem necessário.

### 3.Resultados

Após a recolha de dados, recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* 18.0 (SPSS 18.0) para a análise estatística dos mesmos.

Esta secção faz uma apresentação desses resultados, inicialmente através da estatística descritiva e posteriormente recorrendo à análise estatística sobre as principais diferenças encontradas e associações verificadas, tendo por objectivo responder às questões de investigação inicialmente propostas.

#### 3.1. *Análise descritiva das variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade, depressão e compreensão da informação.*

A fim de determinar o nível de satisfação com a assistência foi efectuada a média de todos os itens que se aplicava a cada sujeito, sendo que esta variável é caracterizada por uma  $M = 2.21$ ,  $DP = 0.86$ .

O procedimento para avaliar o nível de satisfação com a comunicação foi o mesmo, tendo-se encontrado uma  $M = 2.33$ ,  $DP = 0.79$ .

A ansiedade é caracterizada por uma  $M = 14.00$ ,  $DP = 4.57$  e a depressão por uma  $M = 7.97$ ,  $DP = 4.13$ .

Importa ter em conta que valores superiores na variável satisfação correspondem a pessoas com satisfação inferior e valores superiores de ansiedade e depressão correspondem a níveis mais elevados de depressão e ansiedade.

Em relação à compreensão da informação, comparou-se as respostas dadas pelos familiares às questões sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento e as respostas fornecidas pelos médicos, tendo-se definido a variável “boa compreensão” onde se incluía os indivíduos que mostraram conhecimento nas três questões. Esta percentagem da amostra corresponde a 45.5 % do total de sujeitos ( $n = 40$ ).

#### 3.2. *Relação entre as variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão.*

As associações efectuadas foram avaliadas através do coeficiente de correlação de Pearson. O quadro seguinte apresenta os resultados:

Quadro 2

Associação entre as variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão

ASSOCIAÇÕES	r	p
SAT ASSISTÊNCIA e SAT COMUNICAÇÃO	.396	< .001 ***
SAT ASSISTÊNCIA e ANSIEDADE	.236	.027*
SAT ASSISTÊNCIA e DEPRESSÃO	.120	.265 n.s.
SAT COMUNICAÇÃO e ANSIEDADE	.366	< .001 ***
SAT COMUNICAÇÃO e DEPRESSÃO	.375	< .001 ***

Nota:

\*\*\*  $p < .001$

\*  $p < .05$

Encontrou-se uma associação positiva significativa entre a variável satisfação com a assistência e a variável satisfação com a comunicação,  $r = .396$  ( $p < .001$ ). Na sequência da observação feita na análise descritiva, é de notar que o facto de as correlações serem positivas indica que quanto pior é a satisfação com a assistência, pior é a satisfação com a comunicação.

Há também uma associação positiva significativa entre a variável satisfação com a assistência e a ansiedade,  $r = .236$  ( $p = .027$ ), mas a associação da variável satisfação com a assistência e a depressão não atinge significado estatístico,  $r = .120$  ( $p < .05$ ). Por outro lado, há associação entre a variável satisfação relacionada com a comunicação tanto com a ansiedade,  $r = .366$  ( $p < .001$ ), como com a depressão,  $r = .375$  ( $p < .001$ ). Verifica-se assim, que quanto pior é a satisfação com a assistência, mais ansiosa está a pessoa, no mesmo sentido, quanto pior for a satisfação com a comunicação, mais ansioso e deprimido se encontra o sujeito.

Importa salientar que os coeficientes de correlação da variável satisfação com a comunicação e a ansiedade e a depressão (mesmo para a correlação com a ansiedade, que também é significativa para a satisfação com a assistência) são superiores em relação aos que se verificam para a satisfação com a assistência.

3.3. *Análise da diferença entre a “boa” e a “fraca” compreensão da informação com as variáveis: ansiedade, depressão, satisfação com a comunicação e satisfação com a assistência.*

Para testar se a média destes dois grupos é significativamente diferente, utilizou-se o Teste *t* de *student* para amostras independentes. O quadro seguinte apresenta os resultados:

Quadro 3

*Análise da diferença entre a “boa” e a “fraca” compreensão da informação e as variáveis: ansiedade, depressão, satisfação com a comunicação e satisfação com a assistência*

	<b>COMPREENSÃO</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>P</b>
<b>ANSIEDADE</b>	Boa compreensão	40	11.42	4.72	<.001***
	Fraca compreensão	48	16.15	3.13	
<b>DEPRESSÃO</b>	Boa compreensão	40	5.28	3.16	<.001***
	Fraca compreensão	48	10.21	3.46	
<b>SAT COMUNICAÇÃO</b>	Boa compreensão	40	2.12	0.62	.023*
	Fraca compreensão	48	2.50	0.88	
<b>SAT ASSISTÊNCIA</b>	Boa compreensão	40	1.92	0.54	.004**
	Fraca compreensão	48	2.45	0.99	

Nota:

\*\*\*  $p < .001$

\*\*  $p < .01$

\*  $p < .05$

Os resultados indicam que quem tem “boa compreensão”, ou seja, quem compreendeu a informação na íntegra, tem níveis significativamente inferiores de ansiedade e de depressão e apresenta maior satisfação com a assistência e com a comunicação.

3.4. *Variáveis que prevêm um nível mais elevado de bem-estar psicológico dos familiares quando consideradas a satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação e a “boa compreensão”.*

Tenta-se analisar, das variáveis satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, “boa compreensão”, as que estariam mais relacionadas com um maior

bem-estar psicológico (variável BEM-ESTAR). Define-se este maior bem-estar como correspondendo às pessoas simultaneamente com nível normal ou leve de depressão e de ansiedade. No total, correspondem a este critério 24 pessoas (27.3% da amostra).

Para isto recorre-se a uma regressão logística binária. Usa-se a variável BEM-ESTAR como variável dependente e as variáveis satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, boa compreensão como preditores. O quadro seguinte apresenta os resultados:

Quadro 4

*Variáveis que prevêm um nível mais elevado de bem-estar psicológico quando se analisa a Satisfação com a assistência, Satisfação com a comunicação e a “boa compreensão”*

	Beta	p
SAT ASSISTÊNCIA	-0.890	.288
SAT COMUNICAÇÃO	-0.627	.377
BOA COMPREENSÃO	-3.244	<. 001***

Nota:

\*\*\*  $p < .001$

O que se retira destes resultados é que o único factor significativamente relacionado com o elevado bem-estar (quando considerados estes três) é a “boa compreensão”.

*3.5. Variáveis que prevêm um nível mais elevado de satisfação com a assistência dos familiares quando consideradas a satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação e o bem-estar.*

Propôs-se analisar, das variáveis satisfação com a comunicação, “boa compreensão”, e bem-estar psicológico, as que estariam mais relacionadas com um maior nível de satisfação com a assistência (SAT ELEVADA). Define-se este maior nível de satisfação como correspondendo aos familiares cuja média da satisfação se situa entre o excelente, muito bom ou bom. No total, correspondem a este critério 76 pessoas (86,36% da amostra).

Para isto recorre-se a uma regressão logística binária, sendo a variável SAT ELEVADA a variável dependente e as variáveis satisfação com a comunicação, “boa compreensão” e bem-estar como preditores. O quadro seguinte apresenta os resultados:

Quadro 5

*Variáveis que prevêm um nível mais elevado de satisfação com a assistência quando se analisa a satisfação com a comunicação, a boa compreensão e o bem-estar psicológico*

	Beta	p
SAT COMUNICAÇÃO	1.272	.016 *
BOA COMPREENSÃO	- 2.272	.121
BEM-ESTAR	1.793	.249

Nota:

\*  $p < .05$

Verifica-se que a satisfação com a comunicação é um preditor significativo ( $p < .05$ ) de níveis mais elevados de satisfação com a assistência.

#### 4.Discussão

Para alcançar os objectivos traçados, o estudo propôs responder a quatro questões de investigação. A primeira delas, pretendia perceber qual a relação entre as variáveis satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão. Os resultados indicam, como se pôde ver anteriormente, que em grande parte estas variáveis se encontram correlacionadas.

Verificou-se que quanto pior é a satisfação com a assistência, pior é a satisfação com a comunicação. Estes resultados vão de encontro aos achados dos estudos de Heyland e Trammer, (2001) e Heyland, *et al.*, (2002) que também associaram estas variáveis. Estes estudos concluíram, que um dos principais determinantes de satisfação com a assistência estava relacionado com a forma como os profissionais comunicam com as famílias. Quem se encontrava menos satisfeito com a comunicação, obtinha níveis inferiores de satisfação com a assistência.

Avaliar a satisfação não é linear, já que se trata de um construto que engloba vários domínios, com vários instrumentos que tentam avaliá-lo, sendo uns para medir a satisfação da família em relação aos cuidados com os pacientes que morriam depois de

terem alta do hospital (Baker, *et al.*, 2000; *in* Heyland, *et al.*, 2002) e outros que avaliam as necessidades dos familiares dos doentes críticos, e até que ponto essas necessidades eram supridas (Johnson, *et al.*, 1998; *in* Heyland, *et al.*, 2002). Contudo, a gestão das necessidades não é sinónimo de satisfação, porque o não suprir as necessidades nem sempre se traduz em insatisfação (Heyland, *et al.*, 2002). Para além disso, ir ao encontro delas não garante satisfação, sendo necessário ir um pouco mais além da tradicional avaliação dessas necessidades. O estudo de Heyland, *et al.*, (2002) desenvolveu um questionário específico para avaliar a satisfação, sendo que, como a comunicação é frequentemente tida como pobre e vista como uma das principais causas de insatisfação com os cuidados (Hanson, Danis, Garrett, 1997 e Malacrida, *et al.*, 1998; *in* Heyland, *et al.*, 2002), o questionário para além de conceber um resumo alargado dos principais tópicos de satisfação com a assistência prestada ao doente e familiares, concede, também, uma avaliação específica e mais detalhada da satisfação com a comunicação e as especificidades relativas às tomadas de decisão.

Noutros estudos, com recurso a outros instrumentos de avaliação da satisfação (Abott, *et al.*, 2001; Azoulay, *et al.*, 2003; Fumis, *et al.*, 2008; Keenan, *et al.*, 2000; Malacrida, *et al.*, 1998; McDonagh, *et al.*, 2004) concluiu-se também que existe associação entre satisfação com a assistência e a comunicação. Estes resultados evidenciam a importância de uma comunicação atempada, honesta e consistente para aumentar os níveis de satisfação dos familiares. Os esforços devem direccionar-se para a melhoria da natureza da interacção e comunicação entre a equipa multidisciplinar e os familiares.

Verificou-se também, que quanto pior é a satisfação com a comunicação mais deprimido se encontra o familiar. O estudo de Pochard, *et al.*, (2001) embora não tenha associado a satisfação da comunicação aos sintomas de depressão, deu indicadores de que as contradições percebidas nas informações foram associadas a esta sintomatologia, o que leva a supor, que a insatisfação com a forma como a comunicação se processa afecta os níveis de depressão. Esta suposição vai de encontro aos resultados encontrados.

Em relação à associação da satisfação com a comunicação e a ansiedade, tal como previsto, os resultados também indicam que quanto pior é a satisfação, mais deprimida se encontra a pessoa. Num estudo prospectivo multicêntrico, factores determinantes de ansiedade entre membros da família estavam associados à ausência de reuniões regulares com médicos e enfermeiros e de um espaço utilizado, especificamente, para

fornecer informação aos familiares (Pochard, *et al.*, 2001). Uma revisão da literatura, entre finais da década de 90 e 2008, constatou falhas na investigação a este nível, mas evidenciou que reuniões estruturadas entre profissionais e familiares para promover a comunicação iriam reduzir os sintomas de ansiedade e depressão (McAdam e Puntillo, 2009), o que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

Também se obteve uma associação entre satisfação com a assistência e a ansiedade, com coeficientes de correlação inferiores aos que se verificam para a associação entre a satisfação com a comunicação e ansiedade. Estes resultados, mais uma vez, permitem valorizar a importância da comunicação (e subsequente satisfação com ela) para diminuir os níveis de ansiedade e depressão e contribuir para melhorar o bem-estar psicológico/emocional dos familiares. Por outro lado, a associação entre satisfação com a assistência e a prevalência de sintomas de depressão não atingiu significado estatístico. Sendo um domínio merecedor de pouca atenção a nível da investigação científica, não se encontram estudos que associem a satisfação com a assistência e a ansiedade e a depressão. Um estudo recente que pretendia descrever os sintomas experienciados pelos familiares de pacientes de alto risco de morte numa UCI e avaliar os factores associados, refere que, apesar da evidência da alta prevalência de *stress*, ansiedade e depressão o seu impacto na satisfação familiar era ainda desconhecido (McAdam, *et al.*, 2010).

Na segunda questão de investigação, pretende-se perceber se existem diferenças significativas entre a boa e a fraca compreensão, e as variáveis ansiedade, depressão, satisfação com a assistência e satisfação com a comunicação.

Encontra-se diferenças estatisticamente significativas entre o nível de compreensão e a satisfação com a comunicação. Quem alcançou uma boa compreensão da situação clínica revelou níveis superiores de satisfação. Estes resultados vão de encontro a um estudo prospectivo multicêntrico, onde se percebeu que as variáveis compreensão e satisfação se encontram correlacionadas, sendo que, quanto melhor a compreensão da informação prestada pelos médicos sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento, melhor a satisfação da família (Azoulay, *et al.*, 2002).

Os resultados do presente estudo indicam que quem possui uma boa compreensão apresenta níveis superiores de satisfação com a assistência. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Boyd, (2010), que corroboram que a boa compreensão da doença e prognóstico pode ajudar a evitar conflitos e melhorar a satisfação familiar.

Diferenças significativas também foram encontradas entre o nível de compreensão e a depressão, ou seja, quem apresentou boa compreensão obteve níveis inferiores de depressão. Embora não exista nenhum estudo que tenha analisado esta influência directamente, pode deduzir-se que se os familiares sentem que receberam informação contraditória por não terem compreendido a informação fornecida (Azoulay, *et al.*, 2000), e que as contradições percebidas nas informações foram associadas a sintomas de depressão (Pochard, *et al.*, 2001). Sugere-se que a depressão deve prejudicar a compreensão e/ou que a compreensão deficitária pode ser um indicador de depressão.

Para além disso, verificou-se que quem tem boa compreensão apresenta níveis inferiores de ansiedade. Neste domínio, apenas se encontrou um estudo com pais numa UCI pediátrica que levantou a hipótese, com base em impressões da prática clínica e relacional diária, que níveis superiores de ansiedade prejudicariam a compreensão da informação acerca da doença. No entanto, os resultados indicaram que apenas em dois pais isso se verificava, tendo os restantes 26 uma boa compreensão. Estas considerações não estão de acordo com os achados deste trabalho, no entanto, é necessário ter em conta as diferenças entre as características dos doentes e familiares em ambas as unidades.

Apesar de vários estudos identificarem a comunicação como importante no contexto de cuidados intensivos, poucos são os que avaliam a compreensão da informação e que estudam o impacto da incompreensão.

A literatura aponta para a existência de falhas na compreensão por parte dos familiares, sendo que cerca de 54% deles não percebem a informação referente a uma das componentes: o prognóstico, diagnóstico ou o tratamento fornecida pelos profissionais (Azoulay, *et al.*, 2000). No presente estudo, 54.5% da amostra não compreendeu a informação na íntegra, sendo que se verificou que existem diferenças significativas entre quem tem boa ou fraca compreensão e os níveis de ansiedade, depressão, satisfação com a assistência e satisfação com a comunicação. Assim sendo, é necessário que os profissionais de saúde encontrem estratégias para que a mensagem seja claramente compreendida, pois isso poderá contribuir para diminuir os níveis de depressão, ansiedade, e aumentar os níveis satisfação com a comunicação e satisfação familiar, permitindo minimizar o impacto do internamento de um familiar numa UCI.

O objectivo da terceira questão de investigação, era encontrar qual ou quais os preditores de um nível mais elevado de bem-estar psicológico, quando consideradas as

variáveis: satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação e compreensão da informação.

Previa-se que a comunicação, ou seja, satisfação com a comunicação e/ou compreensão da informação fosse preditor do bem-estar psicológico. Verificou-se que a boa compreensão da informação foi o único factor significativamente relacionado com o bem-estar.

Tanto a compreensão como a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão são domínios pouco estudados. Esta sintomatologia foi associada à informação contraditória, à ausência de reuniões regulares com médicos e enfermeiros e a um espaço utilizado, especificamente, para fornecer informação aos familiares, o que leva a supor a importância da comunicação. No entanto, não se encontram estudos que avaliem com consistência a relação da compreensão com esta sintomatologia, nem que encontrem preditores de um maior bem-estar psicológico. Com os resultados do nosso trabalho, verificou-se não só que existem diferenças significativas entre quem tem boa ou fraca compreensão e estes sintomas, conforme já analisado, mas também, ao definir-se um maior bem-estar como correspondendo às pessoas simultaneamente com nível normal ou leve de depressão e de ansiedade, se constatou que a compreensão era a variável estatisticamente correlacionada com o bem-estar.

Na quarta questão de investigação pretende-se perceber qual ou quais os preditores de um nível mais elevado de satisfação com a assistência por parte dos familiares.

Verificou-se que, os resultados deste estudo vão de encontro aos achados de outros trabalhos (Azoulay, *et al.*, 2003; Heyland e Tranmer, 2001; Heyland, *et al.*, 2002) que indicam que a satisfação com a comunicação é um forte preditor da satisfação geral.

Na análise destes resultados é importante ter em conta algumas limitações do estudo. Entre elas, destaca-se o facto da recolha de dados ter incidido apenas numa UCI, durante um período de cerca de 4 meses; daí os resultados não poderem ser generalizados pela possível influência de factores específicos de espaço e tempo.

Um estudo com o mesmo propósito, mas englobando um número significativo de UCI's com as mesmas características a nível nacional poderia revelar resultados relevantes para a análise global da realidade.

Relativamente a factores pré-existentes específicos no local do estudo, destacam-se: entrega de folheto informativo, horário de visitas alargado (11h às 19h) – realidade pouco presente noutras unidades com as mesmas características -, flexibilidade de visitas em horário pós-laboral e fora da hora de visita, encontros regulares do médico com a família, existência de sala específica para esses encontros, avaliação da satisfação através de folha de feedback. São notáveis as estratégias já adoptadas que, numa breve pesquisa, se percebe que não fazem parte do panorama de outras instituições. Esta realidade faz considerar a hipótese de, nomeadamente os níveis de satisfação, compreensão, depressão e ansiedade, poderem obter resultados inferiores noutros hospitais.

Apesar disso, é de referir que as características dos doentes encontradas e motivos de internamento vão de encontro ao que, normalmente, é documentado nas UCI's de adultos.

Salienta-se, também, o facto de a compreensão da informação ser um aspecto pouco estudado e de não existir grande margem para comparação de resultados, nem uma escala disponível para avaliar esta componente. A boa compreensão, conforme definida no estudo, envolvia um conhecimento relativamente limitado da condição do paciente. Há que considerar, também, o facto de não se poder esperar que as famílias consigam entender, perfeitamente, todos os aspectos da condição do paciente, baseando-se apenas em informação concedida num curto período de tempo após o internamento na UCI. Apenas se avalia o primeiro contacto, por ser considerado um momento de contacto crucial (Azoulay *et al.*, 2000), mesmo tendo consciência que a restante interacção é importante e que as informações são concedidas e actualizadas durante todo o período de internamento. Para além disso, também não foi avaliada a influência das informações auscultadas por outro meio, como os enfermeiros ou outros profissionais.

A classificação dicotómica do prognóstico utilizada é baseada num estudo pioneiro, que através de uma entrevista semi-estruturada, utilizou a classificação “grave” ou “não grave” (Azoulay, *et al.*, 2000), que foi utilizada posteriormente em formato de questionário (Azoulay, *et al.*, 2002). Numa tentativa de a adequar à realidade em questão, e tendo em consideração a opinião dos peritos na área, utilizou-se a terminologia “muito grave” e “grave”. De qualquer forma, ao utilizar um critério mais exigente para definir boa compreensão, a probabilidade de se encontrar um nível superior de fraca compreensão era ainda mais elevada.

De acrescentar que esta divisão dicotómica do prognóstico não pode ser vista, de forma alguma, como base para o envolvimento dos familiares nas decisões de fim de vida, mas pode ser útil para ajudá-los a desenvolver expectativas razoáveis sobre a doença e contribuir como um bom indicador sobre a compreensão da informação transmitida.

## **5. Conclusão**

O estudo sobre uma temática como a comunicação exige uma actualização contínua por parte dos profissionais de saúde de forma a serem capazes de um desempenho integral com o familiar; logo há que ter em atenção as características, história e vivências de cada elemento da família.

Com a realização do presente trabalho, evidenciou-se a importância de uma comunicação eficaz, tanto para aumentar os níveis de satisfação dos familiares perante os cuidados prestados, como também para diminuir a sua sintomatologia ansiosa e depressiva. Os esforços devem direccionar-se para a melhoria da natureza da interacção e comunicação entre a equipa multidisciplinar e os familiares. Para além de investir em aspectos comunicacionais, ou seja, em aspectos referentes à frequência e estrutura da comunicação com os familiares, é necessário que os profissionais verifiquem se a informação foi compreendida. Este facto também pode reduzir os níveis de ansiedade e depressão e aumentar os níveis de satisfação com a comunicação e de satisfação com a assistência.

Encontrou-se como preditor do bem-estar psicológico, a compreensão da informação, e como preditor da satisfação com a assistência, a satisfação com a comunicação. Isto vai de encontro à necessidade de investimento nestas duas áreas, compreensão e satisfação, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O empenho individual de cada profissional de saúde sendo útil, não é suficiente. Torna-se indispensável um trabalho de equipa em que todos os profissionais de saúde que, nas suas diferentes áreas de actuação, estejam implicados e empenhados em melhorar os seus desempenhos comunicacionais. É necessário para isso investir na formação científica efectiva nesta área específica para não deixar a comunicação ao critério de cada profissional.

O que os resultados obtidos espelham com clareza é a importância da comunicação como um meio facilitador do estabelecimento de um ambiente terapêutico

bem sucedido, mas nunca como medida e/ou variável isolada de uma circunstância que vive da interdependência e indissociabilidade de factores, como se pôde comprovar. Nesse sentido, tendo consciência que o projecto planeado e agora concretizado envolvia variáveis que mereciam, pela sua complexidade, um estudo individualizado, foi objectivo promover um trabalho que analisa-se estas inter-relações, de forma a evidenciar a importância de continuar a investir na problemática - Familiares dos doentes em CI - que ainda é pouco valorizada.

Desta forma, em futuras investigações seria importante:

- Avaliar outros factores que influenciem a comunicação, relacionados com os familiares, mas também com o doente e profissionais de saúde;
- Projectar estudos que avaliem a sintomatologia depressiva e ansiosa de forma a delinear outras estratégias para diminuir o seu impacto clínico;
- Analisar outras variáveis que influenciem a satisfação familiar;
- Ponderar criteriosamente o alargamento da amostra para um maior número de familiares por doente, tendo em conta as possíveis alterações a efectuar nos instrumentos, já que o contacto com os profissionais é efectuado indirectamente;
- Incluir os familiares de pacientes que morreram, tendo em conta as necessidades específicas que apresentam e a possibilidade do seu levantamento dar azo a trilhar outras estratégias e processos de intervenção;
- Incluir a perspectiva dos profissionais sobre as necessidades dos familiares, a percepção da compreensão, já que pode existir desnível entre a realidade e o que o profissional identifica e considera importante.

Uma última consideração surge como sendo de grande pertinência nas reflexões finais deste trabalho. Tendo em conta a influência de agentes de *stress* físicos e psicológicos aos quais o familiar está sujeito, este encontra-se em alto risco de desenvolver sinais de alteração de comportamento e crise. Esta situação, ao verificar-se, exige por parte da equipa responsabilidades acrescidas sob a forma de interacção, apoio emocional, estímulo à iniciativa e coordenação de esforços, para que seja criado um bom ambiente terapêutico. A presença de um psicólogo torna-se um elemento importante no apoio aos familiares a fim de restabelecer o equilíbrio perdido, dado que

este desempenha um papel de mediador na relação entre familiares e profissionais. No entanto, ainda existe a necessidade de contornar obstáculos para delinear com precisão a área de actuação do psicólogo na equipa multidisciplinar, dentro da perspectiva de assistência integral e integrada. Este profissional deveria fazer parte integrante da equipa, no entanto, o que se constatou nesta unidade, e que parece reflectir a realidade dos nossos hospitais, é que a sua inclusão apenas ocorre em situações pontuais e de forma pouco regular. No hospital onde o estudo decorreu existe um único psicólogo clínico que intervém quando solicitado por outro profissional. Torna-se necessário, primeiro que tudo, uma consciencialização dos profissionais de forma a encontrar estratégias e intervenções com o intuito de promover neste tipo de equipas especializadas critérios de referenciação para as estruturas de apoio.

É com uma enorme satisfação pessoal que chego ao término deste trabalho, esperando através do mesmo ter conseguido acrescentar ao contexto da prestação de cuidados algum saber científico, bem como que este estudo, mesmo com as suas limitações, possa despertar interesse para investigações futuras.

## 6. Referências bibliográficas

- Abott, K. M., Sago, J. G., Breen, C. M., Abernethy, A. P., e Tulskey, J. A. (2001). Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Critical Care Medicine*, 29, 197-201.
- Adolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Alarcão, M. (2002). *(Des) equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (2<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C., *et al.*, (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28, 3044-3049.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., e Wernet, A. (2002). Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165, 438-442.
- Azoulay, E., e Pochard, F. (2003). Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 9, 545-550.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Brivet, F., Brun, F., Charles, P., *et al.*, (2003). Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine*, 2, 1498-1504.
- Azoulay, E., Charles, L., e Sprung, J.D. (2004). Family-physician interactions in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32, 2323- 2328.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., *et al.*, (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.
- Bion, J. F., e Bennett, D. (1999). Epidemiology of intensive care medicine: Supply versus demand. *British Medical Bulletin*, 55, 2-11.
- Bitti, P. R., e Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social*. Lisboa: Estampa.

- Boyd, E. A. (2010). It's not just what the doctor tells me: Factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis. *Critical Care Medicine*, 38, 1270-1275.
- Breton, P. (1992). *A utopia da comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cohen, L. M., McCue J. D., e Green G. M. (1993). Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? *Archives of Internal Medicine*, 153, 2481 – 2485.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., Engelberg, R. A., e Rubenfeld, G. D. (2001). The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Critical Care Medicine*, 29, 26-33.
- Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Nielson, E. L., Treece, P. D., *et al.*, (2002). Studying communication about end-of-life care during the ICU family conference: Development of a framework. *Journal of Critical Care*, 17, 147-160.
- Curtis, J. R. (2004). Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 20, 363-380.
- Fravica, A. (2002). *Relação de ajuda numa unidade de cuidados intensivos cardíacos: percepção da família sobre a ajuda recebida dos enfermeiros*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Fumis, R. R. L., Nishimoto, I. N., e Deheinzelin, D. (2008). Families' interactions with physicians in the intensive care unit: The impact on family's satisfaction. *Journal of Critical Care*, 23, 281-286.
- Gonçalves, M. J. (2008). O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: Como o fonoaudiólogo pode ajudar. *O mundo da saúde*, 32, 79-84.
- Heyland, D. K., e Tranmer, J. (2001). Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary resultants. The KGH ICU research working group. *Journal of Critical Care*, 16, 142-149.

Heyland, D. K., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Kutsogiannis, D. J., Konopad, E., Oook, D. J., *et al.*, (2002). Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Critical Care Medicine*, 30, 1413-1418.

Hospital de Santo António no Porto (2006). Satisfação da Família em relação à Assistência na Unidade de Cuidados Intensivos. [Questionário traduzido e adaptado para a população portuguesa por profissionais de saúde e usado no Hospital de Santo António no Porto]. Descarregado em 28/Dez/2010 da página WEB: [http://www.thecarenet.ca/docs/fss.FS\\_ICU\\_24\\_Portugal.pdf](http://www.thecarenet.ca/docs/fss.FS_ICU_24_Portugal.pdf)

Jacob, D. A. (1998). Family member's experiences with decisions making for incompetent patients in the ICU a qualitative study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 7, 30-36.

Judy, E., Davidson, R. N., Karen Powers, M. D., Hedayat, K. M., Mark Tieszen, M. D., e Kon, A.A. (2007). Critical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force. *Critical Care Medicine*, 35, 605 – 622.

Keenan, S. P., Mawdsley, C., Plotkin, D., Webster, G. K., e Priestap, F. (2000). Withdrawal of life support: How the family feels and why. *Journal Palliative Care*, 16, 40-44.

Kirchhoff K. T., Spohler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, B.V., Clemmer, T. (2004). Intensive Care nurses's experiences with end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 9, 36-42.

LeClaire, M. M., Oakes, J.M., e Weinert, C. R. (2005). Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest*, 128, 1728-1735.

Littlejohn, S. W. (1982). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar.

Malacrida, R., Bettelini C. M., Degrate, A., Martinez, M., Badia, F. Piazza, J., *et al.*, (1998). Reasons for dissatisfaction: A survey of relatives of intensive care unit patients who died. *Critical Care Medicine*, 26, 1187-1193.

- Martin, P. (2001). *A mente doente. Cérebro, comportamento, imunidade e doença* (M. A. Costa, trad). Lisboa: Bizâncio (Obra original publicada em 1997).
- Maxwell, K., Stuenkel, D., e Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart and Lung*, 36, 367-376.
- McAdam, J. L., e Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18, 200-209.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D.K., e Puntillo, K. A., (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*, 38, 1078-1085.
- McDonagh, J. R., Tricia, B. E., Ruth, A., Engelberg, Ph. D., Patsy, D., Treece, R. N., *et al.*, (2004). Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Critical Care Medicine*, 32, 1484- 1488.
- Mendonca, D., e Warren, N. A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing*, 21, 58- 67.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*, 8, 332-349.
- Molter, N. C. (1994). Families are not visitors in the critical care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13, 2-3.
- Moreau, D., Goldgran-Toledano, D., Alberti, C., Jourdain, M., Adrie, C., Annane, D. (2004). Junior versus senior physicians for informing families of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 169, 512-517.
- Needle, J. S., O' Riordan, M., e Smith, P. G. (2009). Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10, 668-674.
- Nunes, S. M. (2000). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care.

- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., e Baltar, M., (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health e Medicine*, 12, 225-237.
- Pio Abreu, J. (1997). O espaço e o tempo nos signos. *Revista Interações*, 5, 43-64.
- Phaneuf, M. (1998). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Almada: Lusociência Edições Técnicas e Científicas.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., *et al.*, (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29, 1893-1897.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., *et al.*, (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal Critical Care*, 20, 90-96.
- Potter, P. A., e Perry, A. G. (1997). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática* (4ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Portellance, C. (1994). *Relation d'aide et amour de soi*. Montréal : Les Éditions Jouvence.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.
- Reis, F., e Rodrigues, V. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richman, J. (2000). Coming out of intensive care crazy: Dreams of affliction. *Qualitative Health Research*, 10, 16-20.
- Rothen, H. U, Stricker, K. H, e Heyland, D. K. (2010). Family satisfaction with critical care: Measurements and messages. *Current Opinion in Critical Care*, 16, 623-631.

- Salomé, J., e Potier, C. (2000). *Oser travailler heureux*. Paris : Albin Michel.
- Silva, J. (2002). *Necessidades das famílias dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (1997). Guia para o transporte do doente crítico. Descarregado em 14/Maio/2010 da página WEB: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugueses.pdf>
- Teixeira, J. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14, 135-139.
- Titler, M. G., Cohen, M. Z., e Craft, M. J. (1991). Impact of adult critical hospitalization: Perceptions of patients, spouse, children, and nurses. *Heart e Lung: the journal of critical care*, 20, 174-182.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. (A. Cabral, trad.). São Paulo: Edição Cultrix (Obra original publicada em 1967).
- Zigmond, A. P., e Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) as a screening instrument in tinnitus evaluation. *International Journal of Audiology*, 43, 458-464.

**Anexos**

---

## **Anexo 1**

### **Pedido de autorização para a realização do estudo**

---

Ao Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Eu, Diana Monteiro Vilhena, a frequentar o Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Dr. José Barros de Oliveira, tendo projectado desenvolver a minha tese no âmbito **da comunicação entre profissionais de saúde e familiares do doente crítico**, solicito a Vossa Excelência a autorização para desenvolver o trabalho de campo nesta instituição, no serviço de Medicina Intensiva (SMI), com os familiares dos doentes internados nesta unidade e os Profissionais de Saúde que aí desenvolvem as suas funções.

O estudo tem como finalidade avaliar a importância da comunicação eficaz para a satisfação com a assistência e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão nos familiares do doente crítico, mais especificamente perceber a relação entre as variáveis satisfação com a assistência, satisfação com a comunicação, ansiedade e depressão e a influência destas variáveis na compreensão da informação sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Atendendo às particularidades do serviço em questão e à fragilidade da população em estudo, principalmente dos familiares do doente crítico, há aspectos éticos, que obrigatoriamente, foram considerados no planeamento da investigação, e se relacionam com:

- Participação voluntária;
- Esclarecimento a proporcionar aos participantes;
- Garantias de confidencialidade e anonimato;
- Não interferência no momento de visita ao doente;
- Não interferência no funcionamento normal do serviço;

Nota: Junto anexo o pedido do meu orientador e as linhas mentoras do meu projecto de investigação.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada

Pede deferimento,

---

(Diana Vilhena)

## **Anexo 2**

### **Questionário para familiares – versão pré-teste**

---



**Dados sócio-demográficos:**

Preencha as seguintes informações para nos ajudar a conhecer um pouco sobre si e o seu familiar.

**Dados relativos a si:**

- Sexo: Masculino  Feminino
- Idade : \_\_\_\_\_ anos
- Grau de parentesco com o doente  
Cônjuge  Irmã/ irmão   
Outro  Especifique qual \_\_\_\_\_  
Mãe/pai  Filho (a)
- A sua profissão está ligada à área da saúde?  
Sim  Não
- Anteriormente a este acontecimento mais recente, já teve algum familiar numa UCI  
(Unidade de Cuidados Intensivos)  
Sim  Não

**Dados relativos ao doente:**

- Sexo: Masculino  Feminino
- Idade : \_\_\_\_\_ anos

## Parte I – Questionário sobre comunicação com os Profissionais de Saúde

Esta parte do questionário destina-se a avaliar a forma como a **comunicação** entre os **profissionais de saúde** e os **familiares** se processa.

Consoante a frequência dos acontecimentos, faça uma **cruz (X)** no:

1- (Quase) Sempre

2- Às vezes

3-(Quase) Nunca

1- Os profissionais de saúde fornecem-lhe as informações que considera necessárias para compreender o estado de saúde do seu familiar?	1	2	3
2- A informação recebida foi perceptível?	1	2	3
3- Os profissionais de saúde explicam os cuidados que estão a prestar ao seu familiar?	1	2	3
4- É informado(a) da evolução do estado clínico do seu familiar	1	2	3
5- Os profissionais de saúde quando estabelecem contacto consigo, preocupam-se em manter um ambiente calmo?	1	2	3
8- Os profissionais de saúde demonstraram preocupação com os seus medos e receios?	1	2	3
9- Os profissionais de saúde demonstraram disponibilidade para ouvir as suas dúvidas e questões?	1	2	3

## ParteII - Questionário sobre compreensão do diagnóstico, prognóstico e tratamento

### Instruções

As perguntas que se seguem dizem respeito ao conhecimento que adquiriu sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do seu familiar. Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião e preencha os espaços em vazio.

a) Compreendeu o diagnóstico?

Sim  Não

Qual o órgão primariamente envolvido? \_\_\_\_\_

b) Sabe o prognóstico?

Sim  Não

Se respondeu **sim**, diga-nos se é:

Doente grave com baixas hipóteses de sobreviver

Doente não grave com elevadas hipóteses de sobreviver

c) Compreendeu o tratamento?

Sim  Não

Se respondeu sim, diga-nos um dos tratamentos \_\_\_\_\_

---

**Parte II – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar ( cf. Anexo 6 )**

### **Anexo 3**

### **Questionário sócio-demográfico para familiares**

---

### **Dados sócio-demográficos:**

Preencha as seguintes informações para nos ajudar a conhecer um pouco sobre si e o seu familiar.

### **Dados relativos a si**

1. Sexo:            Masculino       Feminino
2. Idade : \_\_\_\_\_ anos
3. Grau de parentesco com o doente
4. Cônjuge             Irmã/ irmão   
Outro  Especifique qual \_\_\_\_\_  
Mãe/pai             Filho (a)

### **Dados relativos ao doente**

1. Sexo:            Masculino       Feminino
2. Idade : \_\_\_\_\_ anos

**Anexo 4**

**Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)**

---

## Satisfação da Família em relação à Assistência na Unidade de Cuidados Intensivos

As perguntas que se seguem são relativas ao internamento do seu familiar na UCI. Estamos cientes da possibilidade de terem sido vários os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde a prestar assistência ao seu familiar. Sabemos que podem existir objecções, mas estamos interessados na sua avaliação global da qualidade da assistência prestada. Compreendemos que é um período muito difícil para si e para a sua família, mas ficaríamos muito gratos se despendesse de um pouco do seu tempo para nos dar a sua opinião. Diga-nos o que foi do seu agrado e o que pode ser feito para melhorar a UCI. Garantimos-lhe a total **confidencialidade das suas respostas**. Os médicos e enfermeiros que prestam assistência ao seu familiar não terão qualquer forma de identificar as suas respostas.

### PARTE 1: SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA

**Selecione a opção que melhor corresponde à sua opinião. Se a pergunta não se aplicar ao caso do seu familiar, selecione a opção “Não Aplicável” (N/A).**

#### FORMA DE TRATAMENTO EM RELAÇÃO AO SEU FAMILIAR (O PACIENTE)

1. Preocupação e assistência por parte da equipa da UCI:  
**A atenção, o respeito e a compaixão dados ao seu familiar**  
(o paciente)
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

#### Gestão de sintomas:

A forma como a equipa da UCI avaliou e tratou os sintomas do seu familiar

2. **Dor**
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

- |    |                                   |   |   |                                   |  |                                   |                                   |
|----|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 3. | <b>Dificuldades de respiração</b> | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 4. | <b>Perturbação</b>                | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |

### FORMA DE TRATAMENTO EM RELAÇÃO A SI?

- |    |  |   |   |                                   |  |                                   |                                   |
|----|--|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 5. | <b>Consideração pelas suas necessidades:</b><br>A forma como a equipa da UCI mostrou interesse pelas suas necessidades.    | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 6. | <b>Apoio emocional:</b><br>A forma como a equipa da UCI prestou apoio emocional.   | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 7. | <b>Coordenação da assistência:</b><br>O trabalho de equipa de toda a equipa da UCI que prestou assistência ao seu familiar | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 8. | <b>Preocupação e assistência por parte da equipa da UCI:</b><br>A atenção, o respeito e a compaixão dados a si             | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |

### ENFERMEIROS

- |    |   |   |   |                                   |  |                                   |                                   |
|----|---|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 9. | <b>Aptidão e competência dos enfermeiros da UCI:</b><br>A forma como os enfermeiros prestam assistência ao seu familiar | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
|----|---|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|

10. **Frequência de comunicação com os enfermeiros da UCI:**  
A frequência com que os enfermeiros falaram consigo sobre o estado do seu familiar
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

**MÉDICOS (Todos os médicos, incluindo os internos)**

11. **Aptidão e competência dos médicos da UCI:**  
A forma como os médicos prestaram assistência ao seu familiar.
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

**A UCI**

12. **Qual o ambiente na UCI?**
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

**A SALA DE ESPERA**

13. **Qual o ambiente na sala de espera da UCI?**
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

14. **Algumas pessoas querem que seja feito tudo em relação aos seus problemas de saúde e outras não. Está satisfeito com o NÍVEL ou resultado dos cuidados de saúde que o seu familiar está a receber na UCI?**
- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Bastante Insatisfeito      | Ligeiramente Insatisfeito  | Razoavelmente Satisfeito   | Bastante Satisfeito        | Completamente Satisfeito   |

## PARTE 2: SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO ESTABELECIDADA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### INSTRUÇÕES PARA A FAMÍLIA DOS PACIENTES EM ESTADO CRÍTICO

Esta parte do questionário destina-se a avaliar a forma como a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares se processa. Na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), o seu familiar poderá ter recebido assistência de várias pessoas. Gostaríamos que pensasse em toda a assistência que o seu familiar recebeu quando estiver a responder às perguntas.

### SELECIONE A OPÇÃO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA OPINIÃO

#### INFORMAÇÕES INDISPENSÁVEIS

- |    |   |   |   |                                   |  |                                   |                                   |
|----|---|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | <b>Frequência de comunicação com os médicos da UCI:</b><br>A frequência com que os médicos falaram consigo sobre o estado do seu familiar | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 2. | <b>Facilidade na obtenção de informações:</b><br>Disponibilidade da equipa da UCI para responder às suas perguntas                        | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 3. | <b>Compreensão das informações:</b><br>A forma como a equipa da UCI lhe forneceu explicações fáceis de compreender                        | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |
| 4. | <b>Honestidade das informações:</b><br>A honestidade das informações fornecidas em relação ao estado do seu familiar                      | <input type="checkbox"/> 1<br>Excelente | <input type="checkbox"/> 2<br>Muito Bom | <input type="checkbox"/> 3<br>Bom | <input type="checkbox"/> 4<br>Razoável | <input type="checkbox"/> 5<br>Mau | <input type="checkbox"/> 6<br>N/A |

- |    |  |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5. | <b>Integralidade das informações:</b><br>O que a equipa da UCI lhe informou em relação ao que se estava a passar com o seu familiar e ao objectivo dos tratamentos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    |  | Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |
- 
- |    |   |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. | <b>Consistência das informações:</b><br>A consistência das informações fornecidas em relação ao estado do seu familiar (se as informações dos médicos, enfermeiros, etc, coincidem) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
|    |   | Excelente                  | Muito Bom                  | Bom                        | Razoável                   | Mau                        | N/A                        |

**7. Tem algumas sugestões para melhorar a assistência fornecida pela UCI?**

---



---



---



---



---

**8. Tem alguns comentários em relação ao que o agradou?**

---



---



---



---

**9. Adicione alguns comentários ou sugestões que considere úteis para a equipa deste hospital.**

---



---



---



---



---

## **Anexo 5**

**Questionário para familiares sobre a informação do diagnóstico,  
prognóstico e tratamento do doente.**

---

### Parte III – Questionário sobre compreensão do diagnóstico, prognóstico e tratamento

#### Instruções

As perguntas que se seguem dizem respeito ao conhecimento que adquiriu sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do seu familiar. Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião e preencha os espaços em vazio.

a) Compreendeu o diagnóstico?

Sim  Não

Qual o órgão primariamente envolvido? \_\_\_\_\_

b) Sabe o prognóstico ?

Sim  Não

Se respondeu **sim**, diga-nos se é:

Doente muito grave (baixas hipóteses de sobreviver)

Doente grave (elevadas hipóteses de sobreviver)

c) Compreendeu o tratamento?

Sim  Não

Se respondeu sim, diga-nos pelo menos um dos tratamentos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo 6**

**Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

---

#### Parte IV - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma **cruz (X)** no espaço anterior à **resposta** que **melhor descreve a forma como se tem sentido** na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-se relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/ a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Pouco
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **Anexo 7**

### **Questionário para médicos de verificação da compreensão dos familiares**

---

## Instruções

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares se processa.

Responda, primeiramente, a algumas questões sócio-demográficas e de seguida assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião e preencha os espaços em vazio.

## Dados sócio-demográficos

1. Idade \_\_\_\_ anos
2. Sexo      masculino               feminino
3. Tempo de experiência profissional \_\_\_\_ anos
4. Tempo de experiência no SMI \_\_\_\_ anos

**Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião e preencha os campos em vazio.**

1 – Indique o diagnóstico, referindo o (s) órgão (s), mencionado (s) ao familiar.

---

---

2 – Indique qual o prognóstico que mencionou ao familiar.

Doente muito grave (baixas hipóteses de sobreviver)

Doente grave (elevadas hipóteses de sobreviver)

3 – Indique, até ao máximo de 10, o (s) tratamento (s) mencionado (s) ao familiar (ex. antibioterapia, entubação orotraqueal, ventilação artificial, ...)

---

---

---

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Anexo 8**

**Folha de informação para familiares**

---

## Informação

Versão para familiares

### Caro/a Participante

No âmbito de uma pesquisa conducente à elaboração de uma Tese de Mestrado a realizar por **Diana Monteiro Vilhena**, investigadora/aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação do Professor Doutor Barros de Oliveira, irá ser efectuado um **estudo** sobre a **importância da comunicação entre familiares e profissionais de saúde**.

O trabalho tem como **finalidade** contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o **bem-estar e necessidades das famílias**, durante o internamento dos pacientes em cuidados intensivos.

A **participação é livre** podendo recusar participar, sem justificar a sua decisão e sem que existam consequências para si ou para o seu familiar. Caso aceite participar, informo que **não existem respostas certas ou erradas**: o importante é que responda com sinceridade a todas as questões. Para além disso, as respostas às perguntas do questionário são **anónimas e confidenciais** e serão usadas apenas para efeitos de investigação. Os **médicos** e os **enfermeiros** que prestam assistência ao seu familiar **não terão qualquer forma de identificar as suas respostas**. Apenas tomarão conhecimento dos resultados finais.

Pode a qualquer altura obter esclarecimentos complementares através do e-mail [lpsi06034@fpce.up.pt](mailto:lpsi06034@fpce.up.pt)

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento deste estudo, pelo que, desde já agradecemos a sua disponibilidade!

A responsável pelo estudo

---

(Diana Vilhena)

## **Anexo 9**

### **Declaração de consentimento para familiares**

---

## Declaração de Consentimento

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver por Diana Monteiro Vilhena tendo sido apresentada a sua finalidade.

Compreendo que a minha **participação é voluntária**, e que sou livre para a retirar em qualquer altura, sem justificar a minha decisão e sem consequências para mim ou para o meu familiar.

**Foi-me garantida a confidencialidade** do estudo e sei que os dados só serão utilizados para efeitos de investigação.

**Aceito participar**, dando resposta às perguntas do questionário, sabendo que posso a qualquer altura pedir mais esclarecimentos através do e-mail da responsável pelo estudo [lpsi06034@fpce.up.pt](mailto:lpsi06034@fpce.up.pt)

O Participante:

---

A responsável pelo estudo:

---

Data:

— / — / —

**Anexo 10**

**Folha de informação para médicos**

---

## Informação

Versão para Médicos

### Caro/a Participante

No âmbito de uma pesquisa conducente à elaboração de uma Tese de Mestrado a realizar por **Diana Monteiro Vilhena**, investigadora/aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação do Professor Doutor Barros de Oliveira, irá ser efectuado um **estudo** sobre a **importância da comunicação entre familiares e profissionais de saúde**.

O trabalho tem como **finalidade** contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o **bem-estar e necessidades das famílias**, durante o internamento dos pacientes em cuidados intensivos.

As perguntas deste questionário pretendem avaliar a eficácia da comunicação entre profissionais de saúde e familiares.

A **participação é livre** podendo recusar participar, sem justificar a sua decisão e sem que existam consequências para si. Caso aceite participar, informo que **não existem respostas certas ou erradas**. Para além disso, as respostas às perguntas do questionário são **anónimas e confidenciais** e serão usadas apenas para efeitos de investigação.

Pode a qualquer altura obter esclarecimentos complementares através do e-mail [lpsi06034@fpce.up.pt](mailto:lpsi06034@fpce.up.pt)

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento deste estudo, pelo que, desde já agradecemos a sua disponibilidade!

A responsável pelo estudo

---

(Diana Vilhena)

## **Anexo 11**

### **Declaração de consentimento para médicos**

---

## Consentimento Informado

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver por Diana Monteiro Vilhena tendo sido apresentada a sua finalidade.

Compreendo que a minha **participação é voluntária**, e que sou livre para a retirar em qualquer altura, sem justificar a minha decisão e sem consequências para mim.

**Foi-me garantida a confidencialidade** do estudo e sei que os dados só serão utilizados para efeitos de investigação.

**Aceito participar**, dando resposta às perguntas do questionário, sabendo que posso a qualquer altura pedir mais esclarecimentos através do e-mail da responsável pelo estudo [lpsi06034@fpce.up.pt](mailto:lpsi06034@fpce.up.pt)

O Participante:

---

A responsável pelo estudo:

---

Data:

— / — / —