



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Proceso comunicativo en urgencias entre la enfermera y los pacientes: representaciones sociales

Adriana Valongo Zani¹, Sônia Silva Marcon², Vera Lúcia Pamplona Tonete³,
Cristina Maria Garcia de Lima Parada³

¹ Universidade Estadual de Londrina

² Universidade Estadual de Maringá

³ Universidade Estadual Paulista

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar el proceso comunicativo establecido entre el profesional del área de enfermería (enfermeros y técnicos de enfermería) y el paciente/familiar en una Unidad de Urgencias, en la perspectiva de profesionales y pacientes envueltos. **Método:** Fue utilizado un enfoque cualitativo fundamentado en la Teoría de la Representación Social. Se contó con la participación de 40 sujetos, siendo 20 profesionales de enfermeira y 20 pacientes. La recolección de datos ocurrió en el período de mayo a junio de 2011 y, para el análisis, se utilizó el referencial metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Los discursos fueron agrupados en dos temas: Comunicación entre el profesional y el paciente/familiar y la importancia del proceso comunicativo con la familia para la recuperación del paciente. **Discusión:** Las representaciones aprendidas se mostraron semejantes, especialmente al considerar las dificultades del proceso comunicativo y restrictas, al reducirlo a orientaciones e informaciones. **Conclusión:** Fue reconocida la importancia de la comunicación con el familiar en la recuperación de los pacientes.

Descriptor: Comunicación; Enfermería; Pacientes; Familia; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUCCIÓN

El término comunicar se deriva del latín *communicare* y significa “poner en común”⁽¹⁾. Se entiende, a partir de esa definición, tratarse del intercambio comprensivo de significación por medio de símbolos, habiendo o debiendo haber reciprocidad en la interpretación del mensaje. Sea cual sea el modo de la comunicación, sin embargo, ella está siempre presente en la escena terapéutica, vinculando contenidos conscientes e inconscientes, cuya significación está vinculada al contexto en que ocurrió⁽²⁾.

La comunicación es considerada por los profesionales de salud como un instrumento básico para el cuidado y está presente en todas las acciones realizadas con el paciente/cliente, sea para nortear, informar, apoyar, confortar o atender sus necesidades básicas. Por lo tanto, es una de las herramientas utilizadas para desarrollar y perfeccionar el saber-hacer profesional, siendo particularmente relevante para viabilizar un cuidado de calidad.

La atención es un complejo acto de interacción entre seres humanos, constituido de acciones y actividades de salud direccionadas al paciente y con él compartidas, implicando el diálogo, escucha, ayuda, intercambio, apoyo, confort, descubrimiento del otro, aclaración de dudas, cultivo de la sensibilidad y promoción, valorización y comprensión mutuas⁽³⁾. Requiere interacción directa entre el profesional y el paciente lo que, por su vez, depende de la comunicación efectiva, cabiéndole al profesional el uso adecuado de técnicas de la comunicación interpersonal.

Se reconoció la importancia de la familia frente a la enfermedad de uno de sus miembros. Así, tenemos el supuesto de que, en el proceso de comunicación que se establece durante la hospitalización, se debe considerar el paciente y sus familias.

Comunicación puede ser verbal o no verbal y unirse a los ruidos que interfieren con su desarrollo, dando lugar a dificultades en la atención y relación paciente-profesional. Es un proceso complejo, especialmente cuando el individuo está en hospitales, una situación en la cual las expectativas sobre el tratamiento y la calidad de la atención pueden interferir con su desarrollo y, en consecuencia, en la recuperación del paciente⁽⁴⁾.

Comunicación verbal se expresa por el discurso o manifestaciones de comportamiento no verbal y escrito involucrados expresadas por palabras, gestos, silencio, expresiones faciales y postura corporal. Aspectos de la comunicación no verbal fuertemente influyen en las relaciones humanas y deben observarse diariamente por los profesionales que tratan directamente con personas, como los trabajadores de salud⁽⁵⁾.

Ser competente en la comunicación es una habilidad fundamental para ser adquirida por el profesional de la salud en general y de enfermería en particular, porque permite un cuidado consciente, real y transformador⁽⁴⁾.

Teniendo en cuenta el papel de los profesionales de enfermería en la atención sanitaria y la importancia de la comunicación para su pleno desarrollo, especialmente cuando se trata de situación urgente o de emergencia, se ha propuesto para el presente estudio, el objetivo de describir y analizar el proceso comunicativo establecido entre las enfermeras profesionales (enfermeras y técnicos de enfermería) y el paciente y la familia en la unidad de urgencias desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales involucrados.

MÉTODO

El enfoque cualitativo fue utilizado para realizar este estudio. La investigación cualitativa

se entiende como aquella capaz de incorporar la cuestión del sentido y la intencionalidad como inherente a los actos, relaciones y estructuras sociales, el último ser tomadas tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas⁽⁶⁾.

El escenario de estudio fue la sala de urgencias de un hospital escuela, acreditada por el Sistema Único de Salud (SUS), una institución pública del estado de Paraná que prioriza el desarrollo de las actividades de asistencia, docencia e investigación. Debido a su capacidad operacional activa, está clasificado como un hospital para llevar cuatro. Tiene en su estructura hospitalización médico-quirúrgica unidades, pediátrico, maternidad, quirúrgica centro, sala de emergencias y cuidados intensivos (UCI) para adultos, pediátricos y neonatales.

La sala de urgencias de esta institución reúne un número de 110 pacientes promedio por día, es un referente en el municipio para la atención traumatológica, anfitrión por calificación de riesgo se realiza en las especialidades de ortopedia, cirugía, Ginecología y Obstetricia, con referencia también a los casos de intoxicaciones y accidentes con animales venenosos, de ocurrencias de la emergencia móvil servicio (SAMU), atención integral servicio de emergencia traumatológica (SORPRENDAS) y referencias de las unidades básicas de salud, hospitales y municipios de la salud Regional XV de Paraná. Cabe señalar que aunque esta es una unidad de urgencias, son comunes las hospitalizaciones de los adultos en esa ubicación.

40 sujetos participaron en este estudio, siendo 20 profesionales de la salud (enfermeras y técnicos de enfermería) trabajando en la sala de emergencia y 20 pacientes ingresados en el mismo sector.

El tema les fue informado a los invitados personalmente por los investigadores, también sobre la ocupación y la valoración de los

investigadores, así como los objetivos de la investigación, y después de que el paciente firmó el consentimiento informado. Como criterios de inclusión: profesionales de la salud deben ser enfermeras o técnicos de enfermería que estén trabajando en el servicio de urgencias en el momento de su recogida. Con respecto a los pacientes, deben ser admitidos en la sala de emergencias para el tratamiento durante el mismo período. Fueron excluidos los profesionales del estudio que estaban cubriendo la sala de emergencias, pero pertenecían a otras unidades; y los pacientes que estaban a menos de 12h en la sala de emergencias.

La duración media de la reunión de los investigadores participantes fue de unos 45 minutos, entre la interacción inicial y la entrevista. El número de participantes no fue definido a priori, por haber sido determinado en el momento que se hacía la recopilación de datos, se contestaban las preguntas y el objetivo del estudio era alcanzado.

Las entrevistas fueron grabadas y se utilizó un cuaderno de campo que, al final del mismo, el participante escuchaba la cinta y la leía después del investigador hacer una síntesis en el campo para que el mismo pudiera estar de acuerdo o cambiar la información. Las entrevistas de los profesionales y los pacientes se realizó en la clínica, salvo unas pocas excepciones en que el paciente no podía y entonces la entrevista se produjo en la cama.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el período de mayo a junio de 2011, a través de entrevistas semiestructuradas, en la suposición de que la entrevista es un proceso de interacción social, en el cual el entrevistador tiene el propósito de obtener información de la demandada, a través de script que contenga temas alrededor de un problema central⁽⁷⁾. Además, se centra en la obtención de información a través de la expresión individual, que revela las

Zani AV, Marcon SS, Tonete VLP, Parada CMGL. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. Online braz j nurs [internet] 2014 Jun [cited month day year]; 13 (2):139-49. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036>

condiciones estructurales, sistemas de valores, normas y símbolos y transmite, a través de un portavoz, representaciones de ciertos grupos⁽⁶⁾.

Las preguntas orientadoras utilizadas para motivar el habla de los profesionales fueron: ¿Cómo ve usted la comunicación entre usted y el paciente y/o familia (instalaciones/dificultades)?. ¿En qué situaciones hablas con el paciente y/o familia?. Teniendo en cuenta el proceso comunicativo, ¿cómo calificaría la presencia de familiares en la sala de emergencias? Para los pacientes: ¿Cómo valora la comunicación que se produce entre usted y los profesionales de enfermería que lo asisten? ¿Le gustaría que estos profesionales hablaran con usted acerca de su salud? ¿Quién habló con usted y su familia durante la internación? y ¿qué dijeron?

El marco teórico adoptado para el análisis de los datos fue la teoría de las representaciones sociales, una interpretación de la realidad que asume que no hay distinción entre sujeto y objeto de la investigación, puesto que toda la realidad está representada por el individuo. Por lo tanto, la representación es una visión unitaria y global de un objeto, para que el individuo puede formar esta visión global, que utiliza hechos cotidianos y elementos de común sensación conocimiento⁽⁸⁾.

La representación social se expresa como "forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con alcance práctico que contribuye a la construcción de una realidad común determinado conjunto social"^(9: 609), donde el tema de la investigación da significado a un objeto, a partir de su propia realidad o experiencias⁽⁹⁾. Es expresión filosófica que significa la reproducción de una percepción anterior de la realidad o del contenido del pensamiento. Así, se expresa por las representaciones colectivas, para referirse a las categorías del pensamiento mediante el cual la sociedad particular se desarrolla y expresa su realidad⁽⁶⁾.

Los datos se procesaron según el metodológico referencial del discurso sujeto colectivo (DSC). Propuesta de DSC consiste básicamente en analizar el material verbal recogido, extracción de los cuatro discursos figuras metodológicas para organizar, presentar y analizar los datos obtenidos a través de los testimonios. Las expresiones claves consisten en verbatimims de las declaraciones, que permiten el rescate de lo que es esencial en el contenido discursivo; la idea central (IC) de un discurso puede ser entendido como el(s) derecho(s) que permite(n) traducir la parte esencial de los contenidos discursivos; el DSC busca reconstruir, con trozos de discursos individuales, como una cabeza de descanso, tantos discursos-síntesis se considere necesario expresar la representación pensando o social de un grupo de personas sobre un tema en particular y está construida en la primera persona del singular; el anclaje es la manifestación de una determinada teoría lingüística, ideología o creencia de que el autor del discurso puede declarar y que, como una declaración general, está siendo usada por el indicador de "marco" de una situación específica⁽¹⁰⁾. En este estudio, se desarrolló las primeras tres cifras.

La investigación fue realizada con el consentimiento de la investigación local Comité de ética (dictamen nº 111/2011) y la respuesta plenamente la resolución bajo el número 196, 10 de octubre de 1996, que aprueba las directrices y normas reglamentarias para la investigación con seres humanos⁽¹¹⁾. Para garantizar el anonimato de los sujetos, los profesionales de enfermería han sido identificados por las letras PE y los pacientes por la letra P seguido de secuencia numérica.

RESULTADOS

Breve relato de profesionales muestra que las enfermeras estaban en la edad del grupo entre 25 y 35 años de edad y tenía un tiempo promedio

de experiencia en urgencias entre seis meses y cinco años; técnicos de enfermería estaban en el grupo de edad entre 35 y 55 años, con experiencia en urgencias entre cinco y 20 años. La edad de los pacientes osciló entre 18 y 65 años, con duración de la estancia que van de tres a 15 días.

Para el análisis, las intervenciones de los profesionales fueron agrupadas en dos temas: la comunicación entre el profesional y el paciente y su familia y la importancia del proceso comunicativo con la familia para la recuperación del paciente, como se presenta a continuación.

Tema 1- La comunicación entre el profesional y el paciente/familiar

Surgieron de los discursos de profesionales y pacientes una visión negativa y restricta del proceso comunicativo, como puede ser aprendido de las IC 1 a 3:

IC 1 – La comunicación no ocurre adecuadamente

DSC 1: Me doy cuenta de que debido al gran número de pacientes, exceso de trabajo, discapacidad en la plantilla de empleados, a veces no realizamos una orientación adecuada y continua, siendo que en su mayoría apenas respondemos lo que a familia o el paciente cuestionan y no siempre lo hacemos. En muchas situaciones nuestras orientaciones son inadecuadas y precarias (PE1-PE2, PE5, PE12, PE15, PE17, PE20).

DSC 2: En términos generales, no hay mucha facilidad en relación a las orientaciones, pues la mayoría de mis clientes, o sea, mis pacientes y familiares, pertenecen a un nivel socioeconómico y cultural bajo y por más que yo nortee y intente utilizar

un lenguaje más común y simples, observo que ellos no logran comprender las informaciones y vuelven a cuestionar una y otra vez sobre el mismo asunto (PE1-PE2, PE4, PE9-PE10, PE18).

DSC 3: Creo que otro factor que no favorece al paciente y la familia es que tienen problemas de comprensión de las informaciones y las orientaciones que les paso, ocurre por que muchos pacientes son hospitalizados por largos periodos, aguardando procedimientos quirúrgicos, ya que lamentablemente nosotros, profesionales, no tenemos como precisar el tiempo que ellos van a aguardar. Esto acaba por generar insatisfacción, ansiedad y estrés, que puede ser una justificativa para que el paciente y la familia no puedan comprender nuestras orientaciones (PE1-PE3, PE7, PE9-PE10, PE18-PE20).

IC 2 – Los profesionales brindan informaciones falsas

DSC 4: Muchos profesionales no se hacen entender, utilizan palabras que no conozco, dan informaciones falsas, diciendo que voy a ir y luego viene otro y dice que no, que tendré que operar. Ellos, muchas veces, no saben precisar cuanto tiempo me quedará hospitalizado y cuando van a resolver mi problema, o entonces ¿por qué tarda tanto tempo para resolver... (P1, P6, P7, P9, P11, P14, P17, P18, P20).

IC 3 – No hay ninguna información sobre la rutina del hospital

DSC5: En realidad, no conseguí ninguna información sobre la rutina del

hospital. Toda vez que necesito algo, tengo que preguntar. Sólo sé el horario de visitas porque tomé el papel en la recepción, más del resto no sé nada. ¡Ah! También sé que no pueden traer alimentos de casa, pues un día mi familia ha traído y no la dejaron entrar, han dicho que era norma del hospital (P2, P3, P4, P8, P10, P12, P15, P16, P19).

En contrapunto, el DSC 6, elaborado a partir del habla de pacientes, revela una situación favorable relativa al proceso de comunicación con el equipo de enfermería:

IC4 – Las informaciones son claras y fáciles de entender

DSC6: Las informaciones que he recibido de los profesionales de la salud, principalmente de la enfermera, en muchas situaciones fueron claras y fui capaz de entender, ellas logran explicar de una manera más fácil de entender (P1, P2, P3, P5, P6, P8, P13, P19).

Las IC 5 y 6 se refieren a la discusión de situaciones de comunicación aplicada.

IC5 – Se proporcionan informaciones en todas las situaciones, de la hospitalización hasta el alta

DSC 7: Generalmente realizo orientaciones en relación al cuadro clínico del paciente que está en la sala de emergencia, hablo de las intervenciones que será sometido, o que ya fue sometido, oriento la familia sobre como obtener informaciones sobre resultados de exámenes y verificar la situación del paciente en la cola de espera para

quirurgias o transferencias para otros servicios, o sea, busco ofrecer informaciones en todas las situaciones, desde la hospitalización hasta el alta hospitalaria (PE1, PE3, PE5, PE7, PE8).

IC6 – Se proporcionan informaciones solamente sobre procedimientos

DSC 8: Las situaciones en que específicamente proporcionan informaciones al paciente y/o familia son: en los casos de ayuno para quirurgias o exámenes, situaciones de preparo de exámenes, encaminamiento del paciente para procedimientos fuera del hospital y en casos que voy realizar procedimientos en el paciente como: curativos, punciones venosas /o sondaje (PE1, PE3, PE5, PE9, PE11, PE13, PE16-PE17).

Tema 2 - La importancia del proceso comunicativo con la familia para la recuperación del paciente

En términos generales, la comunicación con la familia fue considerada positiva, con el potencial de ayudar en la recuperación de los pacientes, especialmente en situaciones de mayor dependencia y en el momento de alta, de acuerdo conforme evidencia las IC 7 a 9:

IC 7 - La presencia de la familia es positiva e importante para el cuidado

DSC 9: La presencia de la familia junto al paciente admitido en la emergencia, generalmente, es positiva e importante, porque ayuda tanto al equipo de enfermería como al paciente, principalmente en los casos de pacientes más débiles. El hecho del paciente

poseer acompañante posibilita que los mismos acompañen los cuidados prestados por el equipo de enfermería y demás profesionales a su familiar enfermo (PE1, PE3, PE5, PE17, PE20).

DSC 10: El acompañante proporciona comodidad y seguridad al paciente, porque proporciona apoyo psicológico y emocional, algo que los profesionales de salud, por la demanda de trabajo y por el número reducido de profesionales, no pueden realizar (PE5, PE7, PE17-PE19).

DSC 11: El acompañante ayuda al paciente en procedimientos simples, como higiene bucal, bañarse y alimentación, llevarlo al baño, alienta a caminar cuando es permitido, ayuda al paciente a salir de la cama, a sentarse en la silla y a cambiar de ropa (PE1-PE2, PE4-PE5, PE7).

IC8 – Se cuenta con el acompañante para algunos anuncios

DSC 12: Estoy buscando, en primer lugar, evaluar al paciente: edad, diagnóstico y cuando haya algún anuncio solicitando la presencia de la escolta. Al igual que en la situación, en el cual el paciente depende y tendrá que ir con una sonda enteral, por ejemplo, solicitando apoyo de servicios sociales y nutrición, así que podemos juntos conducir este familiar en la preparación y administración de la dieta y el cuidado con la sonda. Yo creo que los lineamientos son importantes, porque ayudará a la familia a cuidar de su paciente en el hospital y principalmente en su domicilio (PE1, PE2, PE5, PE9, PE11).

IC9 – Comunicación entre familia y equipo contribuye con el cuidado

DSC 13: Cuando la familia permanece junto a su ente enfermo, este hecho permite que puedan sanar sus dudas y facilita para que la familia, en el momento del alta, se sienta con más seguridad para cuidar de su familiar en domicilio, así como proporciona que asimilen más rápidamente las orientaciones dadas por los profesionales de salud (PE1, PE3, PE5-PE6, PE8).

DSC 14: Ellos (acompañantes) ayudan al equipo de enfermería, proporcionando informaciones sobre la historia del paciente, alertando sobre cambios en el cuadro del paciente en los casos en que la enfermería no está en el cuarto en ese momento, advierten sobre procedimientos, como cuando la medicación o soro acabaron, cuando el paciente está con dolor y necesita de medicación o incluso en situaciones en que hay necesidad de cambio o higiene del paciente encamado (PE9, PE12, PE14-PE15, PE17-PE19).

En contrapunto, en el discurso 15, los profesionales han mostrado aspectos negativos relacionados con la presencia de la familia que, en la percepción de ellos, pueden permanecer en el entorno hospitalario sólo si atiende a su familiar:

IC10 – Conversaciones paralelas tumultúan el entorno hospitalario

DSC 15: Hay algunas situaciones en que la familia puede dificultar el tratamiento del paciente, principalmente cuando no

permiten determinados cuidados y procedimientos, o cuando el familiar, al invés de permanecer al lado de su familiar enfermo, proporcionando cuidados y/o haciéndole compañía, opta por caminar por los pasillos de las unidades hablando con otros pacientes y familiares, amotinando al entorno hospitalario (PE5-PE6, PE12, PE17, PE20).

DISCUSIÓN

Es sabido que la expectativa de que la persona tiene en relación con la hospitalización, el tratamiento y la calidad de la atención son factores que pueden interferir con su recuperación⁽⁴⁾. Cuidados de enfermería es un acto de interacción, consistente en acciones y actividades dirigidas a la paciente y compartido con él, que implica diálogo, escucha, ayuda, intercambio, apoyo, la comodidad y la aclaración de dudas, cultivar la conciencia, descubrimiento, apreciación y comprensión de los demás. En esta perspectiva, la comunicación puede contribuir a una eficaz acción terapéutica, no sólo para curar el cuerpo, sino también traer consuelo al espíritu.

El acto de cuidar, que lleva en su contexto la objetividad de la técnica y la subjetividad de la creación, puede favorecer al equipo de enfermería para que reflexionen y miren de forma genuina la vida, mejora de la calidad para quienes física o emocionalmente dependen de ello. Esta es la vida cotidiana de los cuidados que la enfermería relación dialógica – paciente y la familia puede resultar en apoyo, equilibrio y bienestar⁽⁴⁾.

Parte intrínseca de la atención, la comunicación con el paciente y la familia, en este estudio, fue vinculado a la orientación, teniendo el proceso de orientación ideal como algo continuo, pero señalando como la verdadera respuesta las

preguntas, no siempre claramente. Es cierto, sin embargo, que el paciente y la familia esperan que el profesional esté listo para proporcionarles información que pueda aliviar sus inquietudes y dudas, pero el proceso de comunicación no debe limitarse a eso.

Los discursos también indican que los mensajes verbales emitidos por los profesionales no son entendidos siempre por el paciente y su familia. En la charla, la reflexión sobre el proceso de comunicación, estos últimos señalan posibles fallos.

Cabe señalar que las dificultades de comunicación con los pacientes/familiares a menudo se plantean por el personal de enfermería y, como una manera de protegerse a sí mismos, técnicos de enfermería tienden a proporcionar la menor información posible, solicitando la presencia de las enfermeras en muchas de las interacciones necesarias⁽¹²⁾. Otro aspecto a considerar es que para algunos enfermeros, las diferencias sociales, económicas y culturales se han constituido como barreras de comunicación. Por otro lado, los pacientes citan comunicación con las enfermeras como eficaz en comparación con lo establecido con otros profesionales de la salud.

La comunicación entre los trabajadores de enfermería y la familia del paciente hospitalizado merece destaque, porque aún es testigo de una importante falta de conocimiento sobre la evolución clínica por sus familiares. El derecho de los familiares a la información sobre el estado clínico y psicológico de su pariente, aunque se aseguró en el código de ética de los profesionales de enfermería y en la Constitución brasileña, no siempre ocurre⁽¹²⁾. Recordar que el propósito es proporcionar al profesional del cuidado médico y al paciente y la familia las necesidades delineadas que deben cumplir, para ayudar a la persona que se preocupa y se siente un ser humano digno y con autonomía a resolver sus problemas, con el objetivo de la promoción,

mantenimiento y restauración de su salud física y mental, así como encontrar nuevos patrones de comportamiento ante una situación inesperada.

En relación con el paciente, éste espera que el profesional de la salud le proporcione información precisa a respeto de su estado de salud/enfermedad. Sin embargo, la percepción de que estas informaciones no son siempre claras, son contradictorias, planteada por el descontento y la ansiedad en relación con el trato que están recibiendo.

Aunque la comunicación diaria sea esencial para el ejercicio de la práctica profesional, se observa que hay aspectos que interfieren negativamente en la interacción entre profesionales de la salud y el paciente. Sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, el dominio dado a la rutina de trabajo en relación a la interacción con el paciente, la falta de entrenamiento, la exclusión de la familia en el proceso de cuidado para el paciente, son aspectos negativos⁽¹²⁾. En los discursos de los pacientes, se pone de manifiesto la existencia de problemas, incluso cuando se considera la transmisión de información básica, simple y común para los profesionales, pero muy necesarias e importantes para que el paciente y la familia comprenden la dinámica. Conocer las rutinas del hospital ayuda en la preparación del paciente para experimentar su condición de hospitalizados en urgencias, una situación que puede generar miedo y angustia.

Por lo tanto, es necesario que la enfermera profesional realice una gestión cuidadosa y que abarque también la realización de acciones orientadas hacia el funcionamiento de la unidad y por consiguiente minimizar las dificultades de coexistencia entre el paciente-familia y profesionales en una unidad hospitalaria⁽¹³⁾.

Las familias y los pacientes tienen necesidades específicas, incluyendo la relativa a la comunicación y, si no se cumple, pueden desencadenar trastornos de estrés, de humor y ansiedad.

En los entornos físicos para la restauración de la salud, los hospitales, en General, falta un tratamiento adecuado, para que puedan ser reconocidos como ambientes saludables. Una de las causas de este problema está relacionada con la dificultad del hospital de proporcionar información clara y objetiva a sus usuarios, en casos pacientes y familiares. Por otro lado, escuchar críticas, sugerencias y exigencias de estos usuarios pueden disminuir los aspectos negativos y revelar datos importantes para ser incorporado en las rutinas y las normas y así contribuir a la condición de promotores de salud⁽¹⁴⁾.

El estudio reveló la importancia del proceso comunicativo con la familia para la recuperación del paciente. Es sabido que para el ser humano, la enfermedad representa la ruptura de la armonía orgánica, interfiriendo con todos los sectores de la vida y que afectan, incluso, la convivencia con los familiares. Cuando la hospitalización es necesaria, el individuo es quitado de su entorno familiar y llevado a un mundo totalmente extraño, donde estrictas reglas y rutinas pueden controlar y determinar sus acciones⁽¹⁵⁾. Los pacientes suelen informar que el entorno hospitalario es desconocido y agresivo, donde sufren un cambio forzado de dieta e hidratación, con el miedo de morir, la dependencia de otros, el respeto a la intimidad y falta de atención individualizada⁽³⁾. En este contexto, se puede retrasar la recuperación, lo que ha hecho con que los hospitales acepten o incluso alienten la presencia de familiares acompañantes.

Además de proporcionar apoyo al paciente, la familia puede proporcionar la información necesaria para el mejor cuidado, pues descodifica los gustos, gestos, expresiones de los pacientes con la restricción de la comunicación verbal; y esta información puede ser esencial para los cuidados de la enfermería⁽³⁾.

El estrecho contacto de la familia con el tema hospitalizado, además de beneficioso

para ellos, disminuye la sensación de impotencia frente al sufrimiento de este individuo⁽³⁾. Cabe señalar que la familia debe, y tiene apoyo legal en este sentido, y tiene que ser informado de las condiciones de salud de su familia y participar activamente en el proceso de atención al paciente. El equipo de enfermería mediante al reconocimiento de su papel, debe introducirlo con eficacia en el proceso comunicativo.

Uno debe considerar, también, que para miembros de la familia puede ser difícil salir de su rutina y vivir la experiencia de la enfermedad de alguien cercano. Cabe, entonces, a los servicios, promover un entorno favorable donde el paciente y la familia sientan tranquilidad y confianza para la vivencia del derecho de estar juntos, al mismo tiempo en que posibilita al acompañante identificar, sentir, conocer, elegir y decidir sobre las maneras de actuar en este entorno, sin interferencia negativa en la organización de los servicios de salud.

Delante de la necesidad de hospitalización, especialmente en situaciones de emergencias, la familia de los pacientes necesita apoyo y no debería considerarse como una ayuda "técnica" para la enfermería, sino como individuos para ser atendidos. Para cumplir con su papel de apoyo a la situación vivida por el paciente, también necesitan apoyo en sus necesidades físicas y emocionales, como una conversación instructiva, la posibilidad de tener una silla extra que permita el contacto con la persona amada, o incluso la oferta de una comida en un momento más crítico, entre otras acciones que demuestren la acogida.

En el presente estudio, la comunicación también estaba relacionada a la orientación de los aspectos biológicos del cuidado, reconociendo la división del trabajo en las especialidades y asignando el papel del informador al profesional y al paciente/familiar el de receptor del mensaje. La comunicación apropiada debe ser entendida como la recepción de la información de lo que

el individuo quiere saber, hacer preguntas y obtener las respuestas, recibir noticias. Siendo esencial que el profesional entienda lo que la familia está pidiendo y vice versa⁽³⁾.

En resumen, es esencial para la familia el bienestar de sus miembros y las evidencias de su papel positivo en la recuperación de la salud viene obligando a las instituciones y profesionales a considerar el cuidado humanizado, centrado en la familia, como parte integral de la práctica de salud⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Este estudio reveló que las representaciones de pacientes y profesionales actuantes en la unidad de urgencia mantienen semejanzas en algunos aspectos, especialmente en la consideración de las dificultades inherentes a este proceso y su percepción de forma restricta: los profesionales la identificaron como orientación y los pacientes como informaciones recibidas. Ampliar esta concepción es el desafío a ser asumido, especialmente por los profesionales de área de enfermería.

Entre las representaciones de los profesionales sobre el proceso comunicativo la familia fue destacada, sobre todo con respeto a su posible contribución para la recuperación del paciente familiar. En ese sentido, cabe a los profesionales y servicios buscar la comunicación efectiva con la familia, con el fin de potenciar su papel.

CITAS

1. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2011 December 10]; 11(6): 292-5. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/808/921>.

2. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. Rev. CEFAC. [Internet]. 2011. [cited 2011 July 08] jan/fev; 14(1): 164-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011005000067&lng=pt.
3. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2007; 39(4):423-9.
4. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(3): 632-637.
5. Rossi-Barbosa LAR et al. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. Rev. bras. educ. Med. 2010; 34(3): 75-80.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008.
7. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 12ª.ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
8. Oliveira DC, Sá CP. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm, 2011 out/dez; 54(4): 608-22.
9. Reis CB, Andrade SMO. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. Esc. Anna Nery. 2008 jan/mar; 12(1): 50-6.
10. Lefèvre F; Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo. São Paulo: Liberlivro; 2011.
11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 10 out 1996, seção 1.
12. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Rev Bras Enferm 2009; 62(6): 831-6.
13. Santos J.Silva M.Klock P.Erdmann A. Conceptions of Nurses on Management of Care in an Emergency Department- Descriptive Exploratory Study Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2012 April 18; [Cited 2012 May 14]; 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3580>.
14. Grossman E, Araujo-Jorge TC, Araujo IS. Sensitive listening: a study on the relationship between people and health environments. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2008 abr/jun; 12(25): 309-24.
15. Paula AAD, Furegato ARF, Scatena MCM. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. Rev.latin-am.enfermagem. 2008 ago; 8(4): 45-51.
16. Soares M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2007 out-dez; 19(4): 481-84.

Contribución de autores: Concepción y dibujo: todos; Análisis e interpretación: todos; Escrita del artículo: todos; Revisión crítica y la aprobación final del artículo: Adriana Valongo Zani.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 04/09/2012
Revisado: 13/04/2014
Aprobado: 09/04/2014