

COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA DA FAMÍLIA: EVIDENCIANDO A NECESSIDADE DE DESENVOLVER UM NOVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM¹

Selma Rodrigues Alves Montefusco^{*}
 Maria Márcia Bachion^{**}
 Emília Campos de Carvalho^{***}
 Denize Bouttelet Munari^{****}

RESUMO

Atuando junto a famílias, percebemos lacunas na taxonomia *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) no tocante à identificação de diagnósticos de enfermagem específicos para esta unidade de cuidado. Objetivamos analisar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada em famílias”. Desenvolvemos pesquisa descritiva, de janeiro a junho de 2006, na clínica médica de um hospital de grande porte da Região Centro-Oeste. Tomamos como sujeitos desta pesquisa as famílias que tinham um de seus membros em situação de internação hospitalar, para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Na coleta de dados realizamos entrevistas, seguindo um roteiro semiestruturado, baseado no Modelo Calgary de Avaliação, com foco no eixo “Funcionamento”. Participaram do estudo doze famílias, as quais preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. Identificamos o diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada da família” em nove delas. O fator relacionado mais frequentemente observado foram barreiras psicológicas (falta de estímulo, falta de modelos) e a evidência mais marcante foi dificuldade em atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família. Percebemos que nas famílias participantes a comunicação acontecia de forma superficial, em um ciclo passado de geração para geração. Diante disso, propusemo-nos o desenvolvimento de um novo diagnóstico de enfermagem para a inclusão na taxonomia da NANDA.

Palavras-chave: Comunicação. Diagnóstico de Enfermagem. Enfermagem de Família. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A atuação de enfermagem junto a famílias deve ser capaz de expressar os fenômenos que são alvo de interesse e de possíveis intervenções desta profissão. Os Modelos Conceituais de Família⁽¹⁻²⁾ e o Modelo de Neuman⁽³⁾, amplamente aplicados à famílias, mostram-se com abordagens úteis, contudo não incluem um sistema de classificação que possibilite uniformização da linguagem utilizada para denominar condições que requerem atendimento de enfermagem.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias⁽¹⁾ envolve dois componentes: a avaliação (Modelo Calgary de Avaliação de Famílias - MCAF) e intervenção (Modelo Calgary de Intervenção em Famílias - MCIF). O MCAF constitui uma estrutura

multidimensional que apresenta três categorias, as quais, por sua vez, possuem subcategorias: estrutural (estrutura interna, ou seja: composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites; estrutura externa, isto é, família extensa e sistemas mais amplos; e contexto, quer dizer, etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (instrumental, que envolve as atividades de vida diária, e expressiva, que abrange a comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões). A pessoa que motivou a avaliação da família é denominada pessoa-índice. Embora esse modelo inclua uma rede extensa de temas de avaliação, é prevista a sua utilização de acordo com a situação, ou seja, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em todas as famílias⁽¹⁾.

¹Artigo derivado da Dissertação de Mestrado “Diagnósticos de Enfermagem identificados em Famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o Modelo Calgary”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

*Mestre em Enfermagem. Professor Assistente da FEN/UFG. Email: sramontefusco@hotmail.com

**Doutor em Enfermagem. Professor Titular da FEN/UFG. Orientador. Email: mbachion@gmail.com

***Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: ecdcava@usp.br

O Modelo Calgary possui duas etapas, que expressam as fases do processo de enfermagem: a etapa de avaliação, que corresponde às fases de coleta de dados e identificação dos diagnósticos, e a etapa de intervenção, que corresponde às fases de planejamento da assistência, implementação e avaliação.

A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁽⁴⁾ identifica, classifica e valida diagnósticos de enfermagem, podendo ser utilizada com diferentes modelos e teorias de enfermagem, apresentando poucos diagnósticos aplicados a famílias.

Desta forma, a utilização do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias, juntamente com a taxonomia da NANDA, pode contribuir para a identificação e validação de respostas humanas de famílias aos processos vitais e desenvolvimentais e a problemas de saúde reais e potenciais⁽⁵⁾.

A taxonomia da Nanda⁽⁴⁾ inclui algumas respostas humanas específicas de família, enquanto unidade de cuidado. Embora a comunicação seja central para o funcionamento da família⁽⁶⁻⁸⁾, não é abordada na perspectiva de resposta humana por esta classificação de diagnósticos de enfermagem.

Comunicação é um processo transacional, no qual os indivíduos criam, compartilham e regulam significados, implicando numa geração de sentimentos subjetivos. Toda comunicação na família é um ato contínuo, com um passado, presente e futuro. Experiências anteriores na família influenciam as interações no presente⁽⁶⁾.

A comunicação na família muda em resposta a eventos como nascimentos, divórcios, adoções, mortes, perdas, violência, depressão, abuso de drogas, alcoolismo, alterações de saúde de seus membros, entre outros, e influencia o curso destes processos⁽⁶⁻⁹⁾. Modifica-se ainda ao longo do tempo, inclusive na etapa em que a família tem os progenitores na fase da velhice e os filhos na idade adulta⁽¹⁰⁾. Este é um fenômeno complexo.

A comunicação define a realidade presente da família e constrói as relações familiares⁽⁶⁾. As interações neste sistema podem ocorrer num padrão de hábito, sem que os integrantes da família tenham clareza sobre isso; contudo as interações podem ocorrer de modo pactuado ou combinado, em que os integrantes da família

estabelecem claramente regras e expectativas para a interação⁽¹¹⁾. De qualquer modo, o relacionamento dos progenitores é modelo para os filhos para a interação íntima no convívio familiar e para a socialização. Em caso de disfunção neste modelo, toda a família será atingida⁽¹¹⁻¹²⁾.

A comunicação na família é um processo de aprendizagem social que ocorre com base no significado que uns, têm em relação aos outros e contribui para o desenvolvimento do autoconceito e a noção de integração *versus* diferenciação (percepção de autoidentidade x identidade da família, como coletivo unitário)⁽⁶⁾.

Na abordagem sistêmica, a família é definida como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto é, de indivíduos que se identificam como parte daquele grupo⁽¹¹⁾. Pode-se caracterizar um grupo familiar como um “todo dinâmico” em que uma mudança no estado de qualquer subparte modifica o estado de todas as outras⁽⁶⁻⁹⁾. As relações familiares decorrem da interação entre seus membros. Essa interação é regida por regras e significados que influenciam seus comportamentos comunicativos⁽⁶⁾.

A comunicação da família é uma dimensão facilitadora de coesão e adaptação, e varia conforme o contexto sociocultural^(1,6).

Na relação familiar, caso os bloqueios do processo de comunicação se sobreponham à facilitação, que conduz a pessoa ao crescimento e à autonomia, o sistema pode entrar em desequilíbrio, acarretando consequências negativas para os elementos que o constituem, para a família como um todo e para a sociedade em geral⁽¹³⁾.

Atuando-se na área hospitalar, percebe-se que é cada vez mais comum a presença da família como acompanhante de pessoas internadas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Apesar disso, pouca ênfase a este contexto tem sido dada nas publicações científicas da área que enfatizam famílias em situação de cuidado ou acompanhamento na internação hospitalar de crianças, idosos e pessoas com transtornos mentais.

Considerando-se que lidar com a doença crônica significa demandar um esforço adaptativo não só do indivíduo, mas de toda a

família⁽¹³⁻¹⁵⁾, pode-se dizer que, na vigência da hospitalização de uma pessoa, o enfermeiro tem diante de si uma segunda unidade de cuidado: família, como um todo, vivenciando a hospitalização. Assim, precisa desenvolver ferramentas de abordagem e avaliação dessa clientela.

As famílias geralmente expressam um amplo espectro de emoções e sentimentos, que vão de felicidade a tristeza e raiva⁽¹⁾. Lidar como o adoecimento crônico de um membro influencia o fluxo de comunicação nessas famílias^(1,6-9).

A comunicação permite o compartilhar de idéias, de valores, de sentimentos, de emoções, de percepções e de informações, e facilita na resolução de problemas e no alívio de tensões. Por meio dela criam-se vínculos e estabelecem-se as relações necessárias ao funcionamento e desenvolvimento da família. As situações ocorridas no processo comunicacional diferem umas das outras, são complexas e multidimensionais⁽⁶⁾.

Assim, é importante conhecer as respostas humanas das famílias no domínio psicossocial, mais especificamente, na comunicação. A comunicação é essencial para o enfrentamento do processo de hospitalização que a família está vivenciando, o qual pode resultar em estresse e sofrimento. Por outro lado, o agir comunicativo na família tem um padrão anterior a esta experiência. Cabe ao enfermeiro, na abordagem destas famílias, identificar as forças e fragilidades neste campo de interação⁽¹⁾. Para tanto, o profissional deve adotar atitudes de sensibilidade e empatia⁽⁹⁾.

Diante do exposto, considerando-se que a Nanda^(4,16) apresenta em sua taxonomia o diagnóstico “Comunicação verbal prejudicada” para indivíduos e que estão previstos sete eixos nesta classificação, sendo um deles o eixo 2 – “sujeito do diagnóstico”, foi proposta esta pesquisa com a finalidade de verificar indícios que sustentem a proposta de um novo diagnóstico: *Comunicação verbal prejudicada da família*.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” em famílias que vivenciam o processo de internação hospitalar de um de seus membros

para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Este trabalho poderá trazer contribuições para pesquisas futuras, para alcançar maior refinamento da taxonomia da NANDA na identificação de respostas humanas de famílias aos processos vitais e problemas de saúde reais ou potenciais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, intitulado “Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 079/2005).

Este subprojeto constitui uma pesquisa descritiva, realizada no período de janeiro a junho de 2006, em um hospital de grande porte da Região Centro-Oeste. O cenário do estudo foi a clínica médica, onde são admitidas pessoas para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações. Nesse local, observou-se que 10% dos internos têm de 14 a 17 anos, 60% situam-se faixa etária de 18 a 59 anos e 30% são idosos. É prevista a presença de acompanhantes para aqueles com idade menor que 16 anos ou superior ou igual a 60 anos, além daqueles casos em que o estado de saúde é mais grave ou em que há dependência para as atividades de vida diária (principalmente deambulação, movimentação no leito, transferência, alimentação, higienização).

As unidades de cuidado tomadas como sujeitos foram as famílias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar vivenciando o processo de hospitalização de um de seus membros, internado no cenário do estudo, no período estipulado para a coleta de dados; ter disponibilidade para participar; o estado de saúde da pessoa-índice permitir a sua expressão verbal oral; manifestar a concordância em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão adotou-se a impossibilidade de completar a avaliação prevista (devido a óbito, alta, piora do estado de saúde da pessoa

internada) e/ou solicitação de retirada de consentimento, a qualquer tempo.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, as famílias que vivenciavam o processo de internação hospitalar e atendiam aos critérios de inclusão foram mapeadas, a partir do primeiro contato com o cenário do estudo. Todas as famílias que estavam inseridas nesses critérios foram abordadas para participarem do estudo, sendo agendado o horário de coleta de dados no dia seguinte, de acordo com a disponibilidade das famílias e da rotina de funcionamento da clínica.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista gravada, tendo como base um roteiro de abordagem fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação⁽¹⁾. Para os propósitos deste subprojeto focalizou-se a categoria funcional, da qual fazem parte duas subcategorias: instrumental (atividades de vida diária) e expressiva (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões).

O número de encontros para a coleta de dados dependeu de cada família. O paciente e seus acompanhantes foram tomados como unidade, configurando-se em família participante da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias, tomando-se o cuidado de falar em volume mais baixo, na tentativa de resguardar a privacidade, dentro das possibilidades. A abordagem das famílias foi realizada em períodos em que havia menos pessoas circulando, menos procedimentos sendo realizados pelos profissionais no ambiente e maior disponibilidade das famílias.

A entrevista de famílias pode ser realizada na instituição hospitalar, apesar das desvantagens que esse ambiente oferece enquanto ambiente não natural para a família, além da falta de espaço e de privacidade⁽¹⁾. Apesar destas dificuldades, tendo-se em vista o pressuposto de que a enfermagem no cenário de estudo precisa desenvolver abordagem de família, este espaço foi tomado como ambiente para a coleta de dados.

A decisão sobre quem estaria presente na primeira entrevista e nas subsequentes foi determinada conjuntamente pelos membros da

família e pesquisadores, tendo-se estabelecido não ser necessário, *a priori*, que todos os componentes da família estivessem presentes. Justifica-se tal decisão pelo fato de a enfermeira ser capaz de elaborar hipóteses e avaliar o sistema familiar a partir do indivíduo, do casal, de uma unidade pai-filho, mãe-filho(a), sogro-nora, enfim, de qualquer combinação de pessoas que se comunicam em torno de problemas de saúde compartilhados⁽¹⁾.

Para as entrevistas utilizaram-se categorias verbais facilitadoras da expressão⁽¹⁷⁾. A duração dos encontros variou de 30 a 120 minutos, sendo a média de 50 minutos. As falas foram transcritas e a partir delas preencheu-se o roteiro de coleta de dados.

Na análise dos dados buscou-se agrupar informações que caracterizassem o processo de comunicação das famílias. Todo este processo foi realizado por dois dos pesquisadores concomitantemente, percorrendo-se o processo de raciocínio de análise (categorização e identificação de lacunas ou dados divergentes) e síntese (agrupamento, comparação, inferência e identificação de relações)⁽¹⁸⁾.

Para rotulação do diagnóstico de enfermagem que traduzisse a inferência diagnóstica tomou-se como base a taxonomia da NANDA⁽¹⁶⁾, que inclui o diagnóstico de enfermagem de comunicação verbal prejudicada (mantido da mesma forma na classificação 2009-2011⁽⁴⁾), o qual foi desenvolvido tomando-se como unidade de cuidado os indivíduos. A partir dele e das inferências, construiu-se, com base na literatura, o diagnóstico “Comunicação verbal prejudicada na família”. Foram evidenciadas as adaptações ao diagnóstico da Nanda^(4,16) com expressões em itálico.

No intuito de preservar o anonimato das famílias, foram usados nomes fictícios (de pedras preciosas) para identificar trechos de suas falas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os seis meses de coleta de dados 12 famílias aceitaram participar do estudo. Houve situação de recusa em dois casos. Ocorreu uma exclusão por óbito da pessoa-índice antes de ser completada a coleta de dados. A média de

internação das pessoas-índices foi de 30 dias, sendo comuns reinternações.

O “Diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada da família” pode ser definido, adaptando-se o que a Nanda^(4,16) propõe no contexto de indivíduos, como: habilidade diminuída, retardada ou ausente, da família, para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos no contexto de sua estrutura interna e/ou externa.

Este diagnóstico foi identificado em nove famílias (tabela 1). O fator relacionado mais frequente foram barreiras psicológicas ($f = 8$), que abrangem situações de história de conflitos, falta de vínculos, falta de modelos.

Nas famílias Jaspe e Ônix a comunicação acontece com dificuldade.

Minha mãe foi criada em outro sistema, na roça, sem conversar com os pais dela e criou a gente dessa maneira (Família Ônix).

Meu pai quase nunca ficou em casa, quando ficava era muito na dele; também não conversava. Acho difícil conversar em casa, porque meus pais são mais velhos, com pensamentos diferentes dos meus (Família Jaspe).

Na família Ônix as duas filhas da pessoa-índice dizem que a comunicação acontece com dificuldade, principalmente no tocante à expressão de sentimentos. Apenas algumas pessoas da família falam nesse sentido.

Percebe-se que nestas famílias existe um padrão de comunicação com barreiras que dificultam a comunicação entre os membros, evidenciando que a falta de diálogo, a falta de tempo e as brigas estão presentes na vida da família.

As interações acontecem de forma superficial, principalmente pela falta de

efetividade na ação dialógica, decorrente da falta de fluidez e transparência. Mesmo nas famílias cujos membros referem relacionar-se bem, existem alguns assuntos que não são discutidos, ou são colocados na dependência de surgir um momento propício, o que muitas vezes não acontece, e os assuntos ficam sem resolução. Por outro lado, a comunicação pressupõe reciprocidade, e em algumas famílias isso não ocorre, como mostram os dados colhidos junto a uma das famílias, a qual relata que a filha da pessoa-índice mantém conversas com os irmãos quando precisa de algo, mas não se dispõe a ouvir quando os outros precisam dela.

Este processo foi chamado de ritual de não comunicação⁽¹⁰⁾ e consiste em não discutir determinados tópicos importantes, porque os membros da família sentem ambivalência sobre estes temas, embora todos se preocupem com eles.

Para sobreviver, os grupos precisam propiciar um ótimo nível de satisfação a seus membros. A comunicação pode ser vista como o ato de pôr algo em comum entre pelo menos duas pessoas, assentando essa comunicação numa codificação que ambas conhecem, de modo a gerar um campo de entendimento comum aos elementos envolvidos nesse processo⁽¹⁹⁾. Pensando-se deste modo, quanto mais coesa for a família, mais ela conseguirá ter uma comunicação eficaz e com isso coordenar seus recursos para cuidar do membro adoecido, e vice-versa⁽⁶⁻⁹⁾.

A maneira como os membros familiares interagem é mediada pelo processo de comunicação. O diálogo pode ser um importante mecanismo de favorecimento da coesão e dos vínculos da família, aumentando sua capacidade de enfrentamento e adaptação.

Tabela 1. Fatores relacionados e características definidoras identificadas nas famílias com o diagnóstico de enfermagem **comunicação verbal da família prejudicada** (n= 9). Goiânia (GO). 2006.

Fator relacionado	f	%	Característica definidora	f	%
Barreiras psicológicas (falta de estímulo)	08	88,8	Dificuldade para atingir o padrão esperado de comunicação interpessoal no contexto da família.	08	88,8
Condições emocionais	01	11,1	Dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação	01	11,1
Diferenças relacionadas à idade de desenvolvimento	01	11,1	Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos	01	11,1
Defeito anatômico (auditivo)	01	11,1			
Barreiras culturais	01	11,1			

Ao se levar em consideração que as características de cada elemento do processo de comunicação são diversas e complexas, poder-se-á perceber que o equilíbrio da relação familiar em muito depende das estratégias e das práticas comunicacionais nela presente⁽²⁰⁾.

Os conflitos familiares estão interligados com distúrbios na comunicação, por isso se torna importante que os enfermeiros que lidam com famílias entendam a importância da comunicação. A função da família é criar e manter um ambiente propício aos relacionamentos significativos. A família inclui a pessoa na comunicação.

Neste sentido, nenhum outro sistema parcial pode substituí-la. No processo de comunicação entre o enfermeiro e a família é de responsabilidade do enfermeiro a observação e percepção acurada das respostas. A família percebe a importância da coerência entre a comunicação verbal e a não verbal. Desta forma, percebe-se quanto os processos comunicacionais são fundamentais para que haja saúde na interação familiar. Havendo relações familiares equilibradas os processos sociais não deixarão de ser o seu reflexo natural. As dificuldades de relacionamento, seja pelo envolvimento emocional excessivo, seja pelo não envolvimento, pode ser prejudicial na relação enfermeiro-cliente-família e limita suas ações. Sendo assim, há necessidade de promover um ajuste que mantenha o equilíbrio situacional e comportamental nesta relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar um estudo baseado no Modelo Calgary de Avaliação significa perceber a família como um sistema cujos subsistemas estão em constante interação entre si, com a rede de pessoas e serviços significativos, possibilitando nessa interação um constante movimento e transformação do sistema familiar como um todo, em busca de um novo equilíbrio.

Cabe aos profissionais da área da saúde, em especial àqueles envolvidos com a saúde da família, desenvolver um olhar crítico sobre a formação dos sentimentos e significados envolvidos no processo de comunicação, buscando compreender as implicações do seu uso e o papel predominante da comunicação no desenvolvimento familiar, para que cada vez mais possam trabalhar com estas famílias de maneira eficiente, evitando os efeitos danosos da comunicação prejudicada. Acredita-se que a utilização da Taxonomia da NANDA, em combinação com o Modelo Calgary, poderá contribuir para adaptações e refinamentos necessários ao diagnóstico de “Comunicação verbal prejudicada”, para que esse diagnóstico seja amplamente utilizado para identificar essa resposta nas famílias. É importante que a enfermagem utilize uma nomenclatura única, melhorando a sua comunicação e documentação. Por isso considera-se que a utilização e validação do diagnóstico “Comunicação verbal prejudicada da família” poderão ser úteis para intervenções acuradas nestas unidades de cuidado.

Após o exercício de relacionar a taxonomia da Nanda ao Modelo Calgary de Avaliação, outros estudos poderão contribuir para o refinamento, aprimoramento e adaptação da taxonomia II da Nanda no contexto do atendimento de famílias principalmente no sentido de verificar a ocorrência de evidências e fatores que contribuem para o diagnóstico de “Comunicação verbal prejudicada em famílias”.

Vale lembrar que o uso da comunicação, em qualquer área do desenvolvimento humano, deve ocorrer de forma consciente, pois pode exercer as mais diferentes funções: ideológicas, informativas, de entretenimento, cognitivas, e outras. Se esta não ocorre de forma adequada, pode gerar interpretações das mais diversas formas, caracterizando assim os desvios comunicacionais na família, que podem afetar suas relações e o desenvolvimento de seus membros no futuro.

IMPAIRED FAMILY VERBAL COMMUNICATION: EVIDENCES OF THE NEED TO DEVELOP NEW NURSING DIAGNOSIS

ABSTRACT

By working with families, we have noticed gaps in the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) taxonomy to identify nursing diagnosis specific to this care unit. We aimed at analyzing the Impaired Family Verbal Communication nursing diagnosis. We developed a descriptive research, from January to June 2006, in

the medical clinic of a large-sized hospital in Mid-western Brazil. For this study, we followed families with one of their members hospitalized to treat non-communicable chronic illnesses. Data was collected through semi-structured interviews, based on Calgary Family Intervention Model, focusing on the "Functioning" axis. 12 families that met the inclusion criteria participated in this study. We identified the Impaired Family Verbal Communication nursing diagnosis in nine of them. The most frequently observed related factor was psychological barriers (lack of stimuli, lack of model) and the most notable evidence was the difficulty to achieve the expected standard of interpersonal communication within the family context. We noticed that within the families that participated in this study, communication occurred superficially, in a generation to generation cycle. Thus, we propose a new nursing diagnosis to be developed for the inclusion in NANDA's taxonomy.

Key words: Communication. Nursing Diagnosis. Family nursing. Family Health.

COMUNICACIÓN VERBAL PERJUDICADA DE LA FAMILIA: EVIDENCIANDO LA NECESIDAD DE DESARROLLAR UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

RESUMEN

Actuando junto a la familia, percibimos que existen vacíos en la taxonomía *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) para identificar diagnósticos de enfermería específicos para esta unidad de cuidado. Tuvimos como objetivo analizar la ocurrencia del diagnóstico de enfermería, Comunicación verbal perjudicada en familias. Desarrollamos una investigación descriptiva, de enero a junio de 2006, en la clínica médica de un hospital de gran capacidad de la región centro oeste. Tomamos como sujeto de esta investigación las familias que presentaban uno de sus miembros en situación de ingreso hospitalario, para tratamientos de enfermedades crónicas no transmisibles. En la recogida de datos realizamos entrevistas, siguiendo un guión semiestructurado, basado en el Modelo Calgary de Evaluación, con foco en el eje "Funcionamiento". Participaron del estudio doce familias que rellenaron criterios de inclusión. En nueve de ellas identificamos el diagnóstico de enfermería Comunicación verbal perjudicada de la familia. El factor relacionado más frecuentemente observado fue barreras psicológicas (falta de estímulo, falta de modelos) y la evidencia que más marcó fue la dificultad para alcanzar el modelo esperado de comunicación interpersonal en el contexto de la familia. Percibimos que en las familias participantes la comunicación sucedía de forma superficial, en un ciclo pasado de generación en generación. Frente a esto, proponemos el desarrollo de un nuevo diagnóstico de enfermería para la inclusión en la taxonomía de la NANDA.

Palabras clave: Comunicación. Diagnóstico de Enfermería. Enfermería de Familia. Salud de la Familia.

REFERÊNCIAS

1. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2005.
2. Gillis CL. Family research in nursing. In: Gillis CL, Highley BL, Roberts BM, Martinson IM. Editors. *Toward a science of family nursing*. Menlo Park, California: Addison-Wesley; 1989. p. 37-63.
3. Neuman, B. The Neuman systems model. In: B. Neuman. *The Neuman Systems Model*. 3rd ed Norwalk(CT): Appleton and Lange, 1995. p. 3-61.
4. North American Nursing Diagnosis Association, organizadores. *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
5. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. *Texto & contexto Enferm*. [on-line]. 2008 Mar; 17(1): 72-80. [citado 2009 ago 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-77882008000100014
6. Segrin C, Flora J. *Family Communication*. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah; 2005.
7. Le Poire BA. *Family communication. Nurturing and control in a changing world*. Sage Publications: Thousand Oaks; 2006.
8. Turner LH, West R. *The family communication. Sourcebook*. Sage Publications: Thousand Oaks; 2006.
9. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Family communication and mental health after breast cancer. *Europ Journal of Cancer Care*. 2006; 15(4):355-61.
10. Peters CL, Hooker K, Zvonkovic AM. Older parents' perceptions of ambivalence in relationships with their children. *Family Relations*. 2006; 55(5):539-51.
11. Stamm M, Miotto RCT. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2003 jul/dez; 2(2):161-8.
12. Musitu G, Jimenez TI, Murgui, S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública Méx*. [online]. 2007; 49(1):3-10. [citado 2009 set 23]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10649102.pdf>
13. Carter B, McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.
14. Benjumea CC. Cuidado familiar en situaciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & contexto Enferm*. 2004 jan/mar; 1 (1):137-46.

15. Cecagno S, Souza M, Jardim V. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Scientiarum. Health Science*, [on-line]. 2008 abr; 26(1):107-12. [citado 2009 ago 14]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1622/1063>
16. North American Nursing Diagnosis Association, organizadores. *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
17. Bachion MM, Carvalho EC, Belisário VL, Cardoso, AC. Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais orais e seu emprego pela enfermagem. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, 1998; 3(1):118-24.
18. Risner PB. *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: Griffith-Kenney JW; Christensen, PJ. *Nursing Process application of theories, frameworks, and models*. 2ª. ed. St. Louis: Mosby. 1986a. p.124-51
19. Littlejohn SW. *Teorias de comunicação interpessoal – necessidades interpessoais – Teoria FIRO (Fundamental interpersonal relations orientation)*. In: Littlejohn SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro(RJ): Zahar;1988.
20. Wonstret L, Stefanelli M, Centa M. Pensando sobre o processo comunicacional e o desenvolvimento familiar. *Família, Saúde e Desenvolvimento [on-line]* 2006; 3:2. [citado 2009 ago 14] Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5045/3814>

Endereço para correspondência: Selma Rodrigues Alves Montefusco. Rua 208 A, Quadra A2 Lote 05, 115, Residencial Vila Nova de Gaia, apto 103 B, Vila Nova, Goiânia, Goiás. E-mail: sramontefusco@hotmail.com

Data de recebimento: 15/07/2009

Data de aprovação: 12/11/2009