

Especificidades da Comunicação em Situações Críticas

Raquel Pusch de Souza

Introdução

No ambiente hospitalar, entende-se que além de um tratamento digno, solidário e acolhedor ao paciente e a seus familiares por parte dos trabalhadores, uma nova postura ética deve permear todas as atividades profissionais. É neste contexto que a habilidade na comunicação pode ser o diferencial a ser oferecido.

As especificidades da comunicação em situações críticas exige que o profissional da saúde desenvolva um modelo centrado no acolhimento do paciente e de sua família. Para isso, se faz necessário, o desenvolvimento de uma nova maneira de se dialogar. Neste contexto, o diálogo é justamente a oportunidade de se produzir conhecimento, esclarecimento e um momento para acolhimento, quando se fala em situações críticas.

O diálogo é o momento original no qual se percebe que tem-se que ouvir para poder falar. Ele também permite notar o modo de interatividade e vulnerabilidade do interlocutor. Em suma, o diálogo é perceber o outro. Quando se comunica não deve haver simplesmente a preocupação formal de dar uma informação ou determinada notícia, é necessário que se crie condições favoráveis para que a informação possa ser transmitida. Deve haver, de fato, aquilo que podemos chamar de 'levar em conta' o que é dito.

Muitas vezes pode não haver nenhum canal de comunicação, mas, se houver uma disposição da pessoa para conversar, essa disposição deve ser capilar. É fundamental que o profissional da saúde tenha seu discurso consistente, pois o mesmo produz um efeito concreto que transforma o conteúdo transmitido em entendimento ao interlocutor. A construção de uma nova práxis no espaço interdisciplinar deve ser norteada por princípios éticos e humanitários, por meio de um processo dialógico e reflexivo. O diálogo, no entanto, não significa somente ouvir o outro, mas também incentivá-lo a participação do contexto apresentado. Sabe-se que o diálogo pode diminuir distâncias e fortalecer os laços interdisciplinares bem como em relação ao paciente e seu familiar.

O ser humano é um ser de relações no mundo e com os outros. Com o contato com o outro, o homem transforma-se a si próprio e assume a condição

de ser protagonista, porque já não se satisfaz em assistir, mas quer participar, partilhar, construir tanto para si como para o outro. Um dos pilares básicos que sustenta a filosofia da comunicação, é o ato ou efeito de transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer por meio da linguagem falada ou escrita, quer por meio de outros sinais, signos, símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual.

Discute-se muito dois tipos de comunicação básica: a verbal, referindo-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita e a não verbal, ocorrendo por meio de gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal. Mesmo em silêncio, a pessoa pode comunicar sua dor, sua alegria, como também sua intenção de não falar.

Didaticamente a comunicação se divide em duas partes: o conteúdo – fato ou informação; e o sentimento – energia que acompanha a informação a ser transmitida. Portanto, podemos interpretar as mensagens não apenas pelo que falamos, mas também pelo modo como nos comportamos, por meio da linguagem corporal: proximidade, postura e contato visual. Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos sejam eles símbolos ou sinais. Por signos, os mais gerais elementos da comunicação, pode-se entender os estímulos que transmitem uma mensagem sendo eles convencionais e arbitrários. Os signos são formados por símbolos ou sinais. Símbolos são signos objetivos, que têm uma única decodificação possível como, por exemplo, as palavras que compõe a mensagem contida neste texto. Sinais, por outro lado, são signos que tem mais de um significado: eles são mais subjetivos, dependentes da maneira como são percebidos e interpretados no contexto em que eles ocorrem.

A comunicação apresenta quatro elementos, a saber:

- O comunicador
- A mensagem
- O receptor
- A mudança de comportamento.

A forma ou o meio de comunicação envolve estes quatro elementos. Por forma se entende a técnica envolvida (verbal, escrita, corporal, facial, etc.), e o meio é o ecossistema onde os elementos estão envolvidos. Ambos, forma e meio podem definir, favorecer ou dificultar o processo.

O papel do receptor na comunicação

O ser humano tem a tendência a entender a comunicação a partir de seu próprio conjunto de valores, características e paradigmas. Muitas vezes é necessário que o receptor se predisponha a alterar seu conjunto próprio de valores, características e paradigmas, para que a comunicação possa ser eficazmente incorporada. Os seres humanos tendem a perceber e estruturar suas expectativas, ou seja, vemos, escutamos e fazemos o que queremos. Aquilo que diverge das nossas expectativas, tendemos a ignorar ou resistir, por próprio instinto de preservação. As barreiras e filtros do receptor ao receber uma mensagem fazem com que o receptor assimile parte daquilo que está sendo transmitido. Por estes filtros, esquece, rejeita e reprime a mensagem que não o interessa, ou que esbarra em algum de seus preconceitos ou julgamentos do emissor, ou ainda da mensagem proferida. O receptor é soberano no processo de comunicação.

Grande parte do sucesso da comunicação se pode atribuir ao receptor, e não somente ao emissor como é popularmente acreditado. Um bom comunicador é aquele que considera a capacidade de entendimento do receptor, isto é devemos ter em mente que para se ter uma comunicação eficaz se deve valorizar a experiência do receptor. Para que isto seja plenamente atingido, é necessário utilizar metáforas do conhecimento dos receptores que facilitem o entendimento. Em verdade, a comunicação só é possível usando a linguagem que o receptor conhece, utiliza e é familiar.

Aperfeiçoamento da comunicação

Não existe uma melhor receita, mas se pode refletir sobre uma maneira de efetuar uma mudança comportamental como efeito da comunicação.

Perceber as diferenças entre comunicador e receptor, em si, já é uma forma de comunicação porque não existe uma comunicação de “um para outro” e sim “entre nós”. A mensagem ou experiência deve ser sempre compartilhada a fim de favorecer o processo da comunicação. Este processo está na etimologia da palavra, que vem do latim “communis”, que significa “comum”. Em outras palavras, comunicar é fazer comum ao receptor e emissor uma determinada mensagem ou experiência.

Uma vez estabelecido o objetivo de fazer comum uma determinada mensagem ou comportamento, o emissor precisa estabelecer os pontos de contato, ou ligação com os receptores, envolvendo as diversas áreas do comportamento. Pontes precisam ser construídas entre o comunicador e o pensamento (conhecer) dos receptores, seus sentimentos (sentir) e seus comportamentos (praticar). A construção destas três pontes é o fundamento inicial do processo comunicativo. Só se consegue uma comunicação eficaz quando estas três áreas de ambos, emissor e receptor estão envolvidas diretamente. O bom comunicador é aquele que conhece bem sua mensagem, a prática, e tem paixão em transmiti-la. Para tal é preciso plena convicção daquilo que se quer comunicar.

Se pudermos sistematizar alguns estágios da comunicação, poderíamos ordená-los da seguinte forma:

- **Ter consciência da essência da mensagem;**
- **Elaborar o modo, como será compreendida a mensagem (a essência a ser comunicada);**
- **Investigar como o receptor captou a mensagem, como a entendeu, se existem dúvidas ou discordâncias.**
- **Delinear que mudanças de comportamento foram geradas no receptor, e também no emissor. Uma vez claras as mudanças, a comunicação pode ser dada por encerrada e bem sucedida.**

Comunicação não verbal

A premissa básica da comunicação não verbal é de que a pessoa participa simultaneamente de duas dimensões existenciais decorrentes de dois modos de se relacionar com o mundo: uma verbal, que lhe confere um estatuto psicolinguístico, e outra não verbal, que lhe confere um estatuto psicobiológico. A comunicação verbal exterioriza o ser social, ao passo que a não verbal exterioriza o ser psicológico. Nestas duas dimensões, portanto, temos por um lado uma expressão linguística, capaz de caracterizar o ser psicossocial, e por outro lado um comportamento não verbal, capaz de caracterizar o ser psicobiológico. Somadas estas duas dimensões, a comunicação é capaz de caracterizar o ser individual.

A linguagem corporal ou paralinguística é complexa e composta de vários elementos: tom e qualidade de voz, altura, ritmo da fala, sons como resmungos ou suspiros, e outros aspectos extralinguísticos que envolvem a fala. Ler uma expressão facial, por exemplo, é um processo complexo que necessita de treinamento, sensibilidade e empatia, especialmente porque as expressões faciais são ambíguas, experimentais e exegéticas. O receptor interpreta a postura do emissor e conclui o motivo porque ele se porta desta maneira; esta interpretação pode ser diametralmente oposta ao real motivo, e exatamente por isto deve ser realizada com extrema cautela.

Tão forte é o elemento não verbal da comunicação, que podemos dizer que exerce quatro funções básicas:

- Complementar a comunicação verbal, utilizando qualquer sinal que reforce o que foi falado.
- Substituir a comunicação verbal, fazendo qualquer sinal não verbal que substitua as palavras.
- Contradizer a comunicação verbal, fazendo sinais que desmascarem o que está sendo falado.
- Demonstrar sentimentos, com emoções expressas pela face, sem palavras.

Com isto podemos afirmar que a principal função da comunicação não verbal é a demonstração dos sentimentos dos comunicadores, especialmente através de expressões faciais e paraverbais que auxiliam a demonstração destas emoções, mesmo que não sejam explicitamente verbalizadas.

Em momentos de muita empatia, conseguimos perceber o notável poder da comunicação não verbal, quando, por exemplo, conseguimos “ler” com um olhar ou um gesto o significado exato da mensagem emitida. Ainda outro estudo sobre comunicação não verbal dá conta que apenas 7% dos pensamentos e intenções são transmitidos por palavras, enquanto 38% são transmitidas por sinais paralinguísticos, e o restante 55% por linguagem corporal. A comunicação não verbal tem o poder de resgatar a capacidade do emissor de perceber com maior precisão os sentimentos do receptor, suas dúvidas e dificuldades de verbalização. Isto permite ao emissor obter um feedback

contínuo. A comunicação não verbal aciona um leque de interações interpessoais, por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas naturais e artificiais, organização dos objetos no espaço, e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos. Ela é poderosa.

A comunicação corporal

Gardner¹ em seu estudo sobre as Múltiplas Inteligências classifica a comunicação do corpo dentro da **Inteligência Corporal Cinestésica** e a descreve assim: *“A característica desta inteligência é a capacidade de usar o próprio corpo de maneiras altamente diferenciadas e hábeis para propósitos expressivos assim como voltados a objetivos.”* Todos possuem esta capacidade, alguns a usam com mais habilidade, outros com menos, mas todos nós, sem exceção, usamos o corpo para dizer o que pensamos e sentimos. Braços cruzados podem significar autoproteção, olhar que não fixa aparenta medo, pés que balançam afoitos mostram ansiedade, um aperto de mão forte ou fraco diz muito sobre alguém. Entretanto, não se pode descobrir a personalidade de uma pessoa com base em fatos isolados. Se a leitura corporal fosse a simples combinação de alguns traços com significados padronizados poderia ser criado um dicionário de comportamentos e acessá-lo, assim que se conhecesse alguém. A autora nos diz que essas características não são tão facilmente perceptíveis, é preciso treinar o modo de **Olhar**. Sim, O maiúsculo (aquele mesmo que o grande psicanalista Lacan falava, o Grande O). Tem este peso por ser muito diferente do olhar comum, este olhar inconsciente que se costuma ter quando se vive a vida sem atenção. *Olhar* está associado a atentar, reparar em algo, ver não só com os olhos, mas também com nosso cérebro.

A mensagem que o corpo expressa é acompanhada do mecanismo cognitivo, da forma de pensar adotada por cada pessoa, ou seja, meu corpo é a expressão do meu padrão mental de funcionamento. Para saber ler a fala corporal é preciso ter olhos e ouvidos bem treinados, respaldados nas diferentes experiências de vida e nas inúmeras formas de ver/olhar que podemos fazer sempre levando em conta o “tempero” e a sutileza de quem olha um Da Vinci na parede do Louvre.

A comunicação como habilidade social

Habilidades Sociais são classes de comportamento existentes no repertório do indivíduo que compõem um desempenho social competente. Esse desempenho se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores, articulando-os a demandas imediatas e mediatas do ambiente³.

O conceito de habilidades sociais inclui uma subárea que se refere à assertividade, que é conceituada como a habilidade de afirmação e defesa dos próprios direitos, através da expressão de pensamentos, sentimentos e crenças, de forma direta e honesta, sem desrespeitar o direito dos outros⁴.

Habilidade Social e seu subcomponente, assertividade, são temas de diversas pesquisas, pois muitas escolhas que fazemos em nossas vidas estão estreitamente ligadas à que níveis de habilidade que temos. Nicodemo e Naressi⁴ realizaram pesquisas que mostram que uma grande parte dos alunos que escolhem o curso de odontologia o faz por acreditarem que um bom profissional dessa área tem que possuir uma boa relação interpessoal, com seus pacientes, pois é uma relação de extrema confiança.

Enfim, o ato de se comunicar e a maneira mais ou menos competente em que esta comunicação é levada aos receptores, além de ser estudada como fenômeno, é uma função social e profissional, e se dá através de dois níveis: o verbal, que é aquele da fala, e o não verbal, que é transmitido através de qualquer sinal ou movimento, sendo bastante valorizado em profissões que estão diretamente ligadas ao corpo e ao movimento.

Comunicar-se é muito mais do que combinar a linguagem corporal ao tom de voz. Devemos também assimilar as palavras da outra pessoa, de modo que ela se sinta que estamos “falando a língua dela”.

Outro ponto fundamental é o cuidado e a comunicação com a família, considerando que esta vive um momento de crise diante da possibilidade da perda do seu ente querido, gerando desequilíbrio de seu sistema. Segundo Carter⁵, o ajustamento familiar pode ser influenciado pela idade do paciente, diagnóstico, pela sua representação e função na família, pelas relações individuais e pela estrutura psicológica geral do sistema familiar. Para esse entendimento é necessário abandonarmos o estereótipo da família que cada um constituiu como base em sua própria experiência, possibilitando uma visão mais

ampliada das diversas formas de funcionamento familiar existente na rotina da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A importância da comunicação entre paciente – família e equipe nas UTIs

O paciente, ao ser internado em uma UTI, perde sua privacidade, expõe seu corpo, fica restrito ao leito, além de ser submetido a exames e procedimentos invasivos, o que gera muitas vezes, ansiedade e depressão, que podem ser minimizadas pela boa comunicação e inclusão dele (paciente) em seu processo de recuperação. Para tal é necessário informá-lo sobre a rotina da UTI no momento da admissão, sobre procedimentos e exames; e estar disponível para esclarecimentos, bem como falar a verdade e evitar discursos ou comentários desnecessários à beira do leito. Outro ponto fundamental é o cuidado e a comunicação com a família, considerando que esta vive em momento de crise diante da possibilidade da perda do seu ente querido, gerando desequilíbrio de seu sistema.

Segundo Carter⁵, o ajustamento familiar pode ser influenciado pela idade do paciente, diagnóstico, pela sua representação e função na família, pelas relações individuais e pela estrutura psicológica geral do sistema familiar. Para esse entendimento é necessário abandonarmos o estereótipo da família que cada um constituiu como base em sua própria experiência, possibilitando uma visão mais ampliada das diversas formas de funcionamento familiar existente na rotina da UTI. A internação do ente querido pode elevar o nível de estresse diante de um diagnóstico grave fazendo com que a comunicação equipe-família seja complexa pelas circunstâncias emocionais difíceis. Essa vulnerabilidade faz com que a equipe precise ter um bom relacionamento com a família e estar disponível para uma comunicação efetiva, clara e dinâmica. A família deve ser acolhida em seus questionamentos e dúvidas. Os diálogos devem ocorrer diariamente sem necessidade de detalhamento técnico, com linguagem acessível.

Uma comunicação efetiva e afetiva minimiza dificuldades e incertezas, diminui o nível de ansiedade, fortalecendo o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre equipe-família-paciente. Para isso, são necessários profissionais treinados no uso da linguagem, capazes de identificar e compreender as necessidades das famílias, e uma cultura

institucional que promova um bom relacionamento entre todos os profissionais, pacientes e famílias. A comunicação, portanto, torna-se, o elemento fundamental para o equilíbrio e o bom funcionamento da equipe e conseqüentemente do serviço.

Avaliando o Conforto do Paciente em UTI

Muito se fala sobre conforto do paciente em uma UTI, conforto este relacionado à analgesia e sedação. Aqui abordaremos o entendimento do conforto a partir de uma comunicação honesta. De acordo com a definição do dicionário Aurélio a palavra *Conforto* está relacionada à *consolo, alívio, bem-estar material*. Mas é possível sentir-se confortável em uma UTI? Quando pensamos em conforto nos referimos ao conforto biopsicossocial e espiritual do indivíduo. O paciente precisa ser respeitado e atendido em suas necessidades e direitos como o controle da dor, privacidade, no entanto os pacientes não podem se sentir sozinhos ou abandonados. O paciente tem direito a informação, a comunicação isto é, ser ouvido, ter um ambiente adequado para o sono e ser respeitado em suas crenças.

Uma UTI nos remete a pensar em muitos fatores que podem causar desconforto ao paciente, entre eles: o estereótipo do ambiente ligado à morte, a quase nudez do paciente, espaço privado invadido com frequência, separação da família, presenciar óbitos de outros pacientes, e/ou visualizar pacientes em estado clínico, privação do sono, impossibilidade de se comunicar, entre outras coisas que podem gerar inquietação, intolerância, baixa resistência e frustração. Por esse motivo é importante que a equipe atue de forma a minimizar os aspectos causadores de desconforto psíquico e físico, pois os pacientes tendem a se identificar com a imagem que está no seu campo visual.

Camon⁶ comenta “*A dor é de cada um, subjetiva e não se questiona. Mas é preciso fazer algo para a sua compreensão*”. Muitas vezes essa dor está relacionada a um fator psíquico pela própria situação. Mas obviamente é necessário investigar a causa da mesma, ou seja, distinguir a dor de origem orgânica, fisiológica, da dor emocional. Por esta razão há motivo de controvérsia quando a sedação é utilizada como redução do estresse psíquico. Então como podemos oferecer conforto/acolhimento? O acolhimento é percebido pelo paciente a partir da disponibilidade da equipe, por meio de uma comunicação

honestas, a partir do respeito por sua autonomia, estabelecendo assim um relacionamento baseado na segurança. Acima de tudo é imprescindível individualizar o cuidado.

Comunicando com o paciente intubado / traqueostomizado

Um dos recursos que podemos utilizar para iniciar uma comunicação com o paciente intubado ou traqueostomizado é encorajá-lo a cultivar a tranquilidade para poder se comunicar. É necessário que a equipe esteja preparada e disponha de tempo para propiciar o diálogo. A pressa causa ansiedade e gera afastamento. Abaixo é apontada uma sugestão de quadro de figuras e letras que podem auxiliar a comunicação junto ao paciente.

A	E	I	O	U	
B	C	D	F	G	H
J	L	M	N	P	Q
R	S	T	V	X	Z

Outro fato que merece destaque é o de que a internação do ente querido pode elevar o nível de estresse diante de um diagnóstico grave fazendo com que a comunicação equipe-família seja complexa pelas circunstâncias emocionais difíceis. Essa vulnerabilidade faz com que a equipe precise ter um bom relacionamento com a família e estar disponível para uma comunicação efetiva, clara e dinâmica. A família deve ser acolhida em seus questionamentos e dúvidas. Os diálogos devem ocorrer diariamente sem necessidade de detalhamento técnico, com linguagem acessível.

Uma comunicação efetiva e afetiva poderá minimizar dificuldades e incertezas, diminuir o nível de ansiedade, fortalecer o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre equipe-família-paciente. Portanto, a comunicação efetiva e relacionamentos colaborativos entre os profissionais de saúde de UTIs e a família do paciente são componentes vitais para a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência hospitalar. Para isso, são necessários profissionais treinados no uso

da linguagem, capazes de identificar e compreender as necessidades das famílias associados a uma cultura institucional que promova um bom relacionamento entre todos os profissionais, pacientes e famílias. A comunicação, portanto, torna-se, o elemento fundamental para o equilíbrio e o bom funcionamento da equipe e conseqüentemente do serviço.

Há uma diversidade de ações que podem ser desenvolvidas. Neste capítulo apresentam-se algumas possibilidades. Cada equipe pode e deve programar e implantar aquelas que considerarem mais pertinentes. No entanto, é preciso deixar claro que todas as propostas devem ser regidas por um compromisso ético e moral, com amor e compaixão pelo ser humano que está sofrendo, assim como sua família.

Considerando a individualidade do cuidado e as diversas maneiras de enfrentamento da experiência de doença e de hospitalização de um membro da família é preciso ressaltar que ações preconizadas por programas de humanização são essenciais para que ocorram mudanças significativas no atendimento. A instituição que direciona suas políticas, decisões, objetivos e missão nos pressupostos do PNH e do Cuidado Centrado na Família promovem e incentivam o desenvolvimento de uma prática humanística.

Mecanismos de Comunicação na UTI

O papel fundamental da comunicação é a entrega de mensagens de um indivíduo para outro. Entretanto, em ambientes de alto risco, como a UTI, comunicação é muito mais que apenas falar; ela deve preencher requisitos básicos, notadamente em situações críticas e ser unificada, quando distribuída em um grupo de pessoas com diferentes funções, que possuem a mesma necessidade de acesso à informação. A composição de um time deve deixar claro o papel de cada um e quais instruções devem ser seguidas. Nesse momento, comunicar clara e objetivamente é fundamental.

Comunicação inadequada ou insuficiente entre profissionais de saúde foi a causa raiz mais frequente de eventos sentinelas reportadas a Joint Commission entre 2004 e 2010.

Especificamente, a passagem de informações na troca de plantões (*handover*), embora seja por definição, a transferência da responsabilidade do cuidado de pacientes, tem relação com falhas de comunicação e quebra significativa da continuidade de cuidados de um paciente.

Nelson, em sua pesquisa mostra que as Reuniões de família podem ser realizadas de maneira simples: e mostra as falhas que interferem na comunicação.

A pesquisa mostra que é primordial a disponibilidade do médico nas reuniões, nas questões relacionadas ao tempo de conversa com o familiar. Mostra que há falta de treinamento adequado para uma comunicação eficaz; que as diferenças culturais e de linguagem atrapalham a comunicação; o estresse emocional da equipe médica; falta de espaço adequado para a abordagem das famílias e a falta de estruturação da conversa e definição de objetivos interferem na efetividade da reunião.

Para ele a falha na comunicação tem 4 domínios principais:

- 1) Atividades/tarefas: o fundamental não é realizado
- 2) Omissões: diferentes tipos de informação não são passados entre as partes
- 3) Erros: informações erradas são efetivamente compartilhadas e mantidas
- 4) Quebra da continuidade do cuidado colocando em risco o paciente

O principal componente de uma correta comunicação, é a criação de um modelo mental ou a formatação da percepção de quem recebe a informação. Essa formatação passa pela preparação do receptor da informação, criação de métodos de questionamento do conteúdo passado, além de gerar momentos específicos entre partes envolvidas. Uma simples narrativa não é suficiente para o processo ocorrer de forma adequada.

São 8 os componentes da comunicação:

- 1) Emissor: Pessoa ou grupo que prepara a comunicação, inicia e difunde
- 2) Receptor: Quem recebe a informação. O emissor deve conhecer e entender a conexão com o receptor

- 3) A mensagem: É a idéia essencial que o emissor quer transferir
- 4) Codificação: O emissor traduz a mensagem em conteúdo, adequando-o ao propósito e audiência
- 5) Meio: O conteúdo da mensagem e o meio pelo qual ela é entregue são diferentes. O emissor deve encontrar o melhor meio para atingir o receptor.
- 6) Decodificador/Resposta: O receptor da informação transforma a mensagem em pensamentos e reações
- 7) Feedback: O emissor deve solicitar confirmação da mensagem que foi recebida, checando se atingiu seu objetivo. É necessária atenção pois o feedback pode não dimensionar a percepção do receptor (modelo mental criado).
- 8) Repetição: Uma interação não é suficiente para garantir a qualidade da passagem de uma mensagem. A repetição de dados e reforço é fundamental.

Conhecer os componentes faz com que os profissionais envolvidos em tarefas que demandam troca de informações, sejam capazes de entender a necessidade da padronização dos meios de comunicação e do processo pelo qual a informação será transmitida.

Os principais impedimentos para a efetiva comunicação são:

- ✓ Falhas relacionadas a comportamento
- ✓ Filtros individuais ou bloqueios
- ✓ Erros do remetente
- ✓ Erros do receptor

Podem ser citadas também falhas de comportamento que comprometem a comunicação:

- ✓ Falha na passagem de informação adequada e plena dos pacientes
- ✓ Falha na discussão de problemas alternativos
- ✓ Falha no planejamento de contingências

- ✓ Falha na monitoração de situações e outras atividades da equipe
- ✓ Hostilidade, frustração, fadiga, sobrecarga de trabalho.

São erros comuns do emissor:

- ✓ Escutar a informação com uma posição pré concebida
- ✓ Receber informação em concentração ou esforço para detecção da comunicação
- ✓ Pensar à frente do emissor
- ✓ Desconsiderar o poder da comunicação não verbal
- ✓ Perder sinais não verbais
- ✓ Postura desrespeitosa
- ✓ Não perguntar para esclarecer dúvidas.

O receptor comete os seguintes erros:

- ✓ Não estabelecer uma referência clara (um framework – sequência lógica da informação)
- ✓ Omissão de detalhes essenciais
- ✓ Emitir dados parciais ou ponderações
- ✓ Desconsiderar o poder da comunicação não verbal
- ✓ Comunicação desrespeitosa
- ✓ Distrações e não repetição, levando a falha de comunicação

As principais habilidades práticas podem ser resumidas como abaixo:

- Habilidades do emissor:

- ✓ Usar terminologia clara e padrão
- ✓ Seja claro e conciso

- ✓ Cheque se o receptor entendeu

- Habilidades do receptor:

- ✓ Repita (cross check)
- ✓ Acompanhe e preste atenção
- ✓ Pergunte

Scheunemann, em seu trabalho mostra alguns tipos de intervenções para melhorar a comunicação em Terapia Intensiva. Sendo elas, Informação Impressa, Comunicação estruturada, Postura ética.

Contudo, o meio que dá margem a mais erros é o escrito, principalmente se não for acompanhado de informação verbal face a face, com padronização do documento para o receptor.

A forma mais adequada de manter a informação entre partes autêntica, com margem mínima para distorções, é a gestão a vista da comunicação, com quadros informativos das prioridades e alertas situacionais, sempre acompanhado da conversação face a face, por meio de processo padronizado, com um mínimo de interrupções e em momentos definidos.

A assertividade em mostrar as prioridades e chamar atenção para situações de alerta são fundamentais em ambientes de alto risco como unidades de terapia intensiva.

SBAR: Proposta de ferramenta padrão de comunicação

SBAR é um modelo de padronização de passagem de informação que resume as seguintes etapas:

Situation (Situação)

Descreva a situação atual de forma sucinta
Passe um claro resumo dos pontos pertinentes

Background

Descreva claramente o porque de ter chegado nesse ponto

História prévia resumida

Assessment (Acessar)

Resuma os fatos; hipótese diagnóstica
Use o melhor julgamento possível

Recommendation (Recomendar)

Ações iniciadas
O que deve acontecer no futuro próximo

A técnica SBAR tornou-se um padrão de comunicação no treinamento de equipes. Incorpora virtualmente vários de seus fundamentos. Promove interação entre emissores e receptores, através de declarações padronizadas, facilitando a criação do modelo mental do receptor e permitindo que fases básicas do processo de comunicação não sejam prejudicadas ou esquecidas. O SBAR pode ser padronizado para organizações, departamentos ou times, promovendo um modelo mental comum entre profissionais, mesmo que de diferentes formações.

Há vários métodos de abordagem que sugerem sucesso na comunicação. Dinkin aborda em seu livro duas maneiras de abordagem à família em UTI. Sendo elas, *Ações Reativas* ou *Ações Preventivas*. No diagrama abaixo é claramente explicado os estágios de cada etapa. *Ações Reativas*, tingindo o objetivo final.



Figura 1- Dinkin

Estágio I:

Inclui reuniões com familiares, a qual tem por objetivo realizar diagnósticos, identificar as demandas dos familiares e o funcionamento deste

sistema. Como por exemplo, reuniões com familiares com forte apelo emocional. Muitas vezes o sentimento de culpa nos familiares vem acompanhado de declarações de defesa e/ou ataque aos profissionais da UTI.

Observa-se ainda neste estágio, os conflitos entre os familiares. Isto é, posições e entendimentos diferentes entre os membros da família. Onde, cada qual enxerga sobre sua própria ótica determinada situação. Um exemplo disso é quando ocorrem acusações e provocações entre os mesmos.

Vale lembrar que neste estágio a equipe deve avaliar se houve falha da equipe na condução do acolhimento deste sistema familiar, e deixar clara a disponibilidade para reparar, conduzir da melhor maneira possível a continuidade do vínculo com a família.

Dicas:

Ações reativas:
- Escute efetivamente; (fale pouco, escute sempre);
- Responda sempre de forma respeitosa;
- Procure utilizar-se de perguntas e questões;

Dicas:

Negociação: Conheça o outro lado
- Estreite a relação; (mostre-se interessado);
- Mantenha a Calma; (não tome para você as provocações);
- Seja objetivo em seus argumentos; (seja claro e focado);
- Exponha para o outro lado que a prioridade é a segurança do paciente.

Estágio II:

Neste estágio é importante desenvolver uma lista de questões relevantes a serem tratadas com os familiares. Inclui-se aqui, mapear todos os fatos de forma independente; mapear os sentimentos e desejos da família (entender ao máximo o ponto de vista do outro lado – *Sempre vai haver uma solicitação*).

Mapear os sentimentos do colaborador. Frustração no atendimento do paciente, decepção quanto a eventual falha, esperança quanto a resolução do problema – aqui também (*Sempre vai haver uma solicitação*).

Analisar os “gargalos” e áreas de conflito a serem discutidas coletivamente, auxilia a criar na equipe uma sensação de pertencimento e auxilia a gerar alternativas para soluções do conflito.

Estágio III:

Nesta fase, é importante que a liderança conduza uma reunião com as partes envolvidas. Sempre lembrando que estamos falando de Ações reativas. As partes têm que enxergarem-se como seres humanos, não como inimigos (família X representante da UTI).

Na declaração de abertura da reunião deve-se reforçar o propósito da reunião e as regras, para que haja diálogo saudável entre as partes. O autor sugere algumas técnicas:

- **Icebreaker:** (quebra-gelo), consiste numa conversa para firmar algo em comum com os participantes, tentando deixar o ambiente mais positivo, neste momento não associar a conversa com o assunto principal.
- **Discussão ou questão de impacto:** Conduzir a discussão abordando o motivo para o qual todos estão ali. Evitar espaço para emoções.
- **Discussão das demais questões:** Entendimento claro da perspectiva das partes envolvidas.

Estágio IV:

Nesta etapa identificam-se as resoluções obtidas no modelo Exchange. Avalia-se a melhoria da falha do processo e a qualidade da comunicação para com a família. Enfatiza-se também que outros pacientes não sofrerão com o mesmo problema e por fim observam-se as necessidades adicionais da família.

Dinkin explora ainda as formas de abordagem de famílias em UTI, sobre a ótica de *Ações Preventivas*, que consiste em anteciparem-se as problemáticas mais comuns que causam conflitos, sendo elas: questões relacionadas a comunicação, atitude do profissional e as questões relacionadas aos cuidados de final da vida. Ações preventivas nestes três quesitos podem minimizar significativamente eventos que geram estresse na UTI.

Como e o quê falar sobre morte com quem está morrendo

Que vamos morrer é uma certeza. Como e quando ocorrerá a morte são as incertezas com que temos que lidar. Assumir estas incertezas, e por consequência, nossa condição humana acima da condição de médicos ou profissionais da saúde, torna mais fácil o diálogo sobre a morte. É interessante saber que os pacientes e famílias podem ficar satisfeitos mesmo com a informação de “não sei”. Sinceridade é o diferencial entre satisfação ou não do diálogo. Conversar sobre prognóstico, mesmo que seja para falar que este é incerto, está relacionado com maior satisfação de familiares de pacientes internados na UTI. A equipe demonstrar cortesia, compaixão e respeito, são preditores de satisfação com o atendimento hospitalar dos familiares de pacientes que morreram na UTI. É com essa realidade em mente que se inicia uma conversa sobre morte. Esta conversa pode ser a ponta de um iceberg muito mais profundo, de onde emergem questões espirituais complexas existentes em todos os seres humanos, e em geral, mais aguçadas naqueles que estão enfrentando a morte ou o risco de morrer. A conversa sobre morte pode representar a conversa sobre questões espirituais. Existem algumas técnicas que ajudam o médico a chegar nestas questões. Para isto, primeiro precisa-se obter a empatia e a confiança. Somente então a conversa consegue se aprofundar para temas mais sensíveis. Um local calmo, com privacidade e conforto também poderá auxiliar no momento das comunicações conflituosas. Nestas condições, o paciente poderá dar a abertura que permita o aprofundamento do diálogo. Nestas situações, torna-se importante que o interlocutor possa iniciar a comunicação com uma pergunta inicial, por exemplo, *“deve ser muito difícil para o(a) senhor(a) enfrentar tudo isto. Como está se sentindo?”*. Neste tipo de conversa, ouvir é fundamental. Deixar o paciente ou a família falarem, ouvindo com atenção, mostra-se crucial para o seguimento do diálogo. Em um estudo bastante interessante, foram gravadas conferências entre médicos e familiares a respeito de decisões de fim de vida na UTI. Os autores observaram que as conferências nas quais as famílias saíam mais satisfeitas eram aquelas que os médicos falavam menos. Conseqüentemente, nessas ocasiões esses profissionais ouviam mais e dessa forma conseguiam entender e suprir as necessidades dessas famílias. Falar nem sempre é o melhor. Respostas para questões conflituosas nem sempre podem ser dadas.

Indispensável é a presença plena do profissional, agindo sem preconceitos e sem julgamentos e tentando simplesmente compreender aquele que está sofrendo. É surpreendente como em muitas ocasiões a própria pessoa encontra as respostas de que precisa.

A comunicação como cuidado

A comunicação é parte do cuidado de saúde. Ela se relaciona com as decisões tomadas e também com a saúde e a qualidade de vida das pessoas envolvidas, especialmente nas situações delicadas como aquelas relacionadas ao fim de vida. Em um recente estudo multicêntrico prospectivo francês¹¹, foi apontado que os familiares de pacientes internados na UTI que julgaram a informação oferecida durante a internação como não suficiente, incompleta ou de difícil entendimento apresentavam intensidade maior de síndrome do estresse pós-traumático 90 dias após a alta ou óbito do paciente na UTI. Essa síndrome relacionou-se diretamente com a qualidade de vida e com a morbidade dos pacientes assim como com a qualidade do boletim médico fornecido na UTI. O grupo de Azoulay et al¹¹ realizou um estudo intervencionista, prospectivo, multicêntrico e randomizado, em 22 UTIs da França, e avaliou o impacto de uma estratégia de comunicação em situações de fim de vida, sobre as condutas e a saúde dos familiares desses pacientes¹². Nesse estudo, o paciente era elegível toda a vez em que o médico responsável julgava que o paciente poderia morrer dentro de alguns dias. O paciente era então randomizado para um grupo controle, onde a equipe médica conversava com a família da forma habitual. No grupo intervenção a notícia era dada em uma conferência familiar, onde estavam presentes toda a equipe que prestava assistência e os familiares mais envolvidos com o paciente. Orientava-se a equipe a conduzir a conferência familiar utilizando-se uma regra mnemônica chamada em inglês de VALUE. Essa regra constituía-se de V: *valorize* (valorizar o que os familiares disserem); A: *acknowledge* (empatizar e validar emoções, como frustração, raiva, medo, etc.), L: *listen* (ouvir a família), U: *understand* (entender o paciente como pessoa, isto é, o que ele fazia, o que gostava o que não gostava, etc.) e E: *elicit questions* (perguntar ativamente tentando esclarecer dúvidas). Além das conferências, era entregue à família uma brochura, explicando os principais procedimentos relacionados aos cuidados de fim de vida e ao luto. Os resultados mostraram

que no grupo intervenção, o suporte artificial de vida com drogas vasoativas e ventilação mecânica foram mais frequentemente retirados. Neste grupo os familiares falaram mais durante as conversas com os médicos. O objetivo principal do estudo foi avaliar o luto da família 90 dias após o óbito. Observou-se que os familiares do grupo intervenção apresentavam menor incidência de síndrome de estresse pós-trauma, menos sintomas de ansiedade e depressão e menor uso de medicações psiquiátricas 90 dias após o óbito, diferenças estatisticamente significativas.

Diversas características estão relacionadas às necessidades de informação dos diversos pacientes e famílias. O próprio paciente apresenta necessidades diferentes de informação ao longo do curso de sua doença. Um paciente que acabou de receber um diagnóstico de uma doença potencialmente fatal apresenta uma necessidade de informação diferente do que o mesmo paciente em um momento posterior¹³. Do mesmo modo, culturas diferentes preferem quantidades diferentes de informação. Em um estudo prospectivo europeu envolvendo mais de 4000 pacientes¹⁴ observou-se que os países com forte influência anglo-saxã discutiam mais sobre fim de vida (84% das famílias) do que em países com forte influência latina (47% das famílias). Uma opção interessante sugerida em consensos médicos é a de se avaliar o quanto de participação o paciente ou família deseja ou necessita^{14,15}. Tornam-se úteis frases como “*alguns pacientes gostam de dividir as decisões com seus médicos, outros gostam que seus médicos decidam/os ajudem a decidir. Como o(a) senhor(a) se sente mais à vontade?*”, ou então “*algumas pessoas gostam de saber todos os detalhes de suas doenças, outras preferem saber somente o fundamental. Como o senhor(a) prefere?*”. Da mesma forma, para que seja avaliado com o paciente quem deve ser o responsável pelas decisões pode ser perguntado: “*precisamos conversar algumas coisas importantes a respeito de sua doença. O senhor(a) prefere que falemos antes com seus filhos?*”.

Conclusão

Verdade é como um remédio: há dose, via e hora para ser administrada. Uma dose baixa não é eficaz, mas uma dose alta demais ou administrada de forma errada pode também fazer mal. Nos cuidados de pacientes graves, saber como administrar estas doses de verdade é saber comunicar más notícias. Para

saber qual a dose que seu paciente precisa é necessário entendê-lo como uma pessoa, que tem medos, gostos e história. O diálogo é o caminho para este entendimento. Comunicação não é simplesmente um dom natural, pode ser estudada e melhorada. Cada vez mais se observa a sua importância em assistência à saúde, em especial, nos cuidados paliativos.

Referências

1. Gardner, Howard – Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas trad. Sandra Costa – Porto Alegre. (1984) Ed Artes Médicas.
2. Del Prette ZAP, Del Prette AD. Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
3. Del Prette, A. P. Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis, RJ. : Vozes, 1999.
4. Nicodemus, D; Naressi, W. G., O perfil do aluno de odontologia – do ingresso à sua graduação. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>> Acesso em: abr.-jun. 2002.
5. Carter, B. McGoldrick M. As Mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
6. Camon, V.A. A. – Psicologia Hospitalar: A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar - São Paulo: Traço, 1996 (Série psicoterapias alternativas; v. 2).
7. LeClaire M, Oakes M, Weinert CR. Communication of Prognostic Information for Critically Ill Patients. Chest 2005; 128:1728-1735.
8. Heyland DK, Rocke GMr, O’Callaghan CJ, et al. Dying in the ICU: Perspectives of Family Members. CHEST 2003; 124:392–397).
9. Sulmasy DP. Spiritual Issues in the Care of Dying Patients “. . . It’s Okay Between Me and God”. JAMA. 2006;296:1385-1392.
10. McDonagh JR, Elliott TB; Engelberg RA, et al. 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. Crit Care Med 2004 Vol. 32, No. 7 1484.
11. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. Am J Respir Crit Care Med Vol 171. pp 987–994, 2005.
12. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. N Engl J Med 2007;356:469-78.
13. McDermott, Clare, Coppin, R., et al . A qualitative study of GP views on admitting frail elderly nursing home residents to hospital. BMJ(doi:10.3399/bjgp12X649151) 2012.

14. Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med* (2005) 31:1215–1221.
15. Searight HR, Gafford J. Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians. *Am Fam Physician* 2005;71:515-22.
16. Nelson, E. Judith. Family meeting made simpler: A toolkit for the intensive care unit. *Journal of Critical Care* (2009). 24, 626 e7 – 626 e 14.
17. Scheunemann, Leslie P. Randomized, Controlled Trial of Interventions to Improve Communication in Intensive Care. A Systematic Review. *Critical Care*. *Chest* 2010.
18. Dinkin, S. *The Exchange Strategy for Managing Conflict in Healthcare*: McGraw-Hill Education; Edição: 1 - 2012.