



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES CRÍTICAS

COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES CRÍTICAS

Tradução para a Língua Portuguesa:

Joel de Andrade
Caroline Cabral Robinson
Cátia Moreira Guterres
Daiana Barbosa da Silva
Débora Zechmeister do Prado
Eduardo Berbigier
Eliana Régia Barbosa
Felipe Pfuetzenreiter
Glauco Adrieno Westphal
Maurício Galvão Pereira
Neide Knihs Rafael Lisboa de Souza

Organização:

Hospital Moinhos de Vento

Capa, Projeto e Diagramação:

Tavane Reichert Machado
Ilustrações: Freepik Flaticon

S454c Segovia, Carmen.
Comunicação em Situações Críticas / Carmen Segovia;
Manuel Serrano; tradução Joel de Andrade... [et. al.]. - Porto Alegre :
Hospital Moinhos de Vento, 2017.
78p.

Título original : Comunicación em Situaciones Críticas

1. Doação de órgãos. 2. Luto. 3. Comunicação em
Situações Críticas I. Título.

CDU – 616-089.844:393.7

MANUAL DO CURSO DE COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES CRÍTICAS: Influência no Processo de Doação

Tudo começou no ano das Olimpíadas de 1992. Acabava de ter início uma experiência pan-europeia chamada The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP), que contou com o apoio da Rainha Sofia. A Espanha foi um dos primeiros países a implementar essa iniciativa. O curso mostrou ser de extraordinária utilidade não somente para o que havia sido concebido em um primeiro momento (ensinar os profissionais a ofertarem a doação de órgãos), mas também por permitir que inúmeros profissionais dos mais diversos serviços de saúde pelos quais o paciente pode passar desde sua chegada ao hospital se convertessem em colaboradores ativos do processo da doação de órgãos.

O curso tomou vida própria após sua elaboração e se transformou, adaptando-se às necessidades espanholas, deixando de ter seu formato original. O nome do curso também foi alterado para um título mais descritivo: "CURSO DE COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES CRÍTICAS: Influência no Processo de Doação", da Organização Nacional de Transplantes (ONT).

Durante esses 17 anos, passaram pelo curso mais de 7600 médicos e enfermeiros de toda a Espanha, em um processo de disseminação de conhecimento como poucos precedentes na história da saúde espanhola ou de qualquer outro país.

Todos os estados espanhóis têm participado de maneira entusiasmada no processo de doação de órgãos, com o seguinte resultado final: mais de 5000 pessoas que atuam em unidades-chave nos hospitais da Espanha foram convertidas em aliadas ativas da ONT. Muitas vezes, quando outros países analisam as razões por que a Espanha é o primeiro país do mundo em doações e transplantes, tentam reproduzir o modelo espanhol, simplesmente introduzindo o modelo de coordenadores.

No entanto, é preciso lembrar que, no processo de doação em qualquer unidade hospitalar da Espanha, além do engajamento do coordenador, todos os outros colaboradores participam de forma direta e indireta. Uma atitude hostil ou, no melhor dos casos, indiferente, é uma atitude proativa a favor da não doação. Isso é o que acaba marcando o antes e o depois dos Cursos de Comunicação em Situações Críticas em qualquer hospital da rede espanhola, mostrando, por meio de dados, o êxito e a demanda desses cursos.

A América Latina tem comprovado nos últimos anos a eficácia dos referidos cursos. Mais de 40 cursos foram realizados em todo o continente, para profissionais da área de pacientes críticos em países de língua espanhola e portuguesa, que formam o Conselho Ibero-Americano de Doações e Transplantes. Em alguns casos, os cursos tornam-se formadores de instrutores, devidamente validados, o que se entende como uma pequena semente que pode ser disseminada por todo um continente por meio de um processo formador. Por ora, são mais de 1000 profissionais formados, mas está previsto que o número final seja ainda maior do que foi alcançado na Espanha.

A capacitação dos profissionais que ajudam no processo de doação é importante, e não menos valiosas são as habilidades daqueles que têm participado dos cursos de comunicação em situações críticas mas não estão envolvidos diretamente com o processo de doação, e sim com todos os demais tipos de pacientes. Pode-se dizer que muitos aspectos da assistência à saúde se beneficiam das ações dos médicos e enfermeiros que adquirem conhecimentos sobre a doação de órgãos.

É muito justo ressaltar que toda essa aventura só tem sido possível graças ao enorme esforço e entusiasmo demonstrados ao longo de muitos anos por Carmen Segovia e Manuel Serrano, enfermeiros e embaixadores da Organização Nacional de Transplantes (ONT) pelo mundo. O entusiasmo e a perfeição do trabalho sempre são dignos de reconhecimento, e essas virtudes vêm se mantendo por décadas. Trata-se de um fenômeno raro (pois é assim que tem sido o trabalho desenvolvido por esses profissionais da ONT durante todo este tempo), que nunca será suficientemente reconhecido.

Fica, portanto, a minha gratidão e reconhecimento por essa grande obra, ao mesmo tempo em que desejo o mesmo êxito à nova dupla de enfermeiros, Itziar Martinez e David Urunuela, que foram incorporados mais recentemente ao projeto.

Espero que esta nova edição do manual do curso, totalmente renovada, constitua uma ferramenta de trabalho adequada para todos os alunos na Espanha e na América Latina. Trata-se do resultado de uma experiência ampla e planejada na qual e, pelo que me consta, nada foi feito ao acaso. Esse é o selo da ONT.

Rafael Matesanz
Diretor da Organização Nacional de Transplantes (Espanha)

AGRADECIMENTOS

Este Manual foi elaborado com toda a humildade e sobretudo com um objetivo fundamental: despertar o interesse de todos aqueles que têm participado do Curso de Comunicação em Situações Críticas da ONT em aprofundar-se no mundo apaixonante das relações interpessoais no âmbito da saúde.

Trata-se do fruto do aprendizado contínuo de todos os que têm contribuído para fazer cada dia um pouco melhor, sendo justo agradecer sua contribuição.

É grande a lista de excelentes profissionais e de outras pessoas que ajudaram a conseguir que o Curso de Comunicação em Situações Críticas seja hoje uma referência para muitos profissionais das unidades de terapia intensiva (UTIs). Seria muito extenso citar todos e cada um deles; por isso, fica aqui o agradecimento a todos os que em algum momento fizeram algo em favor deste curso.

Obrigado sobretudo a Rafael Matesanz, Diretor da Organização Nacional de Transplantes, que acreditou em nós quando nós mesmos não acreditávamos.

A Blanca Miranda, que continua acreditando.

A Montse Tarrés, que nos deu seu apoio e sobretudo sua amizade.

A Ângela Margaz, que nos colocou no caminho.

A Pura Gomez, por sua maestria.

A Amparo Ballesteros, por suas críticas, sempre construtivas, e por tudo que nos ensinou como pessoa e como profissional.

A Pilar Ruiz, que nos apoia incondicionalmente a cada curso e a todo momento nos ensina algo mais.

A Beatriz Matesanz, que, em pleno luto pessoal, não hesitou em colaborar conosco.

A Julia del Viejo, por sua coragem, força e valentia, e sobretudo por nos ensinar que nunca devemos nos render, por mais dura que seja a prova.

A Rosa Jimenez.

A Angel Candela, Gema Marmisa e Concha Mosacula, que reproduzem o curso em Madri com tanto ou mais entusiasmo que nós mesmos.

Às novas equipes formadas na América Latina, mais especificamente da Argentina, Colômbia, Venezuela, Cuba, República Dominicana, Chile e Jalisco (México). Com todas elas temos aprendido, e esperamos que sejam capazes de transmitir algo da arte de comunicar-se em uma situação difícil e, no caso de não terem conseguido, consideramos que a responsabilidade seja unicamente nossa.

Às novas equipes de formação criadas na Galícia e no Brasil.

A Beatriz Dominguez, por suas valiosas contribuições.

A Elena Rodriguez, por sua paciência para conosco durante a preparação deste material.

A todos eles, obrigado.

Carmen Segovia
Manuel Serrano

PREFÁCIO

Redundante dizer da importância da Espanha e suas generosas oportunidades de ensinar-nos, a nós e ao mundo, há um quarto de século, as importantes lições que vêm aprendendo ao longo deste caminho coroadado de êxito, consubstanciado no recorde de 43 doadores por milhão alcançado em 2016.

Falar de Carmen Segovia e Manuel Serrano é falar de tenacidade, dedicação e ternura, as quais fui afortunadamente exposta mais de uma vez. É falar de uma trajetória digna e fundamental, da qual milhares de profissionais hoje são fruto em muitos países. De todas as iniciativas de trazer a expertise espanhola para nosso ambiente, a Comunicação em Situações Críticas desponta como a mais eficiente dada a sua singeleza e eficácia, e pelo propósito maior de formar formadores, entre eles as pessoas que hoje lideram importantes projetos, que tem levado a mudanças relevantes no cenário da doação em alguns dos estados brasileiros e que sustentam hoje o crescimento da doação de órgãos no país. Dentro deste projetos destaca-se hoje o DONORS, uma feliz parceria do Hospital Moinhos de Vento com o Ministério da Saúde, por meio das ferramentas oportunizadas pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Vivemos uma época em que a formação em humanidades é quase sempre subestimada em nossos cursos da saúde. Para além das capacidades de mapear, entender e responder às necessidades e expectativas de uma família, enlutada quase sempre de maneira súbita e frequentemente violenta, as discussões deste curso desafiam e mobilizam a nós, profissionais da saúde, a sentir e pensar de outras formas, sacudindo muitas das nossas convicções, minando algumas de nossas certezas, e necessariamente nos tirando da zona de conforto em busca de saber e fazer mais. O compromisso assumido por cada um de nós, cada vez que uma família aceita conversar conosco sobre doação dos órgãos, é o combustível que nos move adiante em cada um dos processos. Para além da situação dos doentes necessitados de um transplante, é a empatia com a família doadora que nos traz a energia obstinada que faz a diferença quando, a cada passo, perpassamos dificuldades. E elas não são poucas no nosso meio.

A possibilidade de trabalhar estas mudanças de atitude em língua materna, tão necessária para expressar sentimentos, amplia as possibilidades deste curso.

Por fim, creio com força que as mudanças de atitude estimuladas por meio deste curso ajudam, ajudaram e ajudarão as coordenações de transplantes a compor com os seus gestores, nos hospitais e nos governos, a necessária negociação em busca de soluções práticas que viabilizem o trabalho profissional e dedicado a uma das mais difíceis e gratificantes tarefas que o cuidado com nossos doentes nos propõe.

Por todas estas razões, celebro a cartilha em português do curso de Comunicação em Situações Críticas e a renovação dos propósitos que ela representa, de que sigamos nesta importante parceria para a saúde pública brasileira

Brasília, 03 de março de 2017

Rosana Reis Nothen
Coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes

ÍNDICE

1. Introdução	15
2. O processo de luto	21
2.1 Sucessão de perdas	21
2.2 O luto	22
2.3 Fases do processo de luto	24
2.4 Tarefas para elaboração do luto	25
2.5 O respeito diante das manifestações de dor	28
2.6 O papel dos profissionais de saúde no luto	31
3. A comunicação eficaz	33
3.1 Teoria da comunicação	33
3.2 A comunicação como processo de interação	34
3.3 Comunicação denotativa e metacomunicativa	37
3.4 O objetivo da comunicação eficaz	41
4. A relação de ajuda	42
5. A Escuta Ativa	48
6. Técnicas de Reformulação da Escuta Ativa	53
7. O Processo de Doação no Contexto da Comunicação de uma Má Notícia	59
7.1 Os profissionais de saúde e o processo de doação	61
7.2 Experiências de famílias doadoras: influência da comunicação dos profissionais da saúde	62
7.3 Algumas das razões por que as famílias negam as doenças	64
8. Algoritmo	65
9. Conclusões	66
10. Bibliografia e leitura recomendada	68

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem se conseguido grandes realizações e avanços no âmbito da saúde. Os avanços tecnológicos e científicos têm possibilitado aos profissionais mais e melhores ferramentas para chegar a diagnósticos e prognósticos e para tratar todos os tipos de doenças. Hoje em dia o usuário do sistema de saúde tem mais possibilidades e expectativas de tratamentos ou cura, diante de qualquer doença. Sem dúvida, o modelo de saúde espanhol, um dos melhores do mundo, tem conseguido compatibilizar esses avanços com uma atenção humanizada e centrada não apenas na doença mas também na pessoa como um ser holístico. Ao mesmo tempo em que os profissionais da área da saúde vêm sendo melhor preparados, não é infrequente nos depararmos com a insatisfação dos usuários em relação à qualidade do serviço que recebem, reforçando-se assim a necessidade deste curso.

Não se pode falar em humanização no âmbito da saúde se essa humanização não for observada no contexto das relações interpessoais. No relacionamento com os pacientes e suas famílias, enquanto são transmitidos diagnósticos, etapas do tratamento e suas possibilidades, cuidamos, consolamos e comunicamos más notícias. Uma pessoa está mais humanizada à medida que está mais desenvolvida em suas faculdades intelectuais, em sua sensibilidade afetiva e em sua capacidade de estimar, escolher e apreciar os valores individuais.

Historicamente, o relacionamento entre o profissional da área da saúde e o paciente tem se baseado em uma relação paternalista em que aquilo que o paciente e família teriam que saber é decidido pelo profissional da saúde. Felizmente, essa relação vem evoluindo para uma condição baseada no consentimento informado, conforme define, na Espanha, a lei 42/2002 sobre direitos e deveres e documentação clínica.

Por outro lado, se a relação baseada em consentimento informado é bem aceita pelos profissionais nos dias de hoje, as coisas mudam radicalmente quando se trata de comunicar más notícias. Comunicar ao paciente ou à família que estamos conseguindo uma boa evolução do paciente com o tratamento instituído sempre é agradável.

Porém, comunicar o contrário, ou seja, um mau prognóstico, ou a pior das notícias – a morte, não é tão fácil. É particularmente difícil porque sabemos que isso pode gerar reações de difícil controle e manejo. Levando em conta que os profissionais da saúde encaram a perda de pacientes com uma certa sensação de fracasso, comunicar más notícias sempre é algo que gostaríamos que fosse feito por outro. A comunicação de más notícias é reconhecida pelos profissionais da saúde como uma das situações que mais geram tensão na prática diária. Diferentes estudos demonstram a existência de certas barreiras e preconceitos que tornam especialmente difícil a comunicação dos profissionais com as famílias. Alguns desses estudos focam no processo de doação, que envolve necessariamente a comunicação prévia da morte de um ente querido. Um estudo conduzido por Prottas, que incluiu neurocirurgiões e em fermeiros de terapia intensiva, demonstrou que 80% desses profissionais descrevem o processo de doação como especialmente difícil, em razão das implicações emocionais envolvidas. Outro estudo, este canadense, demonstrou que 50% dos médicos e enfermeiros de UTI evitavam o contato com as famílias que acabaram de perder um ente querido, em função de uma suposta intrusão no luto familiar. Um trabalho de Spital, realizado com médicos de UTI, demonstrou que a manutenção da estabilidade hemodinâmica dos potenciais doadores era a fonte geradora de tensão.

“A comunicação de más notícias é reconhecida pelos profissionais da saúde como uma das situações que mais geram tensão na prática diária.”

Marcos Gómez Sancho, anestesiológista e especialista em cuidados paliativos, define a comunicação de más notícias como um ato humano, ético, médico e legal. Quando um ser humano comunica a outro que a sua morte ou a de algum dos seus entes queridos está próxima, trata-se necessariamente de um ato extremamente humano. É o momento de maior grandeza do ato médico e um dos mais difíceis. No entanto, para um ato essencialmente transcendental, não costuma haver uma preparação adequada do profissional, mas sobretudo da família.

Nas escolas de medicina e enfermagem da Espanha é raro encontrar temas relacionados à comunicação com os pacientes e suas famílias nas grades curriculares. Apesar de haver treinamento para diagnosticar e tratar de doenças ou do paciente que delas padece, não há, em nossas faculdades, treinamento sobre como informar sobre diagnóstico, tratamento instituído ou prognóstico, principalmente se for desfavorável. Durante a formação, são ensinadas técnicas de acordo com a atividade profissional que o graduando seguirá posteriormente e que talvez nunca serão postas em prática. De modo contrário, a relação interpessoal com o usuário do sistema de saúde é aprendida, na melhor das hipóteses, intuitivamente ou a partir da observação de como agem os demais, ou mesmo às custas de “tentativa e erro”, causa da angústia que provoca reações de rejeição e de fuga.

Diferentes estudos analisaram as reclamações contra o sistema de saúde, com ênfase nas queixas em relação à comunicação. Um estudo realizado pela médica pesquisadora Wendy Levinson comparou dois grupos de médicos que tiveram as conversas com seus pacientes gravadas. A metade deles teve ao menos duas queixas, enquanto a outra metade nunca recebeu reclamações. Os médicos com menor número de queixas por parte de seus pacientes foram aqueles que os ouviam sem interrupções, os estimulavam a fazer perguntas e os escutavam ativamente.

Segundo dados coletados de 7700 questionários de avaliação do Curso de Comunicação em Situações Críticas da ONT, 59% dos profissionais relataram ser estressante ou muito estressante comunicar-se com as famílias dos pacientes graves. É curioso que, quando se pergunta em que medida é difícil comunicar-se com a família de um potencial doador, esse percentual aumenta para 78%. Algo acontece com os sentimentos desses profissionais que leva à potencialização do desconforto **quando se trata de famílias doadoras**.

A maioria das pessoas, quando questionadas sobre sua opinião a respeito da doação de órgãos, se manifesta favorável a doar tanto órgãos próprios quanto de familiares. Sem dúvida, um percentual não desprezível dessas pessoas se nega a doar quando é chegado o momento da tomada de decisão. Por que pessoas que inicialmente são favoráveis à doação se negam a autorizá-la quando há a oportunidade de fazê-lo? Certa mente não há uma única razão, mas um dos fatores que mais influenciam é o fato de que a solicitação se dá, inevitavelmente, no pior momento da vida de uma pessoa: quando acaba de perder um ente querido.

O impacto emocional que a morte produz e a irreversibilidade do fato dificulta o processamento e a assimilação de informações. Por outro lado, são os próprios profissionais da saúde que têm a função de comunicar esse fato irreversível, ao mesmo tempo em que não estão preparados para comunicar-se com seus pacientes e famílias em situações de crise emocional.

“O impacto emocional que a morte produz e a irreversibilidade do fato dificulta o processamento e a assimilação de informações.”

Essa última informação é confirmada por um estudo realizado por Malecki que analisou dois grupos de enfermeiros. O primeiro grupo declarava “estar seguro” na hora de solicitar a doação de órgãos de uma pessoa falecida à sua família e obteve 84% de consentimento familiar. O segundo grupo de enfermeiros manifestou dificuldades a esse respeito e não conseguiu que qualquer das famílias aceitasse a doação de órgãos. Por outro lado, quando a solicitação desse segundo grupo de enfermeiros era para doação de tecidos, 42% das famílias concordaram em doar. Um dos fatores que influenciou a autorização para a doação de tecidos em comparação à doação de órgãos era o fato de os entrevistados se sentirem incômodos no momento de responder às dúvidas das famílias sobre a morte encefálica.

Observa-se, portanto, que é através da comunicação que pacientes e familiares elaboram a ideia de como estão sendo tratados. Quando famílias potencialmente doadoras não são bem informadas ou sentem-se maltratadas, é mais provável que haja uma resposta negativa à doação.

Famílias doadoras relacionam a má comunicação e a percepção de maus tratos com a negativa da doação. Por outro lado, famílias que não eram favoráveis à doação podem mudar sua opinião a partir de uma relação de confiança e da boa qualidade das informações.

“Quando famílias potencialmente doadoras não são bem informadas ou sentem-se maltratadas, é mais provável que haja uma resposta negativa à doação.”

É importante aprender a conviver com os demais, já que passamos nos sa vida nos relacionando com as pessoas à nossa volta. Conhecer algumas habilidades de comunicação nos ajuda a melhorar as relações interpessoais, transmitir segurança e confiança e possibilita melhorias na percepção do usuário do sistema de saúde sobre a qualidade de nossos serviços.

O processo da doação de órgãos para transplantes está imerso no processo da comunicação de uma má notícia. De fato, a pior delas, a perda de um ente querido. Dentre todas as variáveis que influenciam neste contexto, uma das mais importantes é o processo de comunicação com a família desde a chegada ao hospital e, sobretudo, a percepção da família sobre o cuidado recebido.

“Famílias doadoras relacionam a má comunicação e a percepção de maus tratos com a negativa da doação. Por outro lado, famílias que não eram favoráveis à doação podem mudar sua opinião a partir de uma relação de confiança e da boa qualidade das informações.”

O Curso de Comunicação em Situações Críticas nasce da necessidade de oferecer aos profissionais de saúde que estão em contato diário com famílias de pacientes graves ferramentas que facilitem a comunicação e o estabelecimento de uma relação de ajuda. Ao mesmo tempo, todo o processo inicial de comunicação deve ser um elemento facilitador da percepção sobre o cuidado prestado, proporcionando um clima adequado no momento de propor às famílias potencialmente doadoras a possibilidade de ajuda a outras pessoas a partir da doação de órgãos.

Os objetivos do curso são:

- Identificar o processo envolvido na comunicação de uma má notícia;
- Conhecer diferentes respostas emocionais das famílias perante a dor provocada pela perda;
- Avaliar a influência do processo de comunicação na atitude inicial das famílias frente à doação;
- Trabalhar a relação de ajuda em situações críticas;
- Praticar habilidades de comunicação que permitam ao profissional ser mais eficaz na comunicação com as famílias dos pacientes críticos.

O presente manual contém uma série de capítulos em que se resumem:

- Aspectos relevantes do luto, sobretudo do luto imediato, e a influência dos profissionais de saúde nas pessoas que o vivem;
- A importância da comunicação eficaz;
- A relação de ajuda como instrumento humanização na durante a assistência à saúde;
- A escuta ativa;
- Técnicas e habilidades de comunicação que podem ser facilitadoras na interação com pacientes e suas famílias;
- Experiências de famílias doadoras, tanto em relação à sua vivência do processo de doação quanto à percepção do processo de comunicação

2. O processo de luto

A trajetória de todo ser humano compõe-se de diferentes momentos e tempos. Cada parte de nossa vida se caracteriza por algo que deixamos para trás e por algo novo que aprendemos: ***“El que es capaz de encontrar sabrá también separarse, de igual modo que la separación es el prerequisite de todo encuentro”.*** * (S. Spinsanti)

Ao longo de nossa vida sofremos diferentes perdas: materiais, de expectativas, de afetos. A maioria destas passa despercebida. Por outro lado, há outras perdas que nos produzem marcas que podem nunca se apagar.

Entendemos melhor o comportamento do ser humano frente ao impacto produzido por uma perda se conhecermos um pouco do significado de apego. Uma das figuras mais importantes no estudo desse fenômeno, John Bowlby, criador da teoria do apego, postula que o ser humano tem uma tendência natural a estabelecer fortes laços afetivos com outros. Desse modo, qualquer situação que possa causar a perda desses laços emocionais vai provocar reações que serão diretamente proporcionais à intensidade do laço emocional que se estabeleceu com o ente que perdemos. A tese de Bowlby é de que a necessidade de apego é dada pela tendência de nos sentirmos protegidos desde idades muito tenras e de que a ruptura do laço emocional estabelecido é o que provoca respostas de ansiedade e sofrimento em todos os níveis.

2.1 Sucessão de perdas

A evolução da pessoa atravessa diferentes fases: infância, puberdade, juventude, idade adulta e velhice. Cada uma dessas fases é acompanhada de características específicas que marcam o seu desenvolvimento. Muitas vezes, a passagem de uma fase a outra é marcada especificamente por algum fato relevante, como, por exemplo, o início da atividade escolar: a criança abandona a segurança do lar para iniciar outras atividades. O começo da vida profissional é outro momento importante na vida do ser humano.

***Tradução livre:** “O que é capaz de encontrar saberá também se separar, do mesmo modo que a separação é pré-requisito de todo o encontro”.

Uma das etapas mais importantes na idade adulta se dá com o matrimônio, já que este marca o começo de uma nova vida e parte do desapego aos pais e irmãos. Essa vida, apesar de desejada, parte de uma separação. Toda a mudança implica em separação, e esses marcos estão repletos de separações e novas relações.

Uma forma de perda que repercute não somente em quem a sofre mas em todos do seu meio é a perda da saúde. Os avanços técnicos na medicina chegaram a fazer pensar que não há limites para a ciência e que tudo se pode curar, o que torna mais difícil aceitar a perda da saúde e a morte. Há estudos que demonstram que o efeito psicológico de amputações de membros é muito similar ao efeito da morte de um ente querido.

Estamos em permanente contato com os outros, e ao longo de nossa vida perdemos e iniciamos novas relações, sendo que o afeto e as emoções gerados por essas relações nos acompanham ao longo da vida. Podem ser perdas secundárias, como a mudança de residência ou problemas no relacionamento conjugal, quando o afeto se transforma em ressentimento. Nesse último caso, a perda mais significativa é a separação do casal, na qual, além da perda da relação, há outras perdas secundárias, como do ambiente habitual, do status social, dos amigos, do nível econômico, etc.

2.2 O luto*

De todas as perdas que o ser humano pode sofrer, a mais temida é a perda da vida, tanto da própria como a de um ente querido. Quando se trata da morte de um ente querido, o apego à relação e a ruptura desses laços afetivos desencadeia um mosaico de emoções que compõe o luto.

O luto, portanto, é a resposta a uma perda, uma separação. A origem da palavra provém do latim *dolus* (dor), que é uma resposta natural à perda da relação com algo ou com alguém, que gera sensações emocionais ou mesmo físicas. É um mecanismo natural pelo qual os seres humanos canalizam a dor e o sofrimento produzidos pela separação permanente e irreversível de um ser que amamos.

* **Nota de tradução:** a língua espanhola tem duas palavras que se referem ao luto em português: “duelo” e “luto”. Portanto, nesta tradução, a explicação se refere ao luto como normalmente usamos na língua portuguesa, independentemente se expresso no texto como dor ou luto

O processo de dor é extremamente necessário para nos adaptarmos ao meio sem o ente querido. Tais sensações emocionais dependem da forma com que a separação se deu (se esperada ou repentina), das condições pessoais do sobrevivente e do apoio externo disponível. Por isso, se trata de uma experiência particular (intransferível).

O que diferencia a dor motivada pela perda de um ente querido da dor sofrida por outras perdas é que, no primeiro caso, os sentimentos são mais profundos, mais intensos, se prolongam por mais tempo, e se constata a irreversibilidade do ocorrido. Uma perda insubstituível e definitiva.

A palavra luto, *luggere* em latim, significa chorar. É a manifestação externa da dor pela morte de um ente querido e está diretamente relacionada à pessoa, aos costumes sociais e à cultura a que a pessoa pertence. Tem, portanto, um importante sentido social.

J. Montoya Carrasquilla disse o seguinte sobre a dor produzida pela perda de um ente querido: *“Em nenhuma situação a dor que se sente é tão intensa como diante da perda de um ente querido: é uma dor biológica, dói o corpo; é uma dor psicológica, dói a personalidade; é uma dor social, já que nos dói a dor dos outros; como também é uma dor espiritual, dói a alma. Em resumo, na morte de um ente querido, dói o passado, o presente e especialmente o futuro”.*

A cultura da morte tem variado muito em pouco tempo. Não faz muito, as pessoas morriam em suas casas, rodeadas de seus entes mais queridos e envolvidas por sentimentos e emoções. Os familiares e amigos tinham um objetivo: apoiar os enlutados. Sem dúvida, nos últimos tempos a expressão social do luto também se viu modificada, e às vezes é difícil superá-la, especialmente quando há menos apoio externo.

“...Em resumo, na morte de um ente querido, dói o passado, o presente e especialmente o futuro”.

Com os avanços técnicos da medicina, a maioria das pessoas morrem nos hospitais e entre pessoas estranhas, como os profissionais da saúde. Muitas coisas mudaram, mas a dor permanece a mesma. O que mudou foi a forma de expressá-la, o que faz com que muitas pessoas tenham dificuldade no processo de luto, em especial na adaptação à perda.

As primeiras manifestações de luto são emoções das mais intensas e dolorosas, que aparecem quando as pessoas ainda estão no ambiente hospitalar e entre os profissionais da saúde, os quais nem sempre estão preparados para proporcionar o apoio necessário nesses momentos.

2.3 Fases do processo de luto

O luto por um ente querido envolve sofrimento. O psiquiatra George Engel questiona se o luto é ou não uma enfermidade e vê o processo de luto de maneira similar ao processo de cura de uma doença. Assim, o enlutado pode ser totalmente curado ou ter um processo de cura inadequado, com desfechos também inadequados.

O que há de concreto é que todos os autores concordam em afirmar que o luto é um processo que deve ser percorrido passo a passo. Alguns o comparam a um caminho difícil que, apesar de doloroso, deve ser percorrido. Não há atalhos para atravessá-lo, e aquele que volta na metade do caminho e não o atravessa por completo posterga e prolonga a dor. Os autores também concordam em relação ao conceito de que o luto é composto por uma série de fases, embora não haja consenso de que se tenha que passar por essas etapas de maneira sequencial para resolvê-lo de maneira adequada.

Elizabeth Kubler Ross, conhecida por analisar o luto associado à perda da saúde, o divide em cinco fases: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Parkes o divide em quatro: choque e atordoamento, saudade e busca, desorganização e desespero e, finalmente, a reorganização da vida sem o ente querido. Ramsay o divide em cinco fases: choque, confusão, busca, aceitação e reintegração. Worden fala do luto como um trabalho que cada um deve realizar para elaborar a perda de maneira adequada.

As fases podem variar segundo os autores, mas todos coincidem no conceito de que é um processo que deve ser elaborado para que o enlutado se adapte à perda.

“...todos os autores concordam em afirmar que o luto é um processo que deve ser percorrido passo a passo.”

Além disso, e ainda para que essa elaboração aconteça de forma natural, não é necessário atravessar as diferentes fases de maneira literal, mas é certo que se deve elaborar o processo para restabelecer o equilíbrio que foi perdido pela ruptura dos laços anteriormente estabelecidos.

2.4 Tarefas para elaboração do luto

O ponto comum relacionado à perda de um ente querido é a dor. O luto é uma experiência pessoal e complexa experimentada de diversas formas e deixa o sobrevivente desamparado e mergulhado num caos emocional.

William Worden sugere a realização de quatro tarefas para elaborar o processo de luto e completá-lo de maneira eficaz. No seu livro “O tratamento do luto: aconselhamento psicológico e terapia”, compara o luto a um “trabalho” e, portanto, pressupõe um grande esforço do enlutado para chegar a readaptar-se ao meio sem o ente querido.

Tarefa 1: Aceitar a realidade da perda

A primeira questão a ser encarada para se elaborar o luto deve ser enfrentar a realidade da perda. Após a morte de um ente querido, normalmente surge a negação em aceitar o fato, sendo frequente que o enlutado resista a crer que não terá mais o ente querido. Às vezes, a negação está relacionada a um mecanismo de defesa contra a dor que produz a dificuldade em aceitar a irreversibilidade da perda e a impossibilidade de substituir a relação. A negação em aceitar a perda tende a ser mais intensa quanto mais inesperada for a perda e quanto maior for a intensidade dos laços afetivos criados.

A negação pode adotar diferentes formas, e nem sempre é exclusivamente verbal. O enlutado pode manifestar a negação diante da perda com atitudes que demonstram que ainda não assumiu a realidade.

Não são infrequentes perguntas como “Mas não está com febre, não é, doutor? ”, após ter sido comunicada uma má notícia ou um mau prognóstico. Negar a realidade pode variar entre uma ligeira resistência até situações de grande negação, em que a resistência impede o começo do luto. Resolver esta tarefa leva tempo porque envolve a aceitação da perda não apenas pela mente mas também pelo coração, ou seja, com as emoções.

Tarefa 2: Expressar as emoções e a dor

Quando se fala da dor produzida pela perda de um ente querido, também se inclui dor física, que muitas vezes se experimenta junto à dor emocional. Parkes afirma que evitar ou reprimir a dor pode prolongar o processo de luto. Muitas vezes o meio em que vive o enlutado impede que o luto siga seu curso normal. A tentativa de animar o sobrevivente com frases feitas como “você tem que ser forte”, “não chore”, “foi melhor assim”, etc., não consola, apenas distrai o enlutado de sua dor.

Com esse tipo de frases feitas, é mais provável que se prejudique a elaboração adequada desta tarefa, podendo-se inclusive desencadear lutos patológicos. Parkes afirma que evitar ou suprimir algumas reações de dor pode prolongar o luto.

Nos dias de hoje, os costumes associados à perda de um ente querido desapareceram de tal maneira que há poucas formas de demonstrar o luto e que ajudam os enlutados. O costume de vestir-se de preto, não tão antigo, era uma maneira de comunicar à sociedade que se havia perdido um ente querido e, portanto, se estava de luto. As pessoas conversavam com o enlutado, que se sentia “autorizado” a manifestar o ocorrido.

Hoje em dia, são raras as manifestações externas que indiquem a perda, além de se evitar que o sobrevivente sequer pense no ocorrido. John Bowlby afirma que, cedo ou tarde, aqueles que evitam o luto de forma consciente sofrem alguma forma de depressão.

É provável que, se esta tarefa não for adequadamente resolvida, o enlutado necessite de ajuda futura, quando talvez as condições sejam menos favoráveis, considerando que o momento que se segue imediata mente à perda é quando o sobrevivente dispõe de maior apoio externo, de familiares e de amigos.

Tarefa 3: Adaptar-se ao meio sem o ente querido

A experiência da perda de um ente querido é vivenciada de forma diferente entre as pessoas, a depender da relação com o falecido e da natureza da perda. A vida agora não será mais a mesma. O sobrevivente se sente estranho em um mundo onde o ente querido já não existe mais. Carl Lewis, após a morte da sua esposa, disse: “É algo como soar um sino de uma forma que logo seu som terá desaparecido. O que aconteceu que o mundo ficou tão chato, tão mesquinho, para que pareça tão insignificante?”

Para muitas pessoas, a perda do ente querido as obriga a assumir outros papéis que implicam em esforços adicionais. É fato também que em muitas ocasiões os que estão em luto não estão conscientes dos papéis que devem assumir após passado algum tempo. No caso das viúvas, com a perda dos esposos desaparece a pessoa que tinha o controle financeiro da casa. Para os viúvos, sem a esposa, terão que passar a organizar as tarefas domésticas.

Não é infrequente a percepção pelo sobrevivente da falta de controle e perda de rumo. Além disto, o sobrevivente tem que assumir papéis que antes estavam reservados ao falecido. Resolver essas tarefas de forma adequada pode lhe proporcionar o desenvolvimento de habilidades que antes não tinha, facilitando a percepção de um novo sentido para a vida.

Tarefa 4: Recolocar-se emocionalmente perante o falecido e continuar com a vida

É comum haver alguma resistência em adaptar-se ao meio sem o ente querido, pois continuar a vida sem ele poderia significar esquecimento. Nunca esquecemos a pessoa falecida, e recompor-se emocionalmente não significa que a tenhamos esquecido. Essa atitude positiva apenas ajuda o sobrevivente a seguir com sua vida.

Seguir adequadamente essa tarefa é complicado, pois a confusão com o esquecimento do ente querido pode implicar em resistência no cumprimento da tarefa. No entanto, realizá-la de maneira adequada permite redirecionar a energia para outras relações, sem que isso signifique esquecimento.

Não há como definir a duração do processo de luto. Trata-se de uma resposta individual, e seu tempo pode variar de um a três anos a depender de muitos fatores. Podemos dizer que se elaborou um luto adequado quando o sobrevivente fala do ente querido sem dor, sem que se produzam emoções que geram choro ou vazio interior. Freud escreveu ao seu amigo Binswanger após a morte de seu filho: “Encontramos um lugar para o que perdemos. Sabemos que depois da perda a fase aguda do luto se acalmará. Também sabemos que permaneceremos inconsoláveis e que nunca haverá substitutos. Não importa o que está preenchendo o vazio, mesmo que tente preenchê-lo completamente, sempre haverá um algo mais” (dor e melancolia).

Podemos dar por encerrado o processo de luto quando certas tarefas foram elaboradas e a pessoa se torna capaz de retomar o interesse pela vida, redirecionando suas emoções às pessoas vivas e adaptando-se a uma vida na qual o seu ente querido não está mais presente.

2.5 O respeito diante das manifestações de dor

Sendo o luto uma experiência pessoal e única, os profissionais de saúde devem atuar com respeito absoluto à dor de cada indivíduo. Respeitar as manifestações de luto significa aceitação incondicional dessa pessoa, dando-lhe o direito de ser alguém diferente e capaz de escolher a conduta que mais se adapta às suas necessidades. Respeitar os sentimentos dos que sofrem significa compreender a pessoa. Os sentimentos não são nem bons nem maus, mas adquirem uma conotação moral quando o expectador da situação a atribui. A seguir descrevemos uma série de sentimentos que podem ser encontrados durante o luto:

- **CHOQUE** – reação inicial que se tem após saber da notícia. Muitas vezes a pessoa é incapaz de reagir, apresentando uma série de sensações paralisantes. Mesmo perguntada, não responde, o que parece ser uma reação de autoproteção frente a sentimentos incontrolados. Esse é um comportamento muito frequente, e às vezes paralisante, quando a morte aparece de maneira súbita.
- **RAIVA** – é um sentimento natural que nasce como consequência da frustração de não poder mudar os fatos, e os obstáculos a frente dos objetivos. É uma “energia” que precisa ser expressada.

Pode estar dirigida a diferentes personagens: ao falecido, à equipe médica, a Deus e à própria pessoa enlutada. É um sentimento desconcertante tanto para quem observa quanto para quem o experimenta, sobretudo quando se dirige ao ente querido ou ao profissional da saúde, que, se não estiver preparado para se posicionar nesse momento, pode envolver-se em discussões. Contudo, é um sentimento passível de ser canalizado de forma construtiva, de modo a favorecer recursos que facilitem a evolução do processo de luto.

- **CULPA** – muito ligada à raiva. Quem sofre tem a necessidade de buscar um responsável pelo acontecido. Esse processo pode levar a várias direções:
 1. O sobrevivente culpa a si mesmo de algo que poderia ter sido feito;
 2. Culpa o ente querido pelo suposto ato de abandono;
 3. Culpa a outros, como Deus e os profissionais de saúde. Nes se último caso é que geralmente observamos grandes difi culdades para lidar com esses sentimentos. Se forem inter pretados de forma direta (tal como expressados), podem-se produzir situações de grande tensão uns com os outros.
- **IMPOTÊNCIA** – surge diante da impossibilidade de que algo mude a situação.
- **ALÍVIO** – aparece sobretudo naquelas enfermidades crônicas e dolorosas. Às vezes pode acompanhar-se do sentimento de culpa diante da sensação de alívio que a morte do ente querido pode produzir.
- **BLOQUEIO** – vem com o impacto emocional e a confusão, podendo aparecer como mecanismo de defesa diante da dor e das emoções.
- **ANGÚSTIA** – às vezes é acompanhada de reações físicas, como mal-estar.
- **NEGAÇÃO** – Resistência natural a aceitar a perda do ente querido, acompanhado da sensação de irreabilidade. Esse sentimento é mais evidente nas mortes súbitas, existindo uma resistência a aceitar a perda: “Não é verdade”, “Não está acontecendo comigo”, “Vocês estão equivocados”.

O impacto emocional torna difícil entender a informação, aumentando a negação em aceitar o ocorrido.

- **CONFUSÃO** – Incapacidade em ordenar os pensamentos. Às vezes os sobreviventes dão voltas em si mesmo e têm grandes dificuldades para assimilar as informações necessárias para a tomada de decisões.
- **PENA** – É o sentimento que pode perdurar por mais tempo. Pode ser acompanhado de choro ou não. Carl Lewis, nas reflexões após a morte de sua esposa, disse: “Nunca me disseram que a pena se parece tanto com o medo; medo do futuro sem a pessoa amada, a vida sem ela”.
- **RISO** – É a emoção menos comum diante da perda de um ente querido. Mas, quando aparece, o espectador fica desconcertado e curioso com a peculiaridade da situação. “Eu vi minha mãe morrer, não quero nem acordar, tão grande o sentimento que tomou conta de mim que no lugar de chorar desabei a rir”.

Há pessoas que se esforçam para não manifestar as emoções, sobre tudo se pertencerem a culturas em que esses sentimentos podem revelar fraquezas. Em geral, os esforços para inibir os sentimentos podem piorar o processo de luto.

Sendo o luto uma experiência pessoal, essas manifestações do luto podem provocar nos profissionais da área saúde reações que, por sua vez, podem levar a um confronto com a família. A raiva e a culpa, sentimentos frequentes no processo de luto, quando dirigidas aos profissionais de saúde, costumam ser mal interpretadas, o que pode gerar confronto. Há várias referências sobre a raiva e a culpa dirigidas a diferentes destinatários. Em seu poema “Elegía”, Miguel Hernández manifesta a raiva e transfere a culpa à vida em geral pela perda do seu amigo Ramón Sigé: “Não perdoo a morte apaixonada, não perdoo a vida desatenta, não perdoo a terra nem a nada”. Domenchina, em sua “Elegía”, dirige a culpa a si mesmo: “já a come a terra, e eu que sou um homem mau, não morro de pena”. Conforme orienta Villa espesa: Devemos lutar quando o amor não existe? Já que morreu com ela sem saber, anda e enterra-te vivo em tuas recordações!

Manifestações normais do luto

- **SENTIMENTOS** – Tristeza, aborrecimento, culpa, autorreprovação, ansiedade, saudade, fadiga, impotência, choque, solidão, alívio, insensibilidade.
- **SENSAÇÕES FÍSICAS** – Vazio, opressão torácica, pressão na garganta, angústia, choro, falta de energia, fraqueza muscular.
- **COGNIÇÃO** – Negação, confusão, preocupação, alucinação e irrealidade.
- **CONDUTAS** – Choro, isolamento social, busca de objetos do ente querido, dificuldade de concentração, transtorno do sono e alimentar, agressividade.

Diferentes autores concordam que todas essas reações são normais durante o luto, sobretudo no início, por mais estranhas que pareçam. A interpretação pode ser outra quando tais reações se prolongam ou se tornam crônicas.

2.6 O papel dos profissionais de saúde no luto

Já foi comentado que o luto experimentado com a perda de um ente querido está relacionado com a causa da morte, as circunstâncias pessoais e os apoios externos. O conjunto de emoções que se sucede após a perda também varia de acordo com o momento em que se recebe a notícia. As manifestações do luto logo após receber a notícia são diferentes, ao menos em intensidade, das manifestações observadas após terem se passado alguns meses. Do ponto de vista dos profissionais de saúde que comunicam as más notícias, nos interessa conhecer as manifestações imediatas do luto. Ou seja, a manifestação das emoções que se produzem logo após comunicar a morte do paciente, ou as manifestações da família ao saber da morte do seu ente querido.

Os profissionais da área da saúde estão cada vez melhor preparados tecnicamente para cuidar e curar as doenças mais graves. No entanto, nem os médicos nem os enfermeiros se preparam para algo que faz parte de seu cotidiano de trabalho: a comunicação das más notícias e a atenção ao início do luto. Não obstante, as pesquisas indicam que a forma que se inicia o luto é de importância vital na sua resolução (Wright).

A falta de preparo dos profissionais na hora de manejar o luto das famílias é uma barreira difícil de ser superada no momento em que essas pessoas iniciam o processo do luto. Geralmente é uma situação geradora de tensão ao profissional de saúde, provocando dúvidas em relação à comunicação das más notícias. Muitas vezes a aparente frieza dos profissionais esconde um grande receio de não saber como ajudar. Por outro lado, a percepção de quem está sofrendo é outra, e sentir-se incompreendido pode aumentar a intensidade das emoções.

“Os profissionais da área da saúde estão cada vez melhor preparados tecnicamente para cuidar e curar as doenças mais graves.”

As funções do profissional de saúde no início do processo de luto incluem:

- Reduzir o dano potencial da morte através de uma relação baseada em muito respeito.
- Proporcionar alívio ao sofrimento e apoio emocional.
- Facilitar a expressão da emoção e estimular a verbalização da mesma.
- Ajudar, sem conotações morais, a reconhecer todos os sentimentos iniciais como naturais: raiva, culpa, alívio, etc.

Por fim, trata-se de estabelecer uma relação que facilite a elaboração do luto

3. A comunicação eficaz

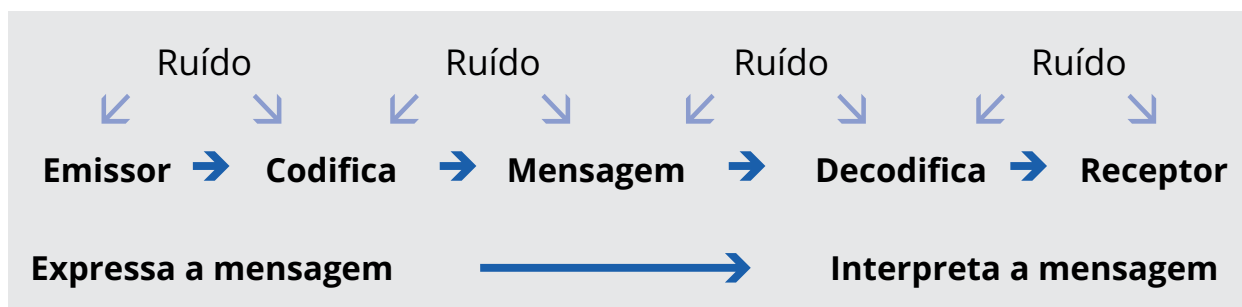
A palavra comunicação vem do latim *comunicare*, que significa pôr em comum, compartilhar. É um processo de transmitir e receber informações e mensagens entre pessoas que estão integradas em um processo de comunicação.

Através da comunicação se estabelecem as relações interpessoais e se transmite o conhecimento, as experiências, os desejos, as emoções e os sentimentos entre as pessoas.

3.1 Teoria da comunicação

A comunicação é um processo interativo e cotidiano, que torna os seres sociáveis. Na sua forma mais básica, é a troca de mensagens entre pessoas que estão envolvidas em um processo de comunicação. A comunicação está associada a uma forma de comportamento, e todo comportamento é, por sua vez, uma forma de comunicação. Cada sequência de um processo de comunicação ocorre entre um transmissor e um receptor.

O emissor expressa uma mensagem que é decodificada pelo receptor da mesma:



- O remetente expressa, mediante códigos específicos, o que quer comunicar;
- O receptor decodifica essa mensagem;
- Ambos elementos podem se ver afetados e distorcidos pelo “ruído”.

A comunicação eficaz pretende trocar mensagens de modo que a intenção do emissor seja idêntica à interpretação do receptor. A comunicação em saúde tem como objetivo a troca de mensagem de forma adequada, com caráter de ajuda profissional. Destina-se a facilitar ao paciente ou à sua família a expressar suas emoções.

3.2 A comunicação como processo de interação

A comunicação é um processo:

- **Dinâmico:** Está em movimento constante e contínuo;
- **Inevitável:** Mesmo o silêncio é forma de comunicação;
- **Irreversível:** Uma vez feito não pode ser ignorado;
- **Bidirecional.**

É impossível não se comunicar. Mesmo que nós não queiramos nos comunicar, estamos enviando mensagens ao outro. Não existe a não comunicação, pois sempre, mesmo que não queiramos, nós a praticamos. Falar ou não falar, ter uma ou outra atitude, constitui uma forma de comportamento que terá como resultado uma mensagem para o outro.

Portanto, a comunicação não é apenas intencional, já que qualquer ação é uma forma de comunicação para o outro. A causa mais importante de falha na comunicação se encontra em assumir que a mensagem emitida foi decodificada pelo receptor. O inverso também é verdadeiro, em dar por certo que a mensagem que nos foi transmitida é a que decodificamos.

Elementos envolvidos na comunicação

- 1. Emissor:** A pessoa que envia a mensagem
- 2. Receptor ou decodificador:** O que recebe a mensagem
- 3. Canal:** Meio pelo qual a mensagem é transmitida
- 4. Código:** O conjunto de regras e símbolos
- 5. Mensagem:** O conteúdo das informações transmitidas
- 6. Contexto:** Situação em que a comunicação ocorre

Paul Watzlawick fala de cinco axiomas na comunicação:

- É impossível não comunicar. Nossas atitudes são sempre mensagens para os outros. Mesmo que nós não queiramos nos comunicar, estamos transmitindo uma mensagem aos outros.
- A comunicação dispõe de um conteúdo e de um nível de relacionamento.
- A relação depende de como se estabelece a sequência entre os participantes.
- Os envolvidos na comunicação utilizam tanto a comunicação sistemática quanto a analógica.
- A comunicação é simétrica e complementar.

Quando se trata de comunicar más notícias, a informação que se transmite dá ao ato de comunicar um significado especial, já que todos esses aspectos da comunicação são necessários em uma situação de crise emocional.

Se, por um lado, as famílias dos pacientes iniciam o processo doloroso do luto, por outro lado os profissionais da saúde enfrentam a tensão da tarefa de comunicar más notícias.

Em um estudo multicêntrico realizado em hospitais europeus e dos EUA, os profissionais de saúde afirmaram ter dificuldades na hora do contato com as famílias dos pacientes em momentos que envolvem alguma situação crítica. Esse estudo teve o objetivo de registrar a existência de barreiras que complicavam o contato com essas famílias. Um grande número de profissionais apresentava rejeição ao ato de se comunicar, por medo de aumentar a dor dos seus interlocutores. Outra barreira importante, que estava presente em mais de 50% desses profissionais, foi a falta de conhecimento de estratégias para enfrentar o contato com os familiares dos falecidos.

A existência de certos preconceitos por parte dos profissionais de saúde pode ser decisiva na hora de conseguir uma boa interação com as famílias. Um desses preconceitos, que caracterizam ações do tipo “atirar a pedra e sair correndo”, é acreditar que ficar com a família durante a comunicação da má notícia é uma intromissão em sua dor e poderia piorar o luto.

“Em um estudo multicêntrico realizado em hospitais europeus e dos EUA, os profissionais de saúde afirmaram ter dificuldades na hora do contato com as famílias dos pacientes em momentos que envolvem alguma situação crítica.”

Outro preconceito comum é achar que os profissionais da saúde não têm nada para oferecer à família, que nosso trabalho está no cuidado ao paciente, e uma vez que este esteja falecido acabou nossa missão. No entanto, mesmo quando a ciência não pode fazer nada pelo paciente, ainda se pode fazer algo muito importante: cuidar e consolar.

A nossa formação é dirigida ao paciente: nos treinam para tratar, diagnosticar corretamente, cuidar, etc. Mas nos ensinam que devemos fazer algo dirigido às famílias? Entretanto, especialmente nas unidades em que rotineiramente se comunicam as más notícias, se pensarmos bem, é justamente para as famílias que transmitimos a informação sobre os cuidados que estamos realizando.

Se é difícil comunicar más notícias, quando se trata de comunicar a pior delas, a morte, todos esses fatores são potencializados pela impossibilidade de não poder proporcionar esperança. Além disso, faltam aos profissionais da área da saúde mecanismos para lidar com as manifestações de dor. E é em todo esse complexo contexto emocional que há de se dar a comunicação adequada que proporcione alívio e apoio emocional.

3.3 Comunicação denotativa e metacomunicativa

Em cada mensagem, podem-se identificar dois níveis de comunicação:

1. O **nível denotativo** indica o que é dito com palavras, ou seja, o conteúdo da mensagem que se transmite.
2. O **nível metacomunicativo**, que é o termo usado para os elementos não verbais, é a comunicação não verbal (CNV). Inclui a transmissão de mensagens implícitas e explícitas, que muitas vezes são transmitidas de forma involuntária e fornecem informações adicionais para interpretar corretamente a mensagem. É importante manter a coerência entre esses dois níveis de comunicação.

1. Nível denotativo - comunicação verbal

Em situações de crise emocional, como já comentado, o processamento e a compreensão da informação são especialmente complicados. Assim, a mensagem deve :

a) Ser clara, simples e direta: A informação deve ser clara e simples, explicando somente o que se tem a explicar. Devemos abolir o uso de tecnicismos e eufemismos, que impedem a compreensão da mensagem.

Pelo contrário, é conveniente o uso de metáforas, exemplos que podem ajudar a entender a informação. A mensagem deve ser direta. Pode-se usar algumas frases introdutórias para dar a má notícia, porém sem rodeios, pois estes podem aumentar a confusão: “Vocês lembram que a situação de... era muito grave e que desde que chegou temos lutado por ele. Lamentavelmente, apesar de todos os esforços, receio que eu tenha que lhes dar uma má notícia...”. Trata-se de um preâmbulo curto, que prepara a pessoa para receber a má notícia e pode amortecer o impacto.

b) Ser sucinta: O uso de frases estruturadas e breves facilita o processamento da mensagem.

c) Respeitar o ritmo de assimilação da informação: Cada pessoa tem seu próprio ritmo de aceitação da morte de um ente querido ou de uma doença com mau prognóstico. Por isso, deve-se adequar a informação a cada indivíduo. A utilização de perguntas pode nos ajudar a determinar se a pessoa compreendeu e processou a informação: “Não sei se me expressei bem, sabe o que quero dizer lhe com...? Você tem alguma dúvida a respeito?”. Considerando a resistência natural em aceitar a perda de um ente querido, quando se trata de comunicar a morte encefálica a uma família, a informação deve ser especialmente clara e adequada para ser aceita. Não se trata apenas de dizer que o paciente está morto, mas devemos explicar o significado dos sinais externos que a família vê: monitor cardíaco, movimentos do tórax, aspecto do cadáver, etc.

d) Dar oportunidade de fazer perguntas: Mesmo que tenhamos pressa, devemos agir como se tivéssemos tempo disponível e perguntar: “Querem fazer alguma pergunta?”

2. Nível metacomunicativo - comunicação não verbal (CNV)

O canal de CNV é importante por transmitir as atitudes interpessoais, as emoções e os sentimentos. Cerca de 60-70% das mensagens são de natureza não verbal. Contudo, o mais importante é que a maioria é emitida

e captada de forma involuntária e está em relação direta com a coerência e a autenticidade.

Cada comportamento não verbal está associado à comunicação global da pessoa. A interpretação dos elementos da CNV está diretamente associada à coerência em relação à comunicação verbal. Geralmente as emoções são mais visíveis através dos elementos não verbais. Assim, quando os dois canais de comunicação se contradizem, prevalece a CNV. O psicólogo Albert Mehrabian fala da regra dos **“três V”** na comunicação e dá um percentual de importância para cada um deles:

Verbal: O que é dito com palavras - **7%**

Vocal: Como você diz, o tom de voz, a melodia, etc - **38%**

Visual: A linguagem corporal, gestos, posturas, etc - **55%**

Obviamente essa regra de comunicação não se aplica a todos os casos, mas parece ter grande relação com as situações em que a comunicação não é clara, ou quando há algum fator que torna particularmente difícil a compreensão e o processamento da mensagem.

Elementos da comunicação não-verbal:

1. Expressão facial: Com a expressão facial demonstramos as emoções, reforçamos conteúdos, mostramos raiva e indicamos atenção, nojo, desgosto, rejeição, etc. Enquanto a comunicação está ocorrendo, a expressão facial se encontra em constante movimento, incluindo expressões faciais que duram segundos, mas que são reveladoras do que se sente naquele momento. A principal função da expressão facial é expressar as emoções. Além disso, é com a expressão facial que transmitimos a intensidade dessas emoções.

2. Olhar: É o elemento da CNV com o qual se expressa ou se avalia a sinceridade e a veracidade da informação. A forma de olhar manifesta e capta de forma involuntária e está em relação direta com a coerência e a autenticidade.

É através do olhar que expressamos a intensidade da atenção ao que é dito ou feito. O piscar constante indica a intranquilidade do outro, enquanto um olhar fixo e constante pode ser um indicativo de contestação. Para a pessoa que fala, é necessário saber que o outro a está escutando, e uma das maneiras de capturar a atenção é através do olhar. Evitar o contato visual com aquele que está falando compromete a credibilidade na informação e impede a retroalimentação do diálogo. Na comunicação em saúde, manter o contato ocular a maior parte do tempo reforça a sinceridade da informação. Em geral, um olhar aberto pode ser indicativo de que a comunicação vai bem.

3. Sorriso: Expressa sobretudo felicidade, alegria e simpatia, mas quando acompanhado pela escuta mostra empatia. O sorriso é usado para aliviar situações de tensão.

4. Contato físico: Transmite apoio e carinho. Pode ser, às vezes, um substituto para a palavra, desde que não invada o espaço de intimidade: a mão no ombro e um leve carinho transmitem apoio e segurança. No entanto, o contato físico é o único elemento da CNV em que se faz necessário avaliar se podemos ou não utilizá-lo. Em geral, as situações de certa agressividade ou raiva não se prestam ao contato físico, pois este pode ser interpretado pelo receptor como um freio da emoção ou como confrontação.

5. Postura: Reflete as atitudes e sentimentos que temos nas relações interpessoais. Deve ser facilitadora da comunicação. Uma postura aberta é aquela que não separa os interlocutores e ajuda na interação: braços abertos e o corpo inclinado para frente. Uma postura aberta reduz as distâncias e oferece conforto e intimidade. Pelo contrário, as posturas fechadas separam os interlocutores, funcionando como uma barreira: braços e/ou pernas cruzadas, corpo inclinado para trás, etc.

6. Orientação: Destinada a eliminar as barreiras, de preferência com os interlocutores sentando-se um ao lado do outro ou em um ângulo reto, sem barreiras físicas.

7. Assentimentos de cabeça: Transmitir ao interlocutor que você o está escutando, através de assentimentos com a cabeça ou de sinais indicativos da escuta, tais como “ah” “hum”, o incentiva a falar.

8. Silêncio: É um elemento da CNV que facilita a comunicação, incentivando a falar. “Fala se tens palavra mais fortes do que o silêncio, ou então guarda silêncio” (Eurípedes).

9. Tom de voz: É parte dos dados não verbais da comunicação verbal. Quando se trata de comunicar más notícias, o tom de voz adquire uma grande importância, já que um tom de voz suave transmite cordialidade e amortece o impacto.

10. Ritmo da linguagem: Embora não tenha valor informativo, o ritmo da linguagem é muito importante, pois facilita ou dificulta o processamento da mensagem por parte do interlocutor. Em circunstâncias de crise emocional, ou nas situações em que pacientes e/ou famílias enfrentam um desequilíbrio saúde/doença, é especialmente complicado processar e assimilar a informação. A cadência no ritmo da linguagem facilita o processamento.

11. Melodia: Ajuda a expressar os sentimentos, quando adicionamos às palavras uma variação na tonalidade da voz.

12. Pausas: Apesar de não possuir valor informativo, o uso de pausas é muito importante no sentido de potencializar a importância da mensagem. Em contrapartida, a sua não utilização em mensagens importantes torna óbvia a sua relevância. É essencial manter a coerência entre os dois canais de comunicação, uma vez que isso proporciona seriedade, confiança e respeito.

3.4 O objetivo da comunicação eficaz

O objetivo da comunicação eficaz é trocar mensagens de modo que a percepção do receptor seja idêntica ao que é pretendido pelo emissor. A comunicação em uma situação de crise emocional tem como objetivo facilitar a expressão de sentimentos e emoções, devendo estar enquadrada em um contexto de ajuda e apoio emocional.

Esse contexto é facilitado na medida em que se fornece segurança e confiança através do respeito, da empatia e da autenticidade, cuidando para que a comunicação seja utilizando termos simples e em local e momento adequados.

A comunicação em uma situação de crise emocional tem como objetivo facilitar a expressão de sentimentos e emoções, devendo estar enquadrada em um contexto de ajuda e apoio emocional.”

4. A relação de ajuda



A comunicação eficaz em uma situação de crise emocional não é possível se não falarmos em estabelecer uma relação de ajuda. O mundo das relações interpessoais é especialmente difícil, às vezes nos proporcionando grande satisfação e em outras vezes sendo origem de grandes conflitos.

Quando nos relacionamos com pessoas do ente ou seus familiares, a relação interpessoal adquire uma dificuldade adicional. Quando uma pessoa está doente, não é somente sua capacidade de pensar e raciocinar que fica afetada, mas também o ambiente emocional em torno dela. Além disso, a família também é influenciada pela dor e as limitações impostas pela doença do ente querido.

Atualmente é cada vez maior o número de profissionais de saúde que entendem que ajudar um paciente e sua família não consiste única e exclusivamente em fazer um bom diagnóstico e oferecer cuidado adequado ao problema específico do paciente. Proporcionar um tratamento técnico adequado a um problema em particular não é, na maioria das vezes, o suficiente para uma terapia eficaz. É cada vez mais frequente observar que o usuário não necessita so mente de um diagnóstico e de um tratamento adequado, mas de apoio em seu estado de crise emocional. Ou seja, precisa ser aceito, compreendido e, acima de tudo, escutado.

De acordo com Elizabeth Kübler Ross “ser um bom médico tem a ver com o interessar-se pelo paciente, com querer compartilhar sua dor, com querer acompanhá-lo e ajudá-lo no seu processo de enfermidade. Isso tem a ver com a profissão que escolhemos. As profissões de saúde, medicina e enfermagem, são profissões de ajuda, e é isso que a sociedade espera de nós”.

Em muitos casos, o apoio emocional é a grande e única ajuda que nós, profissionais de saúde, podemos oferecer ao paciente e à sua família. Por mais avanços que as profissões de saúde tenham conquistado, a tecnologia nunca será capaz de suprir um olhar caloroso, o contato físico carinhoso ou o ombro amigo para ajudar a suportar a angústia da doença e o prognóstico inesperado.

Arnaldol Pangrazzi, em seu livro “O Mosaico da Misericórdia”, faz referência à legenda existente na entrada de um antigo hospital romano: “Vim para ser curado; se não curado, pelo menos, tratado; se não trata do, pelo menos consolado.” Um quarto verbo poderia ser acrescentado : cuidar. Os quatro verbos (curar, tratar, cuidar e confortar) emolduram as profissões da área da saúde.

“Por mais avanços que as profissões de saúde tenham conquistado, a tecnologia nunca será capaz de suprir um olhar caloroso, o contato físico carinhoso ou o ombro amigo...”

Quando a ciência atinge o seu limite, quando a tecnologia, por melhor que seja, não é capaz de curar e nem de tratar, resta-nos fazer algo muito importante, que não pode ser proporcionado com os avanços científicos e tecnológicos: cuidar e confortar através do estabelecimento da relação pessoa-pessoa, buscando humanizar essa relação.

No campo da saúde, humanizar o relacionamento passa invariavelmente por estabelecer uma **RELAÇÃO DE AJUDA**.

Etimologicamente a palavra ajudar vem do latim *adiuvare*, que significa não só ajudar, isto é, socorrer com vistas a diminuir o desconforto das pessoas que sofrem, mas também cooperar, oferecer os meios para realizar algo. Ao ajudar o outro, são oferecidos alguns recursos para que ele enfrente situações especiais. Angelo Brusco fala da oferta de três tipos de recursos quando se trata de ajudar: materiais, técnicos e relacionais.

Quando falamos em fornecer recursos materiais, referimo-nos a um copo d'água, chá, um lenço, etc. Quando os recursos são de ordem técnica, referimo-nos à cura de uma ferida, a uma intervenção cirúrgica, etc. Quando os recursos estão relacionados a facilitar e viabilizar a relação, estamos nos oferecendo como um recurso, e então estamos falando da relação de ajuda.

O objetivo da relação de ajuda é identificar a situação difícil que a pessoa está vivenciando e, sobretudo, como essa situação é percebida pela pessoa, transmitindo a quem é ajudado a mensagem de que ele é aceito e compreendido. Não se trata de decidir por ele, mas de tentar, por meio do entendimento, despertá-lo e colocá-lo em uma situação em que ele mesmo seja capaz de utilizar seus próprios recursos.

Carls Rogers define a relação de ajuda como *“toda relação na qual uma das partes tenta promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, o amadurecimento e a capacidade de funcionar melhor e enfrentar a vida de maneira mais adequada. Em outras palavras, poderíamos definir a relação de ajuda como aquela em que um dos participantes tenta despertar, em uma ou ambas as partes, uma melhor percepção e expressão dos recursos latentes do indivíduo assim como a utilização desses recursos”*.

“O objetivo da relação de ajuda é identificar a situação difícil que a pessoa está vivenciando e, sobretudo, como essa situação é percebida pela pessoa, transmitindo a quem é ajudado a mensagem de que ele é aceito e compreendido.”

A definição de Rogers é de uma relação não direcionada, centrada “no paciente”, mas fundamentada no acompanhamento da pessoa, ajudando-a a descobrir seus próprios recursos. Mais adiante, Carkhuff introduz um certo direcionamento para que esta relação seja mais eficaz. O autor considera que há situações em que a ajuda passa por um certo grau de confrontação.

A relação com os pacientes e/ou suas famílias é algo com que o profissional de saúde tem de lidar. Entretanto, uma relação que seja realmente de ajuda é mais que a emissão de mensagens.

Para que essa relação seja eficaz, há que ser baseada na aceitação incondicional por parte do profissional, traduzida em uma acolhida sensível e calorosa. Além disso, pressupõe estar ao lado do paciente, independente de seu comportamento. Isso não significa estar de acordo com qualquer comportamento, mas dar apoio e compreensão a partir da situação de crise emocional em que o paciente se encontra. Conhecer certas habilidades de comunicação nos ajuda a melhorar as relações interpessoais com os pacientes e/ou famílias e possibilita melhorar a percepção do usuário a respeito da qualidade dos serviços prestados.

No ambiente da saúde, a relação de ajuda é o conjunto de atitudes e habilidades que o profissional conhece e transmite, dotando-a de competência racional e emocional. A pessoa que ajuda deve realizar um acompanhamento ativo de quem é auxiliado, identificando suas necessidades.

A relação de ajuda se sustenta em três pilares, a chamada tríade rogeriana.

Independentemente da situação, os três elementos devem estar presentes, pois a ausência de qualquer um deles torna mais provável o insucesso em se estabelecer esse tipo de relação: **respeito, empatia e autenticidade**.

RESPEITO

O respeito é uma consideração positiva que inclui a aceitação e a valorização da pessoa como um ser único e capaz de tomar decisões em qualquer momento (autonomia). É uma das bases sobre as quais se sustenta a ética.

A relação interpessoal envolve o reconhecimento dos sentimentos e interesses do outro, aceitando suas limitações e reconhecendo suas virtudes. Trata-se da capacidade de respeitar a atitude do outro, mesmo que em completo desacordo.

Geralmente o ser humano tem a tendência, em suas relações interpessoais, de julgar e rotular os demais em função do que ele faria. É comum e frequente a emissão de juízos de valor ao comportamento do outro. Se pretendemos estabelecer uma relação de ajuda, na presença de tais preconceitos perdemos a capacidade de ajudar o outro.

Em uma autêntica relação de ajuda devem estar presentes:

- Ausência de juízo moral. Quando uma pessoa não se sente julgada, se estabelece uma relação natural que gera a confiança necessária para que essa relação seja eficaz.
- Acolhimento incondicional do universo dos sentimentos. Os sentimentos são o modo mais íntimo que temos para reagir a estímulos externos. Não são bons nem ruins. Adquirem essa última conotação quando são rotulados como uma conduta reprovável por terceiros.
- Deixar expressar livremente as emoções e não as restringir. A acolhida de qualquer reação gera segurança e bem-estar. Não significa aprovação da conduta, significa respeito à situação vivenciada naquele momento.
- Cordialidade no tratamento, a fim de se estabelecer uma relação cálida, com o calor inerente à dignidade das pessoas.

EMPATIA

É o elemento básico da escuta, a capacidade de sintonizar cognitiva e emocionalmente com o outro. Estabelecemos empatia quando somos capazes de fazer o esforço de captar a experiência alheia e entender seus sentimentos, atitudes e comportamentos, assim como as circunstâncias que o afetam em um determinado momento. A empatia tem caráter unidirecional e é uma atitude que exige:

- Captar os sentimentos alheios;
- Ser capaz de colocar-se na vivência alheia, temporariamente e com uma certa distância;
- Ter generosidade e compreensão.
- A pessoa que é ajudada deve perceber que está sendo compreendida e aceita.
- Não se trata de sentir o mesmo que o outro (simpatia), e sim de ser capaz de captar o que ele sente e suas necessidades. Adotar uma atitude empática implica em colocar-se ao lado, colocar-se à disposição do outro.

AUTENTICIDADE

É a coerência, a veracidade, a sinceridade e a segurança proporcionadas por uma força interior. É um ajuste interno entre o que se é e o que se comunica. Também poderíamos chamá-la de congruência, pois o mundo interior e o que se comunica devem estar em sintonia. A autenticidade proporciona: **autoridade, confiança e carisma.**

O contrário é a incongruência: “o que queres me dizer é tão alto que não consigo ouvir o que dizes.” (Ralph Waldo Emerson). Uma relação autêntica deve vir acompanhada da comunicação não verbal.

A relação de ajuda não é monopólio daquelas profissões que trabalham necessariamente com esse tipo de relação, nem tampouco se deve suprimir o profissionalismo na relação de ajuda. Para os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, se trata de proporcionar

habilidades e ferramentas que facilitem a interação com os pacientes e/ ou suas famílias e que os permitam estabelecer uma relação mais humana e mais calorosa.

5. A Escuta Ativa



Um dos maiores problemas enfrentados por nós, profissionais da área da saúde, é o pouco ou nenhum exercício da escuta no momento de realizar uma comunicação eficaz. Como somos nós os portadores das notícias a respeito do que se tem feito e do que se tem a fazer para melhorar o estado de saúde do paciente, estamos habituados a “falar”: informamos e dizemos ao paciente o que deve ser feito, a medicação que deve tomar, etc. Por outro lado não nos propomos a escutar o paciente ou a família, o que poderia ter um efeito terapêutico.

Ouvir e escutar são dois verbos que normalmente são utilizados indistintamente para uma mesma coisa, no entanto não têm o mesmo significado. O verbo ouvir, segundo o dicionário da Real Academia Espanhola, significa perceber os sons com o ouvido. Portanto, ouvir está relacionado ao processo fisiológico auditivo, através do qual se percebem as vibrações do som.

Ouvir é um ato involuntário, ou seja, querendo ou não essas vibrações vão chegar ao nosso cérebro. Ao contrário, a escuta significa prestar atenção ao que se está ouvindo. É um processo psicológico no qual, a partir do que se está ouvindo, submerge-se no mundo interior de quem se expressa.

Escutar ativamente é, portanto, um ato voluntário acompanhado por um esforço maior da parte do ouvinte. Estão implícitos a atenção e o interesse para sentir o que o outro sente quando não manifesta explicitamente.

Perceber as vibrações do som é um fato que não podemos impedir, queiramos ou não haverá sons que ninguém nos ensinou como fazer para ouvir. Mas a escuta ativa é um processo complexo, uma atitude que pode ser integrada à nossa personalidade por meio da formação e do treinamento.

A escuta pode ter um efeito terapêutico. Na maioria das vezes, quando um paciente ou sua família sentem-se incompreendidos é porque não tiveram a chance de expressar abertamente suas dúvidas e medos. Ao escutar ativamente, damos ao outro a possibilidade de compartilhar seus medos, proporcionando-lhe apoio emocional.

Escutar observando o outro, olho no olho, pode transmitir acolhimento e inspirar compreensão. Ao escutar ativamente, proporcionamos atenção e cuidado e permitimos que a pessoa com quem falamos nos comunique o que realmente lhe preocupa. O maior inimigo da escuta ativa é o ruído, não tanto o ruído como fenômeno físico, mas tudo aquilo que dificulta a atenção no outro.

Elementos que produzem “ruído” e que impedem a escuta ativa:

- A tendência a fazer juízo de valor sobre o que ouvimos
- A ansiedade
- A pressa
- A tendência a dar conselhos não solicitados

Escutar de maneira ativa significa superar as barreiras da comunicação. Quando superarmos essas barreiras, a escuta se converte em terapêutica.

Elementos que ajudam a escutar ativamente:

- Paciência
- Respeito

Acompanhados de:

- Atitude tranquila
- Postura adequada
- Expressão facial demonstrando interesse

O objetivo de uma boa escuta é servir de catalisador. Escutar ativamente permite explorar como vive o outro, entender o que nos diz, quais são suas expectativas e até onde compreende os fatos. Obviamente não se trata de dar resposta a todos os seus problemas, pois, no fim das contas, é a pessoa que tem essa resposta. Como diz Edgar Jackson, ***“o importante não é o que a vida faz com você, mas o que você faz com o que a vida faz com você”***. O papel de quem escuta é canalizar para que, com ajuda, o próprio interlocutor possa resolver seus problemas.

Quando a comunicação ocorre em situações que envolvem uma certa agressividade, a escuta ativa pode aliviar as tensões. Além disso, permitir expressar as emoções reduz a hostilidade. Porém, certamente não basta apenas escutar. De alguma forma você tem que interpretar a mensagem, não só a verbal, mas também o sentimento. Se a escuta não for acompanhada pela compreensão, pode haver um duplo efeito negativo, pois a pessoa pode se sentir negligenciada. É por isso que todas as técnicas de comunicação eficazes são baseadas na escuta ativa.

“O objetivo de uma boa escuta é servir de catalisador. Escutar ativamente permite explorar como vive o outro, entender o que nos diz, quais são suas expectativas e até onde compreende os fatos.”

Você ouve a mensagem:

- Com os ouvidos;
- Com o corpo;
- Com os sentidos;
- Sem preconceitos.

O receptor da mensagem:

- Concentra-se na mensagem;
- Concentra-se na pessoa, na forma da mensagem e na maneira como a mensagem é emitida;
- Esforça-se para compreender a mensagem;
- Resume os pontos mais importantes;
- Reafirma os pontos-chave;
- Confirma a mensagem

Em situações de crise emocional, sentir-se escutado é sentir-se aceito e compreendido. É a partir da aceitação e compreensão que a pessoa pode começar a se aceitar. Um estudo realizado por Lautrette et al. e publicado no *The New England Journal of Medicine* discute a relação entre o estresse sofrido por famílias de pacientes falecidos em UTIs e a duração das entrevistas que os médicos realizaram com elas. Foi claramente demonstrado que o tempo para “escuta” pode aliviar os sintomas das famílias.

- Esse estudo foi realizado com 126 familiares de pacientes internados em 22 UTIs, divididos em dois grupos: no grupo intervenção, as entrevistas eram de 30 minutos versus 20 minutos no grupo controle.
- Os familiares do grupo intervenção passaram mais tempo falando (14 minutos) quando comparados aos do grupo controle (5 minutos).
- Utilizou-se uma escala que avalia os sintomas associados ao estresse pós traumático: **Impact of Event Scale** (IES, Escala de Impactos de Eventos) e uma escala para avaliação de ansiedade e depressão: **Hospital Anxiety and Depression Scale** (HADS, Escala de Ansiedade Hospitalar e Depressão).
- Os familiares do grupo intervenção apresentaram IES com valores de 27 contra 39 do grupo controle. A pontuação da HADS foi significativamente menor no grupo intervenção (11 versus 17).

O estudo constatou que os familiares se sentiram mais aliviados por terem tido mais tempo para assimilar as informações e poderem se expressar. E, sobretudo, ao sentirem-se escutados e sentiram-se compreendidos, o que facilitou a adaptação a uma nova realidade.

“Parar um pouco e escutar significa compartilhar e respeitar, e isso implica em esforço de nos aproximarmos e nos colocarmos no lugar do outro.”

Embora as entrevistas do grupo intervenção tenham durado um pouco mais do que as do grupo controle, é importante ressaltar (como demonstrado em outros estudos) que não é tão importante a duração das entrevistas, mas a gestão que se faz do tempo que se dispõe, dando a possibilidade de que o outro se expresse e, portanto, sinta-se escutado.

Aqui entra em jogo uma frase que de tão difundida e utilizada tornou-se uma espécie de “chavão”: “Não posso perder meu tempo... como vou parar e escutar quando tenho tantas coisas para fazer?”. A pergunta reflete a carga de trabalho e o pouco tempo de que dispõe o profissional da saúde. É verdade que estamos com pressa, que há uma significativa carga de trabalho, mas também é verdade que o tempo é muitas vezes a desculpa usada por profissionais da saúde em todo o mundo para não se deter no mundo interior da família ou para não parar um pouco e escutar. Parar um pouco e escutar significa compartilhar e respeitar, e isso implica em esforço de nos aproximarmos e nos colocarmos no lugar do outro. O trecho de “A Escuta” de O'Donnell, revela a necessidade de uma pessoa que está em uma situação de crise de ser escutado em vez de escutar:

“Quando peço que me escute e você começa a me dar conselhos, você não está fazendo o que lhe pedi. Quando peço que me escute e você me diz como eu deveria me sentir não está respeitando os meus sentimentos. Quando peço que me escute e você se sente com o dever de fazer algo para resolver o meu problema, não responde às minhas necessidades. Escute me! Tudo o que lhe peço é que me escute, não que me diga o que fazer, apenas me escute. É fácil dar conselhos, mas eu não sou incapaz, talvez esteja desanimado e com problemas, mas não sou um incompetente”.

“Quando você faz por mim algo de que eu precise e que posso fazer sozinho, você não está fazendo mais do que contribuir para a minha insegurança. Mas quando você simplesmente aceita que os meus sentimentos pertencem a mim, ainda que seja irracional, então eu não tenho que tentar fazê-lo entender, mas sim compreender o sentimento que está dentro de mim.”

“Aparentemente, ‘escutar’ é não fazer nada, embora tenha o efeito terapêutico de fazer a pessoa se sentir aceita, compreendida e apoiada.”

Desenvolver a capacidade de escutar ativamente implica em uma importante reflexão por parte do profissional de saúde. Geralmente é o paciente ou sua família quem ouve o que dizemos. A pouca ou a má prática em ouvir é agravada pelo fato de que somos treinados para saber o que fazer tecnicamente em cada momento específico: O paciente sangra: temos que conter a hemorragia. Há um ferimento: temos que suturar. Necessita de soro: devemos puncionar uma veia. Assim, aparentemente, “escutar” é não fazer nada, embora tenha o efeito terapêutico de fazer a pessoa se sentir aceita, compreendida e apoiada.

6. Técnicas de Reformulação da Escuta Ativa

A escuta ativa é o principal elemento para estabelecer a relação de ajuda, desde que se tenha uma resposta. A pessoa que recebe a ajuda deve perceber que está sendo compreendida, para que possamos dar-lhe uma resposta empática. Essa resposta consiste em transmitir para a outra pessoa a compreensão e aceitação por meio de palavras ou de maneira não verbal. É por isso que todas as técnicas de comunicação eficazes são baseadas na escuta ativa. Também podem ser chamadas de técnicas de reformulação.

A reformulação tem três objetivos:

1. Comprovar se entendemos o que o outro queria transmitir.
2. Fazer o outro entender que está ouvindo e compreendendo.
3. Interpretar de maneira concreta o que se está escutando de modo que se possa reverter-lo em ajuda.

As técnicas mais importantes são:

- REFLEXO DAS EMOÇÕES
- ESCLARECIMENTO
- PARÁFRASES
- RESUMO DAS INFORMAÇÕES
- SILÊNCIO
- PERGUNTAS

1. REFLEXO DAS EMOÇÕES

Esta técnica é adequada para o início da crise emocional. Também chamada de “técnica de depuração”, trata de refletir sobre o que o outro sente, pondo-se ao seu lado, compreendendo e verbalizando os seus sentimentos. Não apenas há que se estar atento “ao que o outro diz”, mas também “como diz”. Essa técnica dirige-se aos sentimentos e se concentra no estado emocional vivido naquele momento pelo interlocutor.

Objetivos:

- Comunicar à pessoa, a partir da escuta, que ela é aceita e compreendida.
- Transmitir respeito e compreensão.

Funções:

- Canalizar as emoções.
- Ajudar a pessoa a reconhecer o que sente como algo natural frente à sua situação.
- Quando os sentimentos são hostis, um ambiente acolhedor ajuda a acalmar os impulsos violentos.

Exemplos:

“Vejo que você está muito irritado, me dá a impressão de que, dada a forma pela qual os acontecimentos se deram, você considera que as coisas poderiam ter acontecido de modo diferente”

“Vejo que você está se sentindo culpado por ter dado a moto ao seu filho, nessa idade é impossível a gente controlar nossos filhos. Se ele não estivesse com essa

moto poderia estar de carona com um colega ou atravessando a rua e também poderia ter acontecido. Isso foi uma fatalidade, não existem culpados”.

“Vejo que está sendo muito difícil para vocês aceitar a morte do seu filho, não deve ser nada fácil perder um filho tão jovem”.

“Percebo que vocês estão chateados com o atendimento prestado a vocês no Serviço de Emergência, devido à falta de informação. Só me resta lamentar pelo que vocês passaram e me colocar à disposição para ajudar no que for preciso”.

O reflexo das emoções é o único método de comunicação que personaliza o significado do que está acontecendo e se concentra sobretudo na emoção que é manifestada.

2. ESCLARECIMENTO

O esclarecimento é direcionado à mensagem que nos está sendo transmitida. O objetivo é esclarecer a mensagem para evitar erros de compreensão ou confirmar o que acabamos de ouvir: “Se eu não tiver compreendido mal, você quer dizer que...”.

Objetivos:

- Incentivar a pessoa a falar.
- Aumentar sua capacidade para analisar a situação que está vivendo. O esclarecimento pode ter um passo a mais, que é o de concentrar-se na situação ou nos acontecimentos.

Exemplos:

“Poderia me explicar o que você quer dizer quando diz que foi um desastre...?”

“Você pode me falar um pouco mais sobre o que ocorreu com o João...?”

“Você estava me dizendo que o João gostava de ajudar os amigos, como era o João com a família...?”

“Você pode me falar um pouquinho mais sobre as medicações que ele vinha tomando...?”

3. PARÁFRASES

É a repetição não literal da mensagem com a finalidade de que se tenha uma melhor compreensão.

Objetivos:

- Incentivar a pessoa a desenvolver a parte cognitiva da mensagem.
- Fazê-la ver que você a escuta e compreende

Exemplos:

“Então você quer dizer que o que lhe aconteceu foi...”

“Você estava me dizendo que o José gostava de jogar futebol e de estar com os amigos, que tinha uma vida bastante ativa...”

“Então, pelo que pude entender, tudo aconteceu durante a partida de futebol com os amigos...”

“Você estava me dizendo que ele já estava sentindo dor de cabeça há vários dias...”

4. RESUMO DAS INFORMAÇÕES

Por meio do conjunto de reflexos de emoções e paráfrases, vamos adicionando mensagens e resumindo o diálogo. O resumo pode se referir a toda a entrevista ou a parte dela. Pode-se concluir apontando os pontos chaves que servem para uma reflexão ou para abordagens alternativas.

Exemplos:

“Certamente meu colega na visita anterior já informou a vocês das condições em que o João chegou ao hospital, que a batida na cabeça foi muito forte e que o estado de saúde dele já era muito grave...”

“Como já havia informado na visita anterior, alguns exames seriam feitos para o diagnóstico de morte encefálica, nesse momento os exames foram todos concluídos e...”

5. SILÊNCIO

O silêncio também se escuta, salvo o silêncio causado pela rejeição, medo ou doença. Existem silêncios que são positivos em uma relação de ajuda. O silêncio ajuda a fazer contato com você mesmo. Em situações de tensão, é particularmente difícil suportar o silêncio do outro e, na maioria das ocasiões, tendemos a preencher esse silêncio, geralmente com pouco sucesso, pois costumamos falar de forma pouco reflexiva. *“Fala se tens palavra mais fortes que o silêncio, ou então guarde silêncio”* (Eurípedes).

Tipos de silêncio:

- Após a expressão de emoções intensas;
- O silêncio tímido;
- A necessidade de apoio.

Quem ajuda tem que “escutar” o silêncio e perceber se deve agir ou não. Às vezes o simples contato físico rompe o silêncio de maneira adequada

6. PERGUNTAS

Parte das informações é obtida por meio de perguntas. Embora seja um método importante para obter informações, nas situações de crise emocional é necessário entender que a utilização de perguntas é tanto mais eficaz quanto maior for o nível de confiança que estabelecemos com o interlocutor. As perguntas devem ser feitas quando há um bom clima de confiança, pois nessas condições é mais provável que atitudes defensivas e de receio sejam abandonadas.

A maneira como se faz as perguntas é muito importante, porque não é só a obtenção da informação que nos deve motivar, mas também a necessidade de compreender e ajudar.

As perguntas podem ser de três tipos:

a) ABERTAS

São solicitadas informações de forma inespecífica; portanto, esse tipo de pergunta requer a colaboração do profissional, que é quem deve especificar.

Elas são muito úteis, principalmente quando o que queremos saber são opiniões e sentimentos.

São um incentivo a responder, pois permitem a possibilidade de réplica e geralmente começam com advérbios como “que”, “quando”, “onde”.

Exemplos:

“Você disse que ontem não foi bem tratado na emergência. O que leva você a dizer isso?”

“Você está me dizendo que a culpa de tudo isso é do próprio João. Você pode explicar um pouco mais sobre isso?”

“Você estava me dizendo que ele não tomava os remédios. Como o Pedro cuidava de sua saúde? Ele tinha outras doenças associadas?”

b) FECHADAS

Proporcionam menos informações, pois limitam as respostas em sim ou não. Por isso não encorajam a falar. Por exemplo: *“Ontem lhe atenderam bem no serviço de emergência?”*. Requerem o conhecimento prévio do assunto pelo entrevistador. Geralmente são menos úteis, porque demonstram menos interesse na pessoa.

c) INQUISITIVAS

Devemos tomar cuidados com essas perguntas porque, em geral, tendem a colocar o outro na defensiva.

Exemplos:

“O que faz você dizer que ontem não lhe atenderam bem na emergência?”

“Por que você diz que ontem não lhe atenderam bem na emergência?”

“Por que você acha que teve alguma coisa de errado no tratamento do seu filho?”

“Você está questionando isso porque acha que seu filho não foi bem atendido?”

7. O Processo de Doação no Contexto da Comunicação de uma Má Notícia



Os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que atendem a pacientes críticos, costumam falar em doação a partir da perspectiva da possível cura ou melhora da qualidade de vida de um paciente que se encontra na dependência da doação de um órgão. Efetivamente esse é um dos aspectos importantes que temos que contemplar quando detectamos a possibilidade de um paciente que vai falecer ou que tenha falecido tornar-se um doador de órgãos e tecidos na UTI. Mesmo assim, enfocamos somente o aspecto da doação, o que poderia não contemplar a importância do processo.

Quando se detecta a existência do potencial doador em uma UTI, nos encontramos diante de um paciente que foi internado em uma situação crítica e falece, mesmo que se tenha praticado medidas terapêuticas com o fim de tratar e de salvar sua vida e apesar de grandes esforços.

Os avanços tecnológicos nos fizeram pensar que não há limites, e a perda de um paciente sempre gera certo grau de frustração nos profissionais. É por isso que o processo de doação não pode e não deve ser contemplado isoladamente, mas ligado indefectivelmente ao transplante. Ao falar do processo de doação/transplante, a união desses dois elementos nos obriga de certa forma a nos colocar no lugar daquelas pessoas que poderiam receber os órgãos dessa pessoa que acaba de falecer.

Esse ponto é especialmente importante para aqueles profissionais que se encontram prestando seus serviços em hospitais que são potencialmente geradores de doadores mas não são hospitais transplantadores. Isso torna especialmente difícil colocar-se no outro lado do processo sem conhecer os resultados de transplantes.

Falar de transplante passa a fazer com que nós profissionais de saúde tenhamos que pensar no rosto/nome das pessoas que esperam na lista por um órgão para seguir vivendo ou para melhorar sua qualidade de vida.

Para os profissionais das unidades de pacientes críticos, no processo de doação o rosto e o nome são da pessoa que acabou de falecer e, na maioria das vezes, esses profissionais não conseguem relacionar esse óbito com a possibilidade de vida para outras pessoas.

É importante falar no processo de doação e transplante pois, quando ele ocorre, ambos os lados estão envolvidos. Ao mesmo tempo, permite ao profissional das unidades de pacientes críticos darem utilidade concreta a todos os esforços que estão envolvidos quando se detecta um potencial doador.

Manter hemodinamicamente estável um potencial doador pode ser algo bastante complexo. Nesse contexto, cuidar e atender à família que acaba de perder um ente querido de maneira adequada se traduz em medidas terapêuticas que vão ajudar a melhorar a qualidade de vida de outras pessoas.

É por isso que os profissionais das unidades potencialmente geradoras de doadores têm uma vantagem que outros profissionais que atuam em outras unidades não têm. Todos vivenciarão a morte de pacientes, entretanto os profissionais que atendem a possíveis doadores têm a possibilidade, por meio do cuidado ao doador e da atenção dedicada à família, salvar e melhorar a qualidade de vida de outras pessoas.

Essa oportunidade também pode ser útil às famílias doadoras, já que, apesar da dor da perda de um ente querido, a doação pode ser o único elemento positivo dentro desse drama. Contudo, essa reflexão deve ser feita pela família, e NUNCA deve ser usada como argumento para obter a doação. Numerosos estudos avaliaram o ato da doação de órgãos junto às famílias. Em um estudo neozelandês, foram entrevistadas famílias que haviam doado algum órgão de seus familiares, seis meses após a doação.

Destas, 72% manifestaram alívio do sofrimento sabendo que ajudaram outras pessoas a melhorar a qualidade de vida.

Em um estudo realizado pela equipe de Coordenação de Transplantes do Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, foram encontrados dados muito interessantes. Dentre as famílias que haviam autorizado a doação, 86% entenderam a doação como algo positivo no contexto do drama da perda de um ente querido, e 100% disseram que voltariam a doar em caso de vivenciar novamente essa situação.

“Como podemos ver, o que leva à decisão pela doação não são as convicções da família, mas fundamentalmente a comunicação que se estabelece com as famílias a partir do momento em que o paciente é internado no hospital.”

Outro dado importante nesse estudo é o fato de que, entre as famílias que negaram a doação, 30% relataram que mudariam a decisão se o fato ocorresse novamente. Dentre as razões que levaram as famílias a recusar a doação destaca-se o não entendimento que a morte encefálica significa a morte da pessoa. Além disso, também relatam o mau atendimento e a falta de atenção por parte dos profissionais da saúde. Como podemos ver, o que leva à decisão pela doação não são as convicções da família, mas fundamentalmente a comunicação que se estabelece com as famílias a partir do momento em que o paciente é internado no hospital.

7.1 Os profissionais de saúde e o processo de doação

Da parte dos profissionais de saúde, também existem fatores que podem dificultar o processo de comunicação com as famílias. Diferentes estudos demonstram que manejar a dor das famílias e solicitar a doação é uma fonte geradora de tensão que, às vezes, produz reações que podem entrar em confronto com a dor e o processo de luto.

Em um estudo realizado por Prottas, revela-se a opinião de médicos e enfermeiros diante do processo de doação. Observou-se que 80% dos médicos e enfermeiros de UTI consideravam o processo particularmente difícil devido às implicações emocionais, e muitos deles temiam falar e estar junto com as famílias.

Em outro estudo, este canadense, 50% dos profissionais acreditavam que iludir a família com falsas esperanças ajudaria no processo de dor e luto.

7.2 Experiências de famílias doadoras: influência da comunicação dos profissionais da saúde

Por meio de experiência de famílias que doaram os órgãos de um ente querido, pode-se analisar não só a experiência a respeito da doação, mas sobretudo como foi percebido o processo de comunicação durante a internação e no momento de receber a notícia da perda.

A família Madorell perdeu seu filho Jordi, de 17 anos, em um acidente de trânsito. Sua mãe, Maitê, recorda: “Quando me disseram que Jordi havia tido um acidente e havia batido a cabeça, estava subindo no elevador e as minhas pernas tremiam. Jordi apresentava somente feridas atrás da cabeça e aparentemente não parecia ter nada grave”. Essa percepção da senhora Madorell, poderia potencializar a resistência de aceitar a perda de seu filho. Não obstante, a família Madorell falou sobre a questão da doação de maneira voluntária. Um dos fatores sem dúvida que influenciou essa decisão, apesar de o filho ainda não estar com o protocolo de morte encefálica confirmado, foi o fato da médica ter informado de maneira muito clara da gravidade do quadro de Jordi. Embora o jovem não aparentasse lesões graves, as palavras da médica foram muito claras.

Recorda Maitê: “Quando a doutora disse que acreditava que Jordi estava morto, que teriam que fazer alguns exames para confirmar a morte, foi tudo muito emocionante, havia lágrimas em seus olhos, todos chorávamos, havia muita emoção nesse momento”. Do testemunho dessa mãe o mais importante é uma reflexão feita por ela aos profissionais da saúde, que diz o seguinte: “Eu gostaria de reforçar aos médicos e enfermeiros das UTIs que quando já se lutou duro para salvar a vida de um paciente e se constata que não há mais nada o que fazer, deixem de pensar nesses pacientes e comecem a pensar que podem salvar outras vidas por meio da doação de órgãos”.

F.N., outra mãe que perdeu seu filho, recorda o processo: “Me falaram de sua morte ali de pé, onde estava meu filho, ao lado de sua cama, não pude me manter de pé, me senti mal, parecia que eu ia desmaiar, foi um impacto de bala direto no coração”. Se pode deduzir facilmente que F.N. e seu marido se negaram a doar.

Posteriormente, em outro momento, a pessoa voltou a entrevistar F.N. e seu esposo após desenvolver uma boa relação de ajuda, mudando a atitude

de F.N. de tal maneira que foi ela quem convenceu seu marido a autorizar a doação: “Estou contente de ter doado os órgãos de meu filho. Ele não tem o coração, os rins e os olhos, que agora estão em outras pessoas, que estão vendo o que você está vendo agora mesmo. Isso é muito bonito, é o que me mantém em pé, pensar que outros vivem bem graças a ele”. O testemunho de F.N. demonstra que a perda de um ente querido produz uma grande dor. Entretanto, apesar de toda essa desgraça, mediante as condições especiais em que seu filho faleceu, um profissional foi capaz de estabelecer a relação de ajuda e mudar essa realidade junto a F.N., e seu filho pôde se tornar um doador. Ficaram nas recordações de F.N. elementos positivos que lhe ajudaram a vivenciar o processo de dor e luto de uma maneira diferente.

A importância de desenvolver um processo de comunicação adequada está demonstrada também no testemunho de A. S. “Eu sempre pensei que não doaria nada porque isso se somaria muito à dor da perda. Mas a partir de hoje as coisas mudaram, pois uma pessoa me informou, com muita delicadeza, sobre a doação. Somente olhei em seus olhos e já sabia o que ela ia me dizer”.

No testemunho de A.S. é importante analisar que, em muitas ocasiões, a negativa inicial à doação pode estar relacionada ao mau atendimento recebido ou ao desconhecimento sobre o processo. Nesse caso, a relação de ajuda estabelecida pela coordenadora de transplantes possibilitou que A.S. pudesse meditar a respeito dos argumentos que foram colocados, ajudando-a em seu processo de luto: “Estamos conscientes do bem que vamos fazer, esperamos que as pessoas que vão receber os órgãos desfrutem muitos anos de vida, já que para nós da família esses órgãos já não servem para mais nada”. Um processo de comunicação adequado, por si só, torna-se o único fator que influencia na autorização para a doação de órgãos. Todavia, sabe-se que um ambiente adequado, com clima de confiança e segurança por parte da pessoa que vai falar sobre doação, são elementos favoráveis e determinantes para esse momento. Em caso de famílias não doadoras, a compreensão e confiança estabelecida propiciam que o início do processo de luto transcorra de maneira mais amena.

7.3 Algumas das razões por que as famílias negam as doenças

O transplante é a única ciência médica que até hoje não pode ser levada adiante somente com a tecnologia. Fica muito claro que não importa a tecnologia: se não há doação, não há transplante. Além disso, precisamos considerar que, apesar da perda de um paciente com possibilidade de doação, se isso não se torna real e essa doação não segue adiante, mais pessoas morrerão.

Apesar de a maioria da população ser favorável à doação, existe uma porcentagem de famílias que se nega a doar no momento da perda de um ente querido. Na Espanha, a taxa de famílias que se negam a doar é de cerca de 16% e vem apresentando uma queda nos últimos anos.

Um elemento importante e necessário de ser lembrado é que a doação é necessariamente solicitada em um dos momentos mais difíceis para as famílias, em que os sentimentos são os mais profundos, tornando-se difícil processar e assimilar as informações. É por isso que é de vital importância que a relação de ajuda seja eficaz e esteja centrada na pessoa que está sendo ajudada.

Em um estudo multicêntrico realizado pela equipe de coordenação de transplantes de Alicante, foram analisadas 268 entrevistas com famílias que haviam inicialmente se negado a doar órgãos. Após ser estabelecida uma relação de ajuda autêntica, uma porcentagem importante dessas respostas negativas foi revertida.

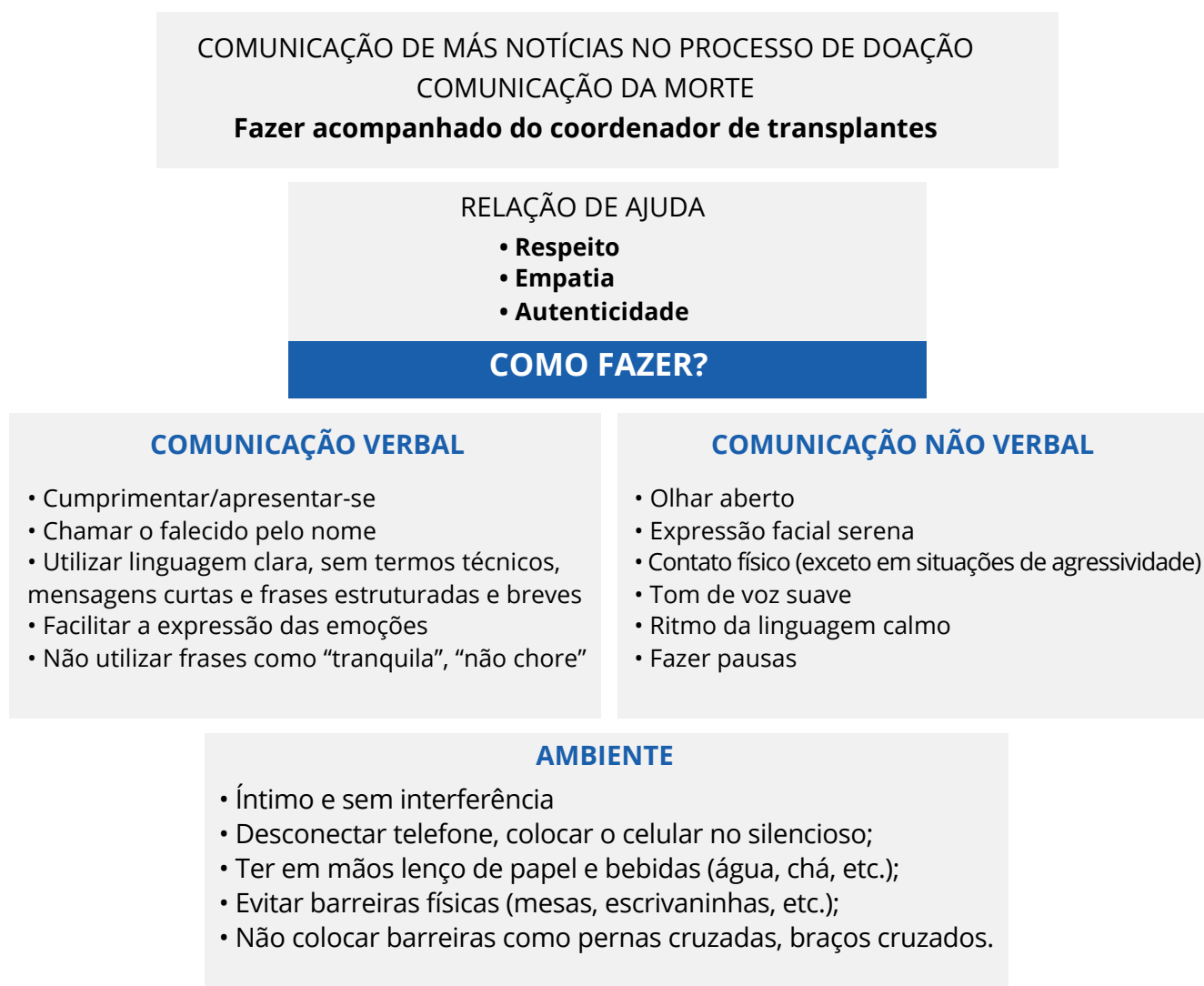
As razões que levaram as famílias a não autorizar a doação nesse estudo foram:

- Negativa do falecido em vida: 55 casos. Desses, 13 mudaram de atitude;
- Negativa dos familiares: 56 casos. Desses, 31 modificaram sua atitude;
- Problemas com o sistema hospitalar: 15 casos, dos quais 7 mudaram de opinião;
- Incompreensão da morte encefálica: 26 famílias. Dessas, 20 mudaram de opinião e doaram;
- Problemas com a integridade do corpo: 19 casos. Desses, 14 mudaram de opinião;

- Desconhecimento da vontade do falecido: 26 casos. Desses, 20 mudaram de opinião;
- Desejo de levar o corpo logo para casa: 3 casos, sendo que em um deles a negativa foi revertida.

Se existe inicialmente uma predisposição negativa para a doação, não é possível oportunizar essa possibilidade à família caso os familiares não se encontrem em um contexto de relação de ajuda e apoio familiar.

8. Algoritmo



Importante: FALAR SOBRE DOAÇÃO SOMENTE SE A FAMÍLIA ENTENDEU QUE SEU ENTE QUERIDO ESTÁ MORTO.

9. Conclusões

A comunicação de más notícias é uma das tarefas que geram mais tensão nos profissionais de saúde. Em muitas ocasiões, isso faz com que a relação com os pacientes e as famílias seja mediada por emoções negativas que dificultam a interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde.

Profissionalizar a relação com o usuário, da mesma maneira que se profissionalizam as técnicas instrumentais, facilita essa interação.

Provavelmente, dispor de um protocolo de atenção ao usuário no hospital facilitaria a comunicação. É importante ressaltar que cada paciente e cada família fazem parte de um mundo diferente (o mundo de seus sentimentos). Frente a isso, há alguns elementos que podem auxiliar os profissionais no processo de comunicação:

- Quando se dirigir a um paciente ou à sua família, demonstre que nesse momento eles são as pessoas mais importantes;
- Quando os familiares fizerem alguma pergunta, fique atento a quem fala, olhando em seus olhos, mesmo que não tenha nada novo a dizer nesse momento;
- Fale com palavras simples;
- Durante a permanência do paciente, vá fornecendo informações verdadeiras e esclarecendo as dúvidas;
- Utilize de vez enquanto o sorriso, é terapêutico;
- Dê oportunidade para que façam perguntas;
- Responda somente o que perguntam. Muitas vezes o excesso de informação provoca confusão;
- E sobretudo, exercite a ESCUTA ATIVA QUANDO FOR COMUNICAR UMA MÁ NOTÍCIA.

NÃO ESQUEÇA: OS OBJETIVOS E SUA SEQUÊNCIA, QUE DEVEM ESTAR PRESENTES QUANDO FALAMOS COM AS FAMÍLIAS

1. Ajudar a família no luto.

2. Aliviar a tensão produzida durante o contato com as famílias de pacientes críticos:

- Faça o contato em um lugar que proporcione intimidade;
- Comunique a má notícia de maneira clara;
- Deixe o familiar expressar as emoções, por mais negativas que pareçam. Lembre-se de que a raiva, a culpa, até mesmo a agressividade, são manifestações de dor;
- Não julgue as reações e respeite qualquer manifestação de dor (inclusive quando não estiver de acordo);
- Facilite a assimilação da notícia, tanto a nível cognitivo como emocional, possibilitando que vejam o ente querido;
- Mesmo que não disponha de tempo, aja como se dispusesse;
- Escute ativamente;
- Evite as frases feitas “não chore”, “não diga isso”, “foi melhor assim”, “não faça isso”;
- Não dê conselhos não solicitados, ajude os familiares, explore o que eles querem saber de você.

QUANDO SE TRATA DA FAMÍLIA DE UM POTENCIAL DOADOR

Além de pôr em prática tudo que foi exposto anteriormente:

- Só fale da doação quando o contexto emocional permitir;
- Concentre-se em proporcionar alívio emocional e naquilo com o que a família está preocupada. Logo surgirá o momento de falar sobre doação;
- Escute ativamente, assim poderá encontrar as palavras-chave para falar sobre doação;
- Utilize argumentos baseados em solidariedade, altruísmo e generosidade.

10. Bibliografía e lectura recomendada

1. Ley 42/2002 de Derechos y Deberes y Documentación Clínica.
2. Gómez Sancho, M. Como dar las malas noticias em medicina. Arán Ed. 2006.
3. Prottas J, Batten HL. Health Professionals and Hospital Administrators in Organ Procurement: Attitudes, reservations and their resolutions. Am J of Public Health 1988; 78: 642-645.
4. Programa EDHEP España. Cuestionarios de evaluación.
5. Malecki MS, Hoffman MC, Getting to Yes: How Nurse´s Attitudes affect their success in obtaining consent for organ and tissues donations. Dialysis and Transplantation 1987: 276-278.
6. Testimonios de familias donantes. Programa EDHEP.España.
7. S. Spinsati. La relazione di aiuto nelle situación di separazione, en la Separazione nelle vita. Citadella. Asis 1985. 8. Bowlby, J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Paidós, 1990
9. Pangrazzi ¿Por qué a mí?. Ediciones Paulinas
10. B. Simmons. Vivere i separación en le separazioni nella vita
11. R. Sullender. Grief an growth. Paulist Pres. New York. 1985 78
12. Lewis, CS. Una pena en observación. Anagrama, Barcelona 1994
13. Worden J. William. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y Terapia.
14. Parkes, CM 1972 Bereavement: Studies of grief in adult life, New Cork International Universities.
15. Pangrazzi. La pérdida de un ser querido. Ediciones Paulinas

16. Freud, E.L. Letters of Sigmund Freud. 1961
17. Levinsson. Jama 1997
18. Gómez Sancho, M. La pérdida de un ser querido: El duelo y el luto, Arán Ediciones, 2007.
19. Kübler Ross, E. La Muerte un amanecer, edic.Augusto, Abril 2007
20. Gladwell M, Inteligencia Intuitiva, ¿Porqué sabemos la verdad en dos segundos?, Taurus 2005 2º ED.
21. Levinson W, JAMA Febrero 1997
22. Watzlawick P, Jackson D, Beavin J. Teoría de la comunicación humana. Barcelona Edc. Herder 1995.
23. Davis F. La Comunicación no verbal. Madrid, Alianza Editorial, 1998
24. Kubler Ross E. Una vida plena. Barcelona, ediciones B, 2004
25. Bermejo JC, Relación de Ayuda, 10 palabras clave em humanizar la salud, García Férez J, Alarcos FJ, editorial Verbo Divino, 2002
26. Rogers, C. El proceso de convertirse en persona, Paidós Ibérica, 17 ed.
27. Giordani B. De Rogers a Carkuff. Descleé de Brower. Serendipity. Bilbao 1998 79
28. Bermejo JC. La Relación de Ayuda y Enfermería. Sal Terrae, Santander 1988.
29. Bermejo JC. Apuntes de Relación de Ayuda. Sal Terrae, Santander 1988
30. Cibanal Juan L. Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud, Elsevier España 2003.
31. Lautrete A, Darmon M, Magarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. New England J Med 2007; 356: 469-78.

32. O´Donnell. La Escucha.
33. Oucun Barbara. Ayudar de forma efectiva (Counselling) Técnicas de terapia y entrevista. Ed. Paidós Ibérica 2001.
34. Bermejo JC. La escucha que sana. Ed. San Pablo,2002.
35. Morton JB, Leonard DRA. Cadaver nephrectomy: an operation on the donor´s family: Brit MJ 1979.
36. Frutos MA, Blanca MJ, Rando B, Ruiz P y Rosel J. Actitudes de las familias donantes y no donantes de órganos. Rev. Esp. de Trasplantes, 3: 163- 169, 1994.
37. Rabinette MA, Stiller CR. Summary of task Force Findings. Transplant Proc. 1985; 76: 435-439
38. Actitud de la población española frente a La donación de órganos. Universidad Autónoma de Madrid y Organización Nacional de Trasplan tes de España
39. Actitud de la población inmigrante ante la donación y el trasplante. Universidad Autónoma de Madrid y Organización Nacional de Trasplan tes de España.
40. Gómez P, Santiago C. La negativa familiar a la donación, causas y es trategias. Rev. Española de Trasplantes, pgs 334-337, 1995



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Realização

PROJETO
DONORS
ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL



Parceria



Apoio

