

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA

JANETE A. ARAUJO
ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

RESUMO

A comunicação constitui um dos quatro pilares fundamentais em Cuidados Paliativos (saber comunicar-se adequadamente com o doente e sua família; saber controlar os vários sintomas que os doentes apresentam; prestar apoio à família; e saber trabalhar em equipe interdisciplinar). No contexto da saúde, uma comunicação de qualidade estabelecida entre paciente-família-equipe de saúde é uma ferramenta terapêutica vital que garante benefícios e tem poder de fortalecer as relações, possibilitando ao paciente desenvolver autonomia e maior confiança no profissional, redução do nível de ansiedade e melhora na adesão ao tratamento, permitindo-lhe viver melhor com sua doença. A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por grande parte dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspectos emocionais a ela associados, é tarefa complexa, complicada e requer treino: exige que o profissional desenvolva técnicas e competências. Ressalte-se ainda que, tanto comportamentos verbais como não verbais emitidos na interação entre profissional-pacientes-familiares, fazem parte do que denominamos comunicação. Este

artigo aborda a problemática da transmissão de más notícias, e os aspectos ligados a várias situações no âmbito da relação profissional-de-saúde/paciente.

PALAVRAS-CHAVE: *Comunicação; Más notícias; Cuidados Paliativos; Profissional de saúde.*

INTRODUÇÃO

COMUNICAÇÃO:

Processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens, elemento fundamental na relação humana.¹ A comunicação interpessoal é mais que uma troca de mensagens, é um processo complexo e subjetivo que envolve crenças e valores, experiências, expectativas, percepção e compreensão.

O objetivo da comunicação é o bom entendimento entre as pessoas; no entanto, nem sempre este entendimento é alcançado, devido à influência de fatores como nível de instrução, cognição, cultura e idade que podem comprometer a qualidade da comunicação nas relações humanas.

No processo de comunicação são utiliza-

dos dois tipos de linguagens: a verbal e a não verbal. O comportamento verbal, de acordo com Skinner,² é caracteristicamente dinâmico, e independe de seu tamanho ou complexidade. No comportamento do ouvinte, os estímulos verbais evocam respostas apropriadas a algumas das variáveis que afetaram o falante. Além disso, o comportamento verbal é reforçado por meio de outra pessoa, mas não requer a participação da mesma para a sua execução. Por exemplo, as recomendações sobre o tratamento de uma doença são esclarecidas e reforçadas pelo médico, mas depende da modificação e/ou incorporação de comportamentos pelo paciente.

A linguagem não verbal é produzida pela expressão corporal, permite a compreensão e expressão dos sentimentos e pode indicar “aprovação” - como um sorriso, ou preocupação - ao “franzir a testa”. Apresenta maior dificuldade para ser controlada, sendo necessário esforço e atenção no momento da comunicação.

MÁS NOTÍCIAS:

Má notícia tem sido definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro em um sentido negativo,³ por exemplo a necessidade de fazer uma gastrostomia, a indicação de uma medicação controlada (morfina), a impossibilidade de alimentação oral ou qualquer informação que tenha um sentido negativo para o paciente em termos de mudanças ou adaptações.

A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE- FAMILIAR:

Na literatura atual, muitos estudos mencionam problemas frequentes relacionados à comunicação deficitária entre pacientes e a equipe de saúde.⁴ Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e paciente, este se sente mais motivado e encorajado a fazer perguntas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo tratamento, além de se sentir mais satisfeito.⁵

Para Suarez-Almazor,⁶ o médico que pro-

cura fornecer instruções mais detalhadas ao seu paciente tem maior sensibilidade às questões trazidas por ele, oferecendo-lhe compreensão sobre sua saúde, e tornando-o mais colaborativo com o tratamento.

É importante ressaltar que a qualidade da comunicação no contexto da saúde não é direcionada somente para a diáde ‘assistente e assistido’, mas deve envolver todos os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar; dessa forma, o vínculo do paciente se dá também com toda a rede de profissionais que a integram.

Um dos fatores predominantes que afetam a qualidade da comunicação é a rapidez e urgência de tempo do profissional. E, em função da grande demanda, principalmente em instituição pública, é comum que o paciente não esclareça suas dúvidas. De acordo com Straub,⁷ geralmente os pacientes apresentam queixas após as consultas médicas, referentes à escassez de informações recebidas.

Outro fator que impede uma boa comunicação é o uso de jargões técnicos ou a adoção de uma linguagem infantilizada, que não permite uma compreensão plena pelo paciente e/ou familiares.

A qualidade da comunicação entre profissional de saúde e paciente é percebida também pela postura do profissional quando vai revelar uma má notícia. A maneira como estas informações são passadas pode influenciar na forma de enfrentamento do paciente e sua família diante do processo de adoecimento. Após o recebimento da má notícia, os pacientes tendem a buscar informações sobre sua doença e tratamento e abordar o médico para esclarecer dúvidas e expressar suas emoções.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Receber informações de boa qualidade (honestas, claras e compassivas) é um desejo universal dos pacientes em estado avançado da doença, conforme evidencia a literatura.⁸⁻¹¹ Em estudo realizado no Brasil com 363 pacientes, identificou-se que mais de 90% dos entrevistados desejam ser informados sobre suas condi-

ções de saúde, incluindo eventuais diagnósticos de doenças graves.¹²

A informação negativa referente ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença é difícil porque, para os médicos, pode estar faltando um método para fazê-lo, e também porque este tipo de informação pode trazer reações emocionais ou comportamentais por parte do paciente, que são incômodas para ambos.¹³ A apreensão em relação à reação do paciente pode levar o profissional a adotar estratégias para adiar as más notícias.

A comunicação de notícias difíceis pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamentos. Jacobsen e Jackson¹⁴ ressaltam que o enfrentamento do paciente diante da doença é marcado por oscilações, ora com esperança irreal de longevidade e ora com planos funerários, como um acontecimento natural ao longo da trajetória do paciente.

O sofrimento causado por uma má notícia é de algum modo reduzido se o médico/profissional de saúde mostrar consideração pelos sentimentos do doente, se tiver tempo para responder a perguntas (como é desejável), garantindo ao doente um apoio contínuo, mesmo quando a cura não for mais possível.

A forma como se comunica ao doente o diagnóstico e a terapêutica, mesmo que tecnicamente estes estejam corretos, influencia de uma forma muito importante a maneira como o doente vai reagir, e, por isso, os profissionais devem levar em consideração alguns fatores:

- Prepare a si mesmo, recapitule pontos chave e observe suas reações pessoais;
- Lembre-se que os pacientes e familiares podem ficar satisfeitos mesmo com a expressão “não sei”;
- Use sempre de sinceridade;
- Demonstre empatia e confiança;
- Aja com segurança e assertividade;
- Tenha uma escuta atenta (observe a linguagem verbal e não verbal);

- Permita a expressão das emoções (deixe chorar);
- Quando faltam as palavras, “o toque” pode ser a melhor alternativa;
- Respeite os valores e crenças dos pacientes.

Não se trata, pois, de informar a todo o custo, mas também não se deve pressupor – como frequentemente ocorre – que o doente nunca quer saber.

Buckman³ criou um protocolo, chamado **SPIKES** (*Setting Up the Interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary*), composto por seis passos expressos pelas iniciais da proposta, configurando estratégias para uma comunicação eficaz. O objetivo é habilitar o médico a preencher os quatro objetivos mais importantes da entrevista de transmissão de más notícias: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro. Os seis passos são:

1- Planejar a situação de comunicação (S – Setting Up the Interview)

Identificar um ambiente privado; considerar a trajetória do paciente, inteirando-se da sua história; envolver amigos e parentes no processo.

2- Sondar a percepção do paciente sobre a doença (P – Perception)

Identificar as informações (o que o paciente ou familiar sabe), corrigi-las ou ajustá-las com informações mais precisas.

3- Convidar o paciente a expor suas dúvidas (I – Invitation)

Pode ser essencial entender o grau de detalhe que o próprio paciente quer obter sobre seu caso, colocando-se sempre disponível para maiores esclarecimentos.

4- Buscar a clareza de forma delicada / dando Conhecimento e Informação ao Paciente (K – Knowledge)

Ser claro e preciso, mas dar tempo ao paciente, evitando detalhes dispensáveis e excesso de informação por vez.

5- Ser emocionalmente solidário / abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas (E – Emotions)

Estimular a expressão emocional do paciente e seus parentes, acolhendo as reações negativas à notícia.

6- Apontar os próximos passos / estratégia e resumo (S – Strategy and Summary)

Repassar o que foi dito; verificar se a pessoa se sente pronta para discutir o que será feito; apresentar as possibilidades de cuidados e tratamentos.

Após um choque inicial, o doente precisa clarificar o significado da informação que lhe foi dada, expondo os seus receios, em relação a experiências prévias que tenha vivido ou com as quais tenha tido contato (história familiar de neoplasias, por exemplo). Por mais explícita que tenha sido a informação, é preciso lembrar que, no momento de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada.

É importante, segundo Santos¹⁵:

“(...) que o profissional mostre atenção, empatia e carinho com o comportamento e sinais não verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros ajudam a demonstrar empatia oferecer apoio e conforto. O paciente precisa sentir que por pior que seja sua situação, ali se encontra alguém que não o irá abandoná-lo à própria sorte (...)”

COMUNICAÇÃO COM OS FAMILIARES

Embora as necessidades dos pacientes que vivenciam o processo de morrer sejam classifi-

cadas como prioritárias, a atenção aos familiares também deve ser considerada importante devido ao grande impacto emocional que estes sofrem. A família fornece proteção psicossocial ao paciente, sendo seu principal apoio durante o processo de adoecimento. Frequentemente os familiares não entendem o que está acontecendo, não sabem para quem perguntar ou como devem se comportar.

Os familiares precisam ser mantidos informados sobre o que acontece; uma das necessidades mais proeminentes da família é o estabelecimento de uma comunicação clara, honesta e frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente¹⁵.

CONCLUSÕES

A comunicação entre profissional de saúde, paciente e familiar é um dos temas relevantes em pesquisas na área da saúde, pois gera benefícios para o paciente, ao aderir ao tratamento e melhorar sua qualidade de vida. O profissional, ao adotar uma comunicação mais adequada, identifica as necessidades de seu paciente para que, juntos, discutam formas de promover a saúde, reduzindo ansiedade e angústia de todos os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento.

Verificamos que as ‘más notícias’ em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam.

O teor deste artigo diz respeito a conceitos sobre a comunicação em cuidados paliativos, que é uma área cujo conhecimento é tão importante como a prescrição de fármacos ou realização de outras intervenções técnicas. Está largamente demonstrado que a aquisição destas estratégias não se faz por acumulação da experiência, mas pelo treino e aquisição de conhecimento, bem como uma constante reflexão do profissional de saúde sobre seus próprios recursos emocionais para lidar com situações de perdas e frustrações.

A verdade é como um remédio: há dose, via e hora para ser administrada. Uma dose

baixa não é eficaz, mas uma dose alta demais ou administrada de forma errada pode também fazer mal. E para saber qual a dose necessária é preciso perceber o paciente como uma pessoa que tem medos, gostos e história. O diálogo é o caminho para o entendimento¹⁵.

A comunicação é, cada vez mais, entendida como uma habilidade específica que pode ser estudada e melhorada. Mostra-se urgente que as instituições formadoras de profissionais de saúde invistam na capacitação de seus alunos.

REFERÊNCIAS

- Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Skinner BF. O comportamento verbal. São Paulo: Cultrix; 1978. 560p.
- Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992. 240p.
- Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. J Support Oncol. 2003 Set-Out;1(3):206-15.
- Savard M. Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004;6(suppl 1):17-24.
- Suarez-Almazor ME. Patient-physician communication. Curr Opin Rheumatol. 2004 Mar;16(2):91-5.
- Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. 676p.
- Aspinal F, Hughes R, Dunckley M, et al. What is important to measure in the last months and weeks of life?: a modified nominal group study. Int J Nurs Stud. 2006 May;43(4):393-403.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000 Nov;284(19):2476-82.
- Steinhauser, KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families and providers. Ann Intern Medicine. 2000 May;132(10):825-32.
- Voogt E, van Leeuwen AF, Visser AP, et al. Information needs of patients with incurable cancer. Support Care Cancer. 2005 Nov;13(11):943-8.
- Gulinelli A, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):41-7.
- Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication Skills Training in Oncology. Cancer. 1999 Sep;86(5):887-97.
- Jacobsen J, Jackson VA. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. J Natl Compr Canc Netw. 2009 Apr;7(4):475-80.
- Santos FS. Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo : Atheneu; 2009. 447p.

ABSTRACT

Communication is one of four pillars in Palliative Care (proper communication with the patient and his family, control of the various symptoms that patients present, assistance to the family, and work well in an interdisciplinary team). In the context of health, communication of quality settled between patient-family-health team is a vital therapeutic tool that guarantees benefits and has the power to strengthen up relationships, enabling the patient to develop autonomy and greater confidence in the professional, to reduce anxiety level and to improve adherence to the treatment, allowing him/her to live better with the disease. The transmission of bad news is met with some difficulty by most health professionals because of the complex emotional aspects associated with it, which is a complex and complicated job that needs training: requires that the professional develop techniques and skills. It should be noted that, both verbal and nonverbal behaviors set in the interaction between professional-patient-family, are part of what we call communication. This article discusses the communication of bad news problem, and the aspects related to various situations in the relationship between health professional/patient.

KEY WORDS: *Communications, Bad News, Palliative Care, Health Care Professionals.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

LUCIANA MOTTA

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI/HUPE/UERJ.

ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –
Setor Torácico da UFRJ.
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ODILEA RANGEL

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica
de Dor da UERJ.

CARLOS TELLES

Professor Associado, chefe do Serviço de
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

DANIELLE DE M. FLORENTINO

Fisioterapeuta;
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro
Niterói - RJ. CEP 24020-125
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

FLAVIA R. A. DE SOUSA

Especialização em Geriatria e Gerontologia /
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORN

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

KENIA MAYNARD SILVA

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do
HUPE.

ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

JANETE A. ARAUJO

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010
Telefone: (21) 9673-6917
E-mail: netteallves@hotmail.com

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ELISABETH M. PETERSEN

Musicoterapeuta
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95
apto.1204, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230
Telefone: (21) 9242-9863
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.

FABIO DE F. GUIMARÃES

Graduado e Mestre em Psicologia pela
Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098
E-mail: fabiusfg@gmail.com

ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.

JANETE A. ARAUJO

(Vide Artigo 7).

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

(Vide Artigo 7).

ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.

RAFAELA MOUTA AGUIAR

Enfermeira;
Especialização Enfermagem do Trabalho;
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Saldanha Marinho 4, Santo Cristo
Telefones: (21) 9808-6858
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA

Enfermeira;
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.

MARIA O. D'AQUINO

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho
Fac. de Enf. Luiza de Marilac;

Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104, Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875
E-mail: modaquino@ig.com.br

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro

Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ

Professor da Universidade Veiga de Almeida

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS

Fonoaudióloga;
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;
Preceptora de Fononcologia da residência em
Fonoaudiologia do HUPE/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Alecrim 722
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva
FM-UFRJ;
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.