



Esta obra é licenciada sob uma [Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial-Compartilhamento pela mesma licença 3.0 Unported License](#).



This [work](#) is licensed under a [Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial-Compartilhamento pela mesma licença 3.0 Unported License](#).

REFERÊNCIA

BORGES, Moema da Silva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 113-126, ago. 2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>>. Acesso em: 05 Jun. 2014.

A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde

The communication of bad news from the perspective of health professionals

La comunicación de malas noticias desde la perspectiva de profesionales de la salud

Moema da Silva Borges¹

Graciele Freitas²

Widoberto Gurgel³

RESUMO

Introdução: Uma *má notícia* é todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um de seus agentes, especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades. A comunicação de más notícias é uma realidade constante no cotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. **Objetivos:** A pesquisa objetivou apreender as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação da má notícia. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória. Para coleta de dados, utilizou-se uma análise documental [prontuários] e uma entrevista semiestruturada. Para auxílio da análise do material verbal obtido nas entrevistas, foi utilizado o *software Alceste*. Participaram da pesquisa 15 profissionais de saúde. **Resultados:**

1 Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde Universidade de Brasília-UnB e do Programa de Pós-graduação de Enfermagem – Universidade de Brasília-UnB.

2 Graduanda do Curso de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica no ano de 2008.

3 Professor Doutor da Universidade Federal do Maranhão- UFM.

A análise das entrevistas aponta que os sujeitos não se sentem preparados para a comunicação da má notícia e reconhecem seus limites, medos, ansiedade. Relatam que durante a graduação não foram devidamente preparados para lidar com as emoções e sentimentos dos pacientes perante a doença grave e a morte. Entendem que poderiam buscar apoio em discussões de caso na equipe de saúde. Sugerem a criação de ambiente privativo, seguro e confortável nos quais pacientes e familiares possam se sentir acolhidos durante esse tipo de comunicação. **Conclusão:** Há necessidade de abordagem sobre o tema durante a formação e prática profissional. É bastante recomendável a implantação de um protocolo para esse tipo de comunicação, buscando favorecer um cuidado integral e humanizado.

Palavras-chave: Representações sociais, Comunicação da má notícia, Comunicação interpessoal, Tanatologia.

ABSTRACT

Introduction: Bad news is every type of announce that produces unpleasant sensations in one of its agents, especially those associated with diagnosing and predicting diseases. The communication of bad news is a constant reality in everyday health care professionals,

becoming one of the most difficult and complex area in the context of interpersonal relationships. Objectives: The research aimed to apprehend the social representations of health professionals about communication of bad news. Method: This is an exploratory qualitative research. To collect the data, a documental analysis [records] and a semi-structured interview were used. To aid the analysis of the verbal material obtained in the interviews, the software Alceste was used. Participants were 15 health professionals. Results: The data analysis shows that the subjects do not feel prepared for the communication of bad news and they recognize their limitations, fears, anxiety. They report that, during the graduation, they were not properly prepared to deal with patients' emotions and feelings in face of illness and death. They understand that they could seek support in case discussions in the health team. They suggest the creation of a private, safe and comfortable environment in which patients and families can feel accepted during this type of communication. Conclusion: There is a need to approach on the topic during the training and professional practice. It is strongly recommended the implementation of a protocol for this type of communication in order to promote a comprehensive and humane care.

Keywords: Social representations, Communication of bad news, Interpersonal communication, Thanatology.

RESUMEN

Introducción: Las malas noticias son cualquier tipo de anuncio que produce sensaciones desagradables en uno de sus agentes, especialmente los relacionados con el

diagnóstico y la predicción de la enfermedad. La comunicación de malas noticias es una realidad constante en la vida cotidiana de los profesionales de la salud, convirtiéndose en uno de las más difíciles y complejas áreas en el contexto de las relaciones interpersonales. Objetivos: La investigación tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales de profesionales de la salud acerca de la comunicación de malas noticias. Método: Se trata de una investigación exploratoria cualitativa. Para recoger los datos utilizados para analizar un documento [registros], y una entrevista semiestructurada. Para facilitar el análisis del material verbal obtenido en las entrevistas, se utilizaron el software Alceste. Los participantes fueron 15 profesionales de la salud. Resultados: El análisis de los datos muestra que los sujetos no se sienten preparados para la comunicación de malas noticias y reconocen sus limitaciones, miedos, ansiedad. Ellos informan que, durante la graduación, no fueron adecuadamente preparados para lidiar con las emociones y los sentimientos de los pacientes ante la enfermedad y la muerte. Ellos entienden que podrían buscar apoyo en las discusiones de casos en el equipo de salud. Ellos proponen la creación de ambiente privado, seguro y cómodo en el que los pacientes y las familias pueden sentirse aceptado para este tipo de comunicación. Conclusión: Hay necesidad de una formación sobre el tema durante la práctica y capacitación. Se recomienda la implementación de un protocolo para este tipo de comunicación que busca promover una atención integral y humana.

Palabras-clave: Representaciones sociales, Comunicación de malas noticias, Comunicación interpersonal, Tanatología.

INTRODUÇÃO

A comunicação interpessoal faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e implica na interação entre eles, doentes e familiares. Sendo assim, as habilidades para o exercício da comunicação são fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

A doença e a hospitalização colocam os indivíduos em contato com um mundo incógnito que gera sentimentos de insegurança, medo da dor, da morte e do desconhecido. Nessas situações, cabe ao profissional de saúde ajudar os doentes a readquirir alguma segurança pessoal, por meio de informações que lhe apoiem ao longo do processo de hospitalização, adoecimento e cura¹.

Por essas razões, pode-se dizer que a comunicação é um instrumento terapêutico essencial, que permite o acesso ao princípio de autonomia do paciente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o paciente e seus familiares necessitam para serem ajudados e possam transformar-se em agentes de autoajuda¹.

Entretanto, sabe-se que o ato de comunicar efetivamente tem representado um nó górdio no relacionamento interpessoal entre os doentes, familiares e profissionais de saúde. Nesse cenário, a comunicação será mais difícil quando se tratar de fazer o comunicado de uma má notícia. Entende-se por má notícia todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um de seus agentes, especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades².

Apesar do desconforto, comunicar más notícias faz parte da rotina dos profissionais de saúde, que enfrentam, como já mencionado, grande dificuldade diante de tal compromisso. A observação empírica aponta que os profissionais ao anunciar uma má notícia, esquivam-se de reações aversivas por parte do paciente ou de familiares e acompanhantes; ou mesmo para não ter que enfrentar as suas próprias emoções, muitos profissionais acabam sonegando a informação, transferindo essa responsabilidade para outros, ou anunciando-a de forma negligenciada, por meio de uma linguagem difícil.

Nesse cenário, a comunicação de más notícias constitui uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Trata-se de uma situação delicada, pelas repercussões físicas, sociais e familiares que pode desencadear.

Um trabalho multiprofissional pode auxiliar no processo de comunicação desse tipo de anúncio. Cada área de atuação na saúde possui uma visão peculiar a respeito da comunicação com os pacientes, o que favorece o manejo da problemática.

Dessa forma, faz-se necessário conhecer como se forjaram as representações sociais dos profissionais de saúde acerca desse tipo de comunicação. Uma vez que uma representação social é a maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, cujo conhecimento social é partilhado pelo grupo profissional³ são elas que influenciam o modo de agir e reagir frente a esse tipo de evento. Em outras palavras, a má notícia como uma ocorrência em si, associada exclusivamente ao conteúdo do diagnóstico, do prognóstico ou das possibilidades terapêuticas,

é algo que não existe isoladamente. Isso porque ela é valorada como má em consequência das emoções que produz nos agentes envolvidos, as quais, por sua vez, estão associadas a crenças e valores sociais do grupo profissional.

Face ao exposto, o estudo objetivou conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da comunicação da má notícia. Espera-se contribuir com o planejamento adequado das intervenções para acolher os indivíduos em seus aspectos biopsicossociais e espirituais garantindo uma forma menos traumática de conduzir o anúncio da má notícia, favorecendo um cuidado mais humanizado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, baseado na fundamentação teórico-metodológica da abordagem do conteúdo das representações sociais. Os dados foram coletados no Hospital Universitário de Brasília, entre os meses de abril e maio de 2011. Participou do estudo um total de 15 profissionais de saúde. O critério de inclusão foi: ser profissional de saúde responsável pela comunicação da má notícia. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se: 1) um levantamento documental em prontuários a fim de verificar a existência de estratégias e ou de protocolos para a comunicação da má notícia; e 2) entrevista semiestruturada que objetivou apreender as representações dos sujeitos acerca desse tipo de anúncio. A entrevista foi organizada em blocos temáticos, a saber: a – Comunicação da má notícia; b – Gestão do luto; c – Formação; e d – Desenvolvimento de habilidades e competências acerca da comunicação da má notícia.

Os entrevistadores receberam treinamento prévio de 12 horas para ampliar o conhecimento sobre o tema e favorecer a comunicação efetiva com os sujeitos do estudo. Após consentimento formal dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Para auxílio na análise do material verbal, foi utilizado o *software Alceste*⁴ [análise lexical por contexto] para um conjunto de segmentos de um texto. Esse *software* decompõe, classifica, agrupa e sintetiza automaticamente as informações contidas no *corpus* das entrevistas. Identifica as Unidades do Contexto Inicial, de cada entrevista. Em seguida, decompõe e classifica, por meio de análise estatística, em Unidades de Contexto Elementar (UCE). Na sequência, verifica a existência de recorrências, organizando o contexto tipo. A partir daí, produz uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), agrupando o contexto/tipo em classes/categorias, que são apresentadas na forma de um dendograma.

A análise qualitativa do dendograma permite nomear as classes e identificar a organização dos eixos, identificando assim o campo comum das representações, ou seja, o que é fruto do consenso coletivo.

Obedecendo à Resolução 196/96, os dados foram coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde sob o parecer nº. 058/10. Os participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas, seis (06) enfermeiras, cinco (05) médicos, duas (02) psicólogas e duas (02) assistentes, totalizando quinze (15) profissionais de saúde.

A análise das entrevistas permitiu identificar o perfil dos entrevistados, que ficou assim composto: quanto à faixa etária – Sete dos entrevistados (49,66%) tinham idade entre 18 a 25 anos; três (20%) tinham entre 43 a 55 anos; três (20%) tinham de 26 a 32 anos; um (6,66%) tinha de 33 a 42 anos; e um (6,66%) com idade acima de 55 anos; quanto ao sexo – doze (80%) dos entrevistados eram do sexo feminino e três do sexo masculino (20%); quanto à graduação – Seis dos entrevistados possuíam graduação em Enfermagem (40%); 5 em Medicina (33,33%); 2 (13,33%) em Psicologia e 2 (13,33%) em Serviço Social; quanto a Clínica em que atuam – Oito (53,33%) atuavam na Clínica Médica; três (20%) atuavam em Unidade de Terapia Intensiva - UTI; dois (13,33) atuam no Centro de Atenção Oncológica - CACON; um (6,66%) atuava em Clínica Cirúrgica e um (6,66%) atuava na clínica pediátrica; quanto à

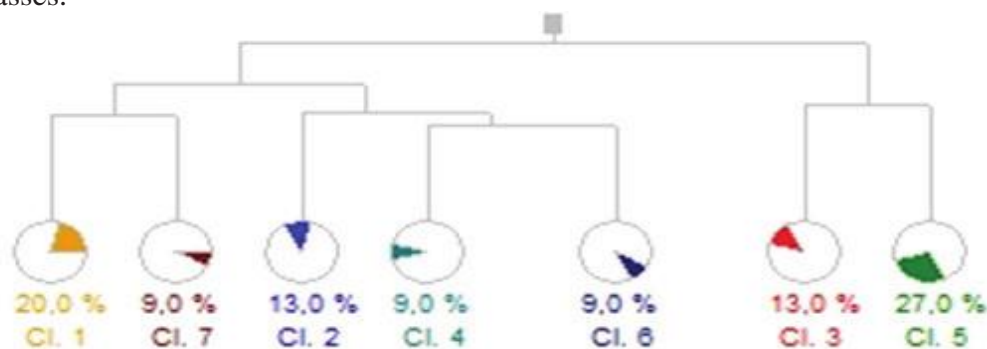
especialização – Nove (60%) eram residentes e estavam cumprindo o primeiro ano, seis (40%) eram especialistas; e quanto ao tempo de formação – Oito (53,33%) tinham entre 1 a 3 anos; dois (13,33%) tinham entre 4 a 6 anos; quatro (26,66%) tinham entre 17 a 22 anos e um (6,66%) estava formado há mais de 22 anos.

A coleta dos prontuários

Durante o mês de abril de 2011 foram realizadas buscas ativas nos prontuários nas Clínicas do Hospital, a saber: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, CACON e UTI, a fim de verificar a existência de anotações acerca do processo de comunicação de más notícias e/ou a existência de protocolos. Registrou-se que até aquela data nenhuma anotação sobre o tema foi encontrado. Observou-se que em caso de óbito, a equipe da psicologia realizava algumas anotações referentes ao estado emocional dos pacientes momentos antes de sua morte. Entretanto, nenhum registro de comunicação com a família no pós-morte ou mesmo com o paciente em seus últimos momentos foi encontrado.

3.2 O campo comum das representações sociais

Figura 1 - Dendograma do *corpus* das representações sociais dos profissionais organizado em sete classes.



Esse nível de análise revelou a existência de dois (02) eixos distintos que organizaram a representação dos sujeitos do estudo em sete (07) classes (Fig. 1). O primeiro eixo, composto pelas classes [1, 7, 2, 4 e 6] foi denominado “gestão das dimensões do anúncio”, e aponta os aspectos legais, individuais e organizacionais que dificultam o processo de comunicação da má notícia. O segundo eixo, formado pelas classes [3 e 5], foi denominado “os contextos da falta de comunicação” e evidencia as consequências na prática cotidiana da lógica fragmentada e tecnicista do modelo biomédico

Para melhor compreensão da figura, esclarece-se que o dendograma representa as relações estatísticas, onde a força da relação entre as classes é expressa pela proximidade dos conteúdos das falas dos participantes.

A seguir, apresentaremos a análise de cada classe:

Eixo 1: Gestão das Dimensões do Anúncio

A classe 1, denominada **o imperativo de anunciar**, indica que a responsabilidade do anúncio da má notícia aos doentes e familiares recai sobre os ombros do profissional médico. Os estratos que se seguem, ratificam essa afirmação:

“As informações são dadas primeiro pela equipe médica. Os médicos dão a notícia a respeito do diagnóstico, falam como está o quadro de saúde do paciente, e depois a equipe da psicologia vai e procura saber como está o paciente.” (S-4).

“Em geral, as notícias a respeito do estado

do paciente são dadas pelo médico. São dadas aos familiares e às vezes ao próprio paciente, depende do tipo de notícia que vai ser dada, depende do estado geral do paciente, mas em geral é dada pelo médico.” (S-12).

É fato que a responsabilidade legal acerca do diagnóstico e tratamento da doença é conferida ao médico. Portanto, a comunicação da má notícia constitui um imperativo moral para essa categoria profissional. Entretanto, pode-se também levantar um rol de argumentações que apontam para a incoerência imperativa dessa responsabilidade. Para melhor defesa dessa argumentação, optou-se por enumerar algumas considerações:

– a primeira delas é que a comunicação em saúde é um ato multidimensional que envolve diferentes áreas disciplinares como: comunicacionais; psicológicas; sociais; e éticas. Desse modo, esse ato precisa ser visto sob uma perspectiva multidisciplinar. Além disso, é preciso considerar que no âmbito da saúde não é prudente que se trabalhe de forma isolada devido à complexidade dos contextos vivenciados pelos doentes nos serviços de saúde, do desenvolvimento tecnológico, da rápida produção do conhecimento, além de sua fragmentação³;

– outro aspecto importante que deve ser considerado é que na trajetória da doença, a informação não se reporta a um único espaço-tempo, pois, ela deve acompanhar o contínuo e sistemático processo que se desenha ao longo do percurso assistencial, que se localiza para além do diagnóstico e tratamento³. Onde se pode deduzir que existem diferentes momentos em que o doente pode ser confrontado por más notícias. Sendo assim, a comunicação da má

notícia pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamentos para os cuidados paliativos e cuidados domiciliares⁵;

– existe uma questão principal frente às dificuldades que o profissional médico enfrenta ao fazer o anúncio de forma solitária: a equipe médica é preparada para lidar com a manutenção da vida e a vitória sobre a doença. A presença da doença leva o profissional a significá-la “[...] como um fracasso, uma inconveniência, uma mácula vergonhosa que importa esconder [...]”⁶. Dessa forma, diante do comunicado de uma má notícia, ele tende a camuflar o desconforto de suas emoções, pois é no isolamento das emoções que reside uma das suas principais defesas quanto à angústia⁷;

– deve-se, ainda, ponderar que, na atualidade, o médico é um ser real, com atribuições e metas a cumprir, com ampla carga horária, além de inúmeros pacientes para atender, examinar e ouvir⁸. Essa imagem profissional difere da representação social forjada na antiguidade, quando a figura do médico era associada a um cavaleiro solitário, herói que tudo sabia e tudo fazia⁹. Nesse sentido, o mito do médico “sabe tudo”, “salvador de vidas” não encontra ressonância na realidade da prática cotidiana, indicando a necessidade de repensar essa representação.

Diante do exposto, pode-se ponderar que, embora legal e talvez cômodo para os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, o imperativo do anúncio prejudica a qualidade da informação ao doente e seus familiares, que depende em larga escala da eficácia do trabalho da equipe de saúde e não apenas de um único

profissional.

Na classe 7, denominada **as consequências do anúncio**, pode-se indiretamente apreender as respostas emocionais dos doentes e familiares frente à comunicação dos diagnósticos e tratamento. Sabe-se que esse momento é delicado e exige um manejo adequado das reações de preocupação associadas ao medo de morrer e/ou sofrimento face ao imponderável.

“Eles geralmente choram muito, ficam muito nervosos, mas acho que a reação mais comum é o choro.” (S-13).

O impacto da notícia sobre a doença e o tratamento ratifica a tese de que a informação transmitida sob a responsabilidade de um único profissional não favorece a oferta do apoio emocional que doentes e familiares requerem diante desse evento.

Devido a sua formação, os médicos tendem a fornecer informações relevantes e precisas sobre a doença, os seus estágios e o tipo de tratamento.

“Você tem tal doença ou não, esse tipo de coisa, então, tem tanto profissional que não quer aprofundar, tanto quanto o paciente que, de repente, não entende aquilo que você falou mesmo que você seja claro.” (S-14).

Estudos apontam que a preocupação central dos doentes frente ao diagnóstico de uma doença grave, é saber quais são as implicações em nível pessoal, familiar e profissional, isto é, as possibilidades de sobrevivência, sofrimento e recuperação¹⁰. Dessa forma, o modo defensivo e técnico do anúncio realizado pelo médico não favorece o apoio e manejo das dificuldades que

os doentes e familiares manifestam.

Esse tipo de expectativa por parte dos doentes é corroborada por uma revisão bibliográfica sobre as prioridades de pacientes portadores de câncer, em relação à comunicação da má notícia, apontou que as preferências dos pacientes envolvem quatro esferas: definição da doença; o modo como é comunicada; o quê e quanto se fornece de informação; e aspectos relacionados ao apoio emocional existente¹¹.

É importante, ainda, ponderar que as intervenções relacionadas ao processo saúde/doença exigem duas orientações complementares e interdependentes. O ato de cuidar e o ato de tratar: a primeira, mais expressiva ou de suporte emocional, ou seja, o ato de cuidar; a segunda, mais técnica, relacionada com o diagnóstico e tratamento da doença, ou seja, o ato de tratar^{13,14}.

A dissonância entre essas duas orientações pode não fornecer o suporte emocional necessário às manifestações emocionais de doentes e familiares frente a uma má notícia. O impacto emocional aliado a outros fatores dificultadores da comunicação finda por prejudicar a clareza e entendimento da informação, o que tem sido apontado como um dos principais motivos de não adesão terapêutica e na implementação do tratamento.

“Eles ficam desesperados começam a chorar e às vezes não entendem tudo o que o profissional quer transmitir, então geralmente eles voltam com muitas dúvidas e perguntam novamente.” (S-?).

Esse conjunto de aspectos deixa transparecer que, diante das reações emocionais do doente, é

preciso um esforço conjunto da equipe de saúde para que todos possam apoiar e ser apoiados. Pois, a questão principal dos profissionais de saúde, não é informar os doentes, mas saber como, quando e quanto se deve revelar uma determinada informação.

A classe 2, denominada **triângulo das dificuldades**, evidencia problemas relativos as dimensões individual, de espaço físico e a gestão do processo de trabalho.

Quanto à dimensão individual, destacou-se o medo que o profissional tem de lhes serem atribuída culpa pelo estado de doença ou morte dos pacientes.

“Então é difícil tanto de você informar o que realmente é aquilo, quanto da pessoa entender que não é você que é culpado daquilo ou que você está fazendo todo o possível.” (S-14).

Esse tipo de medo está relacionado ao temor do profissional de que os doentes e seus familiares dirijam sua raiva para eles, seja ela originada de uma falha profissional, seja devido a um deslocamento do sentimento de culpa¹⁵.

Quanto à organização do espaço físico, evidenciou-se a falta de um ambiente propício a esse tipo de anúncio. Pode-se aprender no discurso dos entrevistados que eles consideram que a existência de um ambiente privado para esse tipo de anúncio poderia minimizar os desconfortos dos envolvidos no processo.

“A gente não tem uma sala específica pra isso, então a gente acaba falando no corredor ou em qualquer lugar. O estado emocional dos familiares e do paciente dificulta, então geralmente é bem difícil dar uma notícia

ruim.” (S-5).

A lógica fragmentada e tecnicista do modelo biomédico encoraja que uma maior atenção seja dispensada à tecnologia que pode limitar a doença e favorecer a cura, reservando os espaços físicos para tal. Associado a esse pensamento, o modo de produção da assistência à saúde determinado pela política capitalista globalizada não favorece o estabelecimento de relações pessoais, o que torna a reserva de espaço para atender as necessidades de conforto e privacidade dos doentes e familiares diante de tal anúncio quase um desperdício.

Quanto à gestão do processo de trabalho, ficou explicitado pela expressão dos sujeitos do estudo, que não existe um esquema que favoreça a troca de informações e impressões, sobre cada caso clínico, com uma equipe maior.

“A gente percebe que aqui não se privilegia a reunião da equipe onde se possa conversar como seria a melhor forma de comunicar uma má notícia e falar sobre o tratamento, respeitando a individualidade de cada um.” (S-7).

Frente às questões discutidas, a tarefa já difícil de comunicar uma má notícia ganha relevância e coloca profissionais, doentes e familiares em situação de vulnerabilidade.

Na classe 4, denominada o **espelho da negação**, foram explicitadas as resistências dos familiares ao receber a má notícia, pois essa dor pode se refletir nos profissionais e tornar esse momento mais difícil, à medida que, muitas vezes, os profissionais também não se dão conta de suas próprias resistências. Nessa perspectiva, a comunicação é prejudicada, pois

os processos de entendimento esvaziam-se de conteúdo, desencadeando mecanismos de fuga, utilização de eufemismos, para não se correr riscos de falta de transparência e omissão¹.

“Então, cria nossa expectativa de profissional de como ele vai receber a notícia. Quando o paciente fica sabendo, tem a reação, e é difícil tanto pra nós quanto pra eles.” (S-4).

“[...] ou não quer se manifestar ou porque não tem interesse ou porque tá com medo de perguntar e manifestar algum desconforto]. “Eu vejo uma que é muito frequente que é quando nega, é muito comum, ele negar e se você chegar tentando tocar no assunto ele já tem uma reação meio que agressiva pra te cortar, ele não quer ouvir o que você precisa falar.” (S-6).

Frente aos fragmentos das falas, é preciso ponderar que face à existência do imperativo ético e legal de responsabilidade da comunicação da má notícia o profissional de saúde nunca deve esquecer que a forma desse tipo de anúncio é um ato inquestionavelmente humano¹⁵. Tratando-se de um ato humano, envolve ambos, aquele que dá e aquele que recebe a notícia. Um aspecto que não pode deixar de considerar é a representação da morte como horror, absurdo, sofrimento inútil e algo sem sentido. Assim, a sociedade moderna evita falar de morte ou de doenças que possam culminar no morrer. Ao agir assim, subtrai-se do processo de morte e morrer, o verdadeiro sentido e valor. O profissional como parte da sociedade, compartilha das mesmas crenças sobre a morte.

Contudo, o profissional parece cego à sua

resistência em se comunicar, frente às más notícias. E mesmo que ele se considere aberto a esse tipo de anúncio, as dificuldades nunca são atribuídas a si mesmo, mas projetadas na família e no próprio doente.

A classe 6, denominada **estratégias para o anúncio**, foi, na visão do entrevistados, a adoção de medidas de suporte, a fim de minimizar o impacto na transmissão das informações aos doentes e familiares.

“Que seja em um ambiente mais privado para se receber a notícia, eu acho que está no jeito em que se dá a notícia, acho que talvez falte algo mais humanizado para se dar a notícia tão séria pro paciente e pro acompanhante, e às vezes contar com um suporte, na hora de dar a notícia, de uma equipe maior também.” (S-11).

“Tanto em relação à doença do paciente quanto ao prognóstico sobre como que vai ser depois, doenças graves ou morte é sempre um tema muito complicado. Então tem que ser dado com muita cautela. Hoje a gente tem que conhecer o familiar que vai receber essa notícia, e às vezes se for um paciente idoso, pode até ter um problema na hora da notícia, então procurar sempre a pessoa mais equilibrada da família.” (S-2).

“A questão espiritual e emocional são tantos os fatores que implicam no processo de adoecimento, então o profissional tem que ter uma cabeça aberta. Ter maior contato com outros profissionais para poder estar falando sobre isso. Não olhar aquela parte do corpo pelo qual é responsável, mas olhar o paciente como um todo.” (S-4).

“Eu acho que a gente já faz um pouco disso, nós já temos uma dinâmica de orientação para o acompanhante na internação e isso dinamiza muito. Porque chegam o acompanhante e seu paciente, eles vêm para um lugar estranho e não sabem como proceder, onde estão as coisas.” (S-13)

O discurso dos profissionais sinaliza que embora se reconheça que o anúncio da má notícia representa uma tarefa difícil e complexa, é também consensual que o fornecimento da informação reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para que doentes e familiares aceitem a doença e possam aderir ao processo de cuidado/tratamento. Logo, há princípios que devem ser levados em conta na preparação da comunicação².

Tais *contingências* têm produzido, entre outras coisas, o surgimento de modelos para o anúncio de *más notícias*, dentre os quais se destaca o proposto por Buckman e Baile *et al*, conhecidos como Protocolo Buckman e Protocolo SPIKES (um anagrama para os seus seis passos).

No Brasil, como uma forma de adaptação do Protocolo de Buckman e do Protocolo SPIKES¹⁶, surgiu o Protocolo PACIENTE¹⁷. A importância desse trabalho está justamente na capacidade de análise e adaptação para a realidade nacional das questões e passos que são apontados pelos dois protocolos anteriores para a cultura na qual surgiram. Seguindo a lógica do Protocolo SPIKES, o Protocolo PACIENTE também é um anagrama: Preparação, Avaliação, Convite, Informação, Emoção, Não abandono, Traçar uma Estratégia.

Eixo 2: Os contextos da falta de comunicação

Na observação o dendograma(fig.1) verifica-se que as classes 3 e 5 compõem um mesmo bloco formado pela proximidade dos conteúdos das falas dos participantes e ambas fazem menção a lógica tecnicista que aplicada à formação, propicia circunstâncias que impedem a prática de uma boa comunicação com destaque para: o desconhecimento da importância das práticas de saúde de outros profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; e, predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado e reduzido à produção de procedimentos técnicos.

Na classe 3, denominada **a equipe de saúde?**, emergem as falas em que os profissionais fazem referência à ausência de um processo de comunicação entre os membros da equipe. Entendem que seria importante favorecer a troca de informações no acompanhamento dos doentes ao longo da trajetória hospitalar.

“Acaba sendo uma coisa muito fragmentada, acaba sem saber o que o outro tá fazendo. A comunicação da equipe é fundamental, criar momentos que a equipe discuta sobre o paciente, a situação dele, possíveis condutas em relação a ele, conversar mesmo, trocar ideias, acho que é interessante.” (S-7).

“Para a gente saber outros aspectos do paciente que a gente não sabe. Falta às vezes aqui dentro, apesar de haver certa comunicação. Eu acho que essa comunicação ainda é falha”. (S-15)

“Um bom passo seria trabalhar todas as

questões em equipe, ter um enfermeiro, um médico, um nutricionista, e quem mais estiver envolvido pra que essa própria interação resulte em aprendizado.” (S-6).

Denota-se que o trabalho de assistência aos doentes, embora seja realizado por diferentes profissionais, não se traduz em um trabalho de equipe. Para que um trabalho em equipe se viabilize, é preciso que se pratique um determinado conjunto de princípios: respeito, compreensão, valorização do papel que cada um desempenha, partilha de objetivos comuns, cooperação ativa, confiança mútua, liderança adequada e eficaz, rede de comunicação circular, mecanismo de *feedback* e de avaliação¹⁸.

Não se pode perder de vista que o objetivo básico da comunicação em saúde consiste em ajudar o doente a concretizar as percepções do que necessita e ir negociando e desenvolvendo, em conjunto, as possíveis estratégias de ajuda que podem ser realizadas^{1;19}.

Na equipe de saúde, e, sobretudo na comunicação dos profissionais, as dificuldades da interação se tornam mais problemáticas quando envolvem uma má notícia, os processos de perda e luto. Afinal, é difícil em nosso tempo encarar a morte como fenômeno natural, pois, com o avanço da ciência, mais se teme e se nega a morte como realidade²⁰.

“O sentimento da equipe, a gente vai trabalhar com o luto, porque acaba se citando o luto não tem como.” (S-8).

A classe 5, denominada **Lacuna na formação**, explica em parte a inabilidade dos profissionais frente a comunicação da má notícia. Eles reconhecem a necessidade de

desenvolverem competências nessa área, a fim de minimizar o seu desconforto e o impacto que tal anúncio provoca na vida de quem recebe a notícia.

“Porque a gente não tem muito isso na formação inicial”. Então, deveria ser introduzido esse curso. Está começando a ter, mas ainda tá muito pouco, o enfoque disso, aí a forma de lidar com isso e até a carga horária de cursos e de experiências até práticas. Às vezes tem uma aula teórica ali em que a pessoa fica meio sem entender muita coisa”. (S-2).

“Pouco. Alguns cursos que eu participei, tiveram algum tema a respeito, congresso às vezes tem algum tema, mas é pouco. Ter disciplinas mais focadas no manejo desse tipo de situação, os profissionais estarem dentro da sala de aula pra poderem passar experiência pros alunos”. (S-4).

“A formação acadêmica é muito importante, dá um embasamento teórico e você racionalmente aprende a lidar com o tema, mas esse tema tem muita relação com o emotivo, não tem como você trabalhar uma coisa sem experienciar, sem entender.” (S-6).

A formação em saúde forja não apenas os comportamentos individuais, mas as representações de todo grupo profissional. Sabe-se que, ao longo da formação profissional na área da saúde, raramente é criada a oportunidade de refletir sobre a perda dos pacientes e o impacto desse fato no processo de formação e na vida pessoal dos alunos. Como consequência, alunos e futuros profissionais não são estimulados a identificar seus sentimentos e reações emocionais, bem como dos pacientes e familiares diante do processo de adoecimento

e morte.

Nesse contexto, as competências e habilidades comunicacionais capazes de desencadear relações interpessoais de qualidade recebem pouca atenção. Não obstante, a qualidade da relação entre o profissional de saúde, o doente e a família determina não apenas o grau de satisfação do doente, mas também o seu modo de enfrentamento da doença. Sendo assim, essas competências e habilidades implicam diretamente na qualidade de cuidado e na qualidade de vida/sobrevida do doente¹.

CONCLUSÕES

Os resultados explicitam que as representações sociais sobre a comunicação da má notícia são forjadas a partir do modelo de formação profissional e são reproduzidas na prática cotidiana dos serviços de saúde. Verificou-se que o anúncio da má notícia realizado de forma solitária pelo profissional médico coloca-o em situação de extrema vulnerabilidade. Ao assumir exclusivamente a responsabilidade do anúncio sem ter recebido uma formação adequada para tal, criam-se as condições que favorecem que os doentes e familiares também se tornem vulneráveis, uma vez que além de atingidos pela doença, também não recebem o apoio requerido para manejar a preocupação/ medo diante do diagnóstico.

Os entrevistados manifestaram certo nível de consciência dos limites enfrentados na prática profissional. Consideram que a ausência de comunicação na equipe e a lacuna da formação profissional, aliada às barreiras individuais e organizacionais, forjam o maior impedimento para uma comunicação eficaz. Ao reconhecerem suas limitações, conseguem

vislumbrar a necessidade de mudança.

Face ao exposto, compreende-se que o desafio das instituições formadoras consiste em: 1 – Fomentar a formação de habilidades e competências comunicacionais; 2 – integrar nas discussões sobre os casos clínicos, além dos aspectos técnicos, os conteúdos emocionais que emergem no estudante a partir do contato com o doente; 3 – introduzir o mais brevemente possível ações interdisciplinares a fim de favorecer a aprendizagem do trabalho em equipe; 4 – incentivo à formação de competências por meio de atividades, como minicursos e palestras.

Quanto aos serviços de saúde, o grande passo será a incorporação, na prática cotidiana, de protocolos de comunicação de más notícias com estratégias de manejo de tais situações, a fim de minimizar o impacto do evento na vida do doente. Vale ressaltar que a implantação de protocolos não garante a concretização da comunicação aberta e eficaz necessária a um ambiente de confiança e a partilha de informações fundamentais que fomentam o vínculo de confiança que o cuidado em saúde requer, embora contribuam em muito para tal.

Conclui-se que é imprescindível o desenvolvimento de comportamentos comunicacionais capazes de desencadear relações interpessoais com qualidade, quer na formação inicial, quer nos contextos de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MA. Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Porto: Formasau; 2008.
2. Buckman R. How to Break Bad News: a Guide for Health Care Professions. Baltimore: John Hopkins Press; 1992.
3. Moscovici S. Psychologie sociale. Paris: PUF; 1984.
4. Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale (ALCESTE). Cahiers Analyse des Données. 1987; 4:471-484.
5. 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):475-480.
6. Tager DK. Viver a morte. Lisboa: Editorial Estampa; 2001.
7. Quintana AM, Kegler P. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paideia, 2006; 16(35):415-425.
8. Ignacio MG, Favarin RN. Más notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. Jan.- fev.- mar. 2010; II, ano 7.
9. Alves R. O médico. Campinas: Papyrus, 2002.
10. Dias MR, Dura E (coord.). Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi; 2002.
11. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. Jpn J Clin Oncol. 2009 Apr.; 39(4): 201-216.
12. Ribeiro LF. Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educa Formação; 1995.
13. Borges MS, Queiroz LS, Silva HCP.

Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6): 1427-1433.

14. Reinharth DMD. Barriers to communication with dying patients. Archives of internal Medicine. 2001; 161(21): 2623-2624.

15. Sancho MG. Como dar malas noticias en medicina. 2ª ed. Madri: Arián; 2000.

16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5:302-311.

17. Pereira CR, Lemonica L, Barros GAM. Comunicação de más notícias em medicina: protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. Âmbito Hospitalar. São Paulo, jul./set. 2004;182; p. 29-32; 2007; 3(12).

18. Organisation Mondiale de La Santé. Apprendre ensemble pour oeuvrer au service de la santé: Rapport d'un group d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personel de santé – La formation en équipe. Genève: OMS; (1988). (Série de Rapports Techniques, 769).

19. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-109.

20. Kovács MJ. Os profissionais de saúde e educação e a morte. In: Kovács MJ (org). Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Artigo apresentado em 01/02/2012

Artigo aprovado em 28/02/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012