

# Transmissão de más notícias

FÁTIMA LEAL\*

## RESUMO:

*A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspectos emotivos que lhe estão associados. Por outro lado, a preparação nesta área também é deficitária, o que acentua muitos dos receios dos médicos.*

*É importante conhecer alguns aspectos de um possível protocolo para transmitir más notícias e, uma vez entendido, é de toda a conveniência avançar para o treino das perícias de comunicação inerentes. Estas competências fazem parte integrante das aptidões de qualquer clínico. Este artigo aborda de forma breve a problemática da transmissão de más notícias aos doentes oncológicos, mas os aspectos focados aplicam-se a uma imensidade de situações do âmbito da prática do médico de família.*

**Palavras-Chave:** Comunicação; Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

**D**ar más notícias aos doentes pode gerar grande stress nos médicos, que muitas vezes tentam evitar esta tarefa usando técnicas de distanciamento. As causas desta «ansiedade» advêm de algumas crenças e/ou convenções sociais, inerentes quer ao médico quer ao paciente – principalmente quando estas más notícias se reportam a doenças neoplásicas – e também a uma formação pré- e pós- graduada deficitária neste domínio.

Contudo, dar uma má notícia, requer perícia (conhecimentos e aptidões específicas) e tacto, e ambas podem ser aprendidas e praticadas ao longo da vida. Os benefícios serão claros, quer para os doentes e seus familiares, quer para os profissionais de saúde.

É quase sempre ao médico que cabe esta tarefa, porque é ele que primeiro sabe o diagnóstico, é ele que está profissionalmente capacitado para estabele-

cer uma evolução clínica e é dele que o doente espera receber a notícia.

Vários estudos confirmam que frequentemente se causa maior dano não dando as informações do que comunicando a má notícia. Existe a crença de que aquilo que as pessoas não sabem poderá não vir a acontecer ou a confirmar-se. Contudo, os doentes são frequentemente os primeiros a aperceber-se que a sua evolução clínica denota que algo não está bem com eles.

A ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o paciente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o médico.

Dar a informação ao doente, sempre de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação.

Ao receber uma má notícia sobre a sua doença, o paciente tem tendência para acentuar o seu estilo habitual de «*coping*» («estilo de lidar com»). O papel do cuidador médico consiste «...não em alterar estes estilos de «*coping*» característicos de cada paciente, mas sim em reforçar defesas saudáveis e adaptativas e em minimizar os danos dos comportamentos nocivos».

O sofrimento causado por uma má notícia é de algum modo mitigado se o médico mostrar consideração pelos sentimentos do doente, se tiver tempo, como é desejável, para responder a perguntas e se garantir ao doente que será

\*Assistente de Clínica Geral  
Centro de Saúde da Venda Nova

continuamente apoiado, mesmo quando a cura não for possível.

### **Técnicas para dar más notícias**

O modo como se comunica ao doente o diagnóstico e a terapêutica, mesmo que tecnicamente estes estejam correctos, influencia de uma forma muito importante a maneira como o doente vai reagir a ambos.

Tal como em relação a outras áreas clínicas, existe um protocolo (de Buckman) que, quando aplicado, é de grande utilidade na transmissão das más notícias. Este protocolo pode ser utilizado para além do âmbito da doença oncológica. Consta de seis passos e, como veremos, só a partir do quarto passo se avança para a partilha de informação, caso o doente assim o deseje. Não se trata, pois, de informar a todo o custo, mas também não se deve pressupor – como frequentemente vemos fazer – que o doente nunca quer saber.

Dar más notícias inclui:

**Preparação e Escolha do local adequado** – fazer precocemente a preparação para o caso de os exames virem a revelar uma neoplasia. As más notícias devem ser dadas pessoalmente e num local privado, tentando que não haja interrupções por terceira pessoa. Se o doente quiser estar acompanhado isso poderá ser muito útil

**Perceber o que é que o doente já sabe** – Pedir ao doente que forneça uma explicação para o que lhe está a suceder (sintomas, exames realizados). Saber se já alguma informação lhe foi dada no contacto com outros profissionais.

**Saber o que é que o doente quer saber** – Pesquisar até que ponto o doente quer ter conhecimentos sobre a sua patologia, perceber se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. Considerar a possibilidade de os resultados poderem ou não ser positivos

**Dar a notícia** – Habitualmente dá-se o chamado « tiro de aviso » – « os resultados

não estão como gostávamos » ou « há aspectos menos bons no que aqui estou a ver ». Perante esta abertura, há que verificar a reacção imediata do paciente, que claramente dará pistas se pretende ou não avançar com a transmissão mais detalhada da informação. « Não há palavras certas para se dizer ». De qualquer forma, devemos tanto quanto possível evitar os eufemismos, as frases longas e de interpretação menos clara e o chamado « medicalês ».

Quando, após a informação, nos apercebemos que o paciente não imagina a gravidade da sua doença, temos uma tarefa difícil a enfrentar: como alterar a sua perspectiva de que está bem, para a de que está gravemente doente? Este tempo, o chamado tempo de transição, pode demorar horas, dias ou semanas e depende de cada doente. O que é fundamental é que o paciente entenda que não está sozinho nesta fase diferente do percurso da doença e que, mesmo não havendo cura, há intervenções concretas para prevenir o seu sofrimento.

**Responder às emoções e às perguntas do doente** – Após a comunicação da má notícia, as duas reacções mais comuns são o medo e o desgosto, que muitas vezes são traduzidas como raiwa contra o próprio médico. Esta situação requer que o médico diferencie bem o conteúdo da mensagem (as más notícias) do portador da mensagem (ele próprio) e deve demonstrar ao doente, não agressividade, mas sim apoio e compreensão, (sem mostrar pena!) validando a reacção emocional como natural naquelas circunstâncias. O choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão, ou no ombro, demonstra apoio e pode tranquilizar o doente.

Os pacientes com neoplasia, geralmente querem saber se a doença se confirma, se há metástases ou não, se é curável, como vai ser o tratamento e, fundamentalmente, preocupa-os o tem-

po que lhes resta de vida. Após um choque inicial, o doente precisa de clarificar o significado da informação que lhe foi dada, expondo os seus receios, nomeadamente face a experiências prévias que tenha vivido ou com as quais tenha contactado (história familiar de neoplasias, por exemplo).

Por mais explícitos que sejamos, devemos lembrar-nos que, na altura de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada.

Devemos responder directa e honestamente a todas as perguntas efectuadas, mesmo às mais difíceis. No entanto, não devemos fazer prognósticos sobre a altura da morte, pois isso irá causar ainda maior angústia ao doente. Não devemos deixar de abordar esse tópico se isso for importante para o doente (planear o futuro, decisões com menores envolvidos, por exemplo) mas iremos acordar com o doente que o faremos em função da evolução clínica – no próximo mês, na próxima semana voltaremos a falar sobre como acha que está a evoluir.

Para que o paciente consiga abarcar grande parte de informação que lhe é prestada, devemos falar de uma forma simples e clara, evitando ao máximo os termos técnicos; rever a situação e verificar se o doente percebeu a informação que lhe foi dada; dar as informações mais importantes no princípio ou no fim da conversa, porque habitualmente o que se diz no meio é completamente esquecido pelo paciente.

**Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista** – A forma mais eficaz que temos para o fazer, consiste em fornecer um plano de acção futuro. Conjuntamente com o doente, devem procurar-se os principais problemas a resolver (e que não passam apenas pelos sintomas) e adoptar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e, desta forma, concretizar aspectos gratifi-

cantes da vida do doente.

Deve ser perguntado ao paciente quem mais precisa de saber da sua doença e se vai precisar de ajuda para o fazer.

Devemos encorajar os doentes a escreverem as perguntas que querem fazer para que numa próxima consulta não as esqueçam. É importante deixar sempre «uma porta aberta» para que o doente fale connosco se precisar e, por fim, deixar sempre um próximo contacto marcado.

### A Família e as más notícias

Seguindo um princípio ético da medicina, a informação sobre a patologia do paciente só deve ser transmitida à família com o consentimento implícito ou explícito deste.

No entanto, muitas das vezes são os familiares os primeiros a serem confrontados com as más notícias, e os médicos, confrontados com o pedido de nada ser dito ao doente – a «conspiração do silêncio». Neste contexto, o médico encontrar-se-á numa situação difícil, principalmente se sabe que o doente está interessado em saber a gravidade da sua doença. Neste caso, não nos devemos esquecer que o nosso primeiro dever é para com o doente, não sendo, no entanto, conveniente hostilizar os familiares.

Face a esta situação o médico deve seguir o conceito de não impor a verdade ao doente se este não a quiser saber, mas não deve mentir ao paciente se este lhe perguntar. Quer dizer, aplicaremos o princípio da honestidade e tranquilizaremos a família dizendo que nada diremos ao paciente que ele não queira saber. No entanto, há situações em que se justifica dar mais notícias aos familiares do que aos doentes. Isto acontece, quando apesar de terem sido dadas ao paciente todas as oportunidades de recolher dados sobre a sua doença, este não o faz, ou se o doente não pode ser considerado capaz para receber e en-

tender a notícia.

Devemos tentar demonstrar aos familiares a tensão que a «conspiração do silêncio» pode provocar na relação familiar, chamando-lhes a atenção para o facto de que entre o diagnóstico e a morte irão ocorrer situações de completo fingimento. A família finge que nada sabe e que nada de mal está a acontecer e o doente finge que está tudo bem e que nada sabe para não preocupar a família, impedindo assim que se solucionem casos por resolver, que se façam despedidas e, por vezes, impedindo a morte em paz.

A longo prazo, esta conspiração tem custos emocionais muito elevados para os envolvidos e é difícil de manter. O doente sentir-se-á progressivamente mais isolado e impedido de falar abertamente sobre aquilo que para ele é fundamental.

Como tal, devemos oferecer-nos para ajudar a família a quebrar este muro e a dar a permissão ao doente para falar sobre a sua evolução, as suas vontades e expectativas. É fundamental fomentar a chamada esperança realista e manter apoio incondicional, assegurando um óptimo controlo de sintomas.

### O Treino em Comunicação

O teor deste artigo diz respeito a conceitos sobre a comunicação em cuidados paliativos, que é uma área clínica cujo conhecimento é tão importante como a prescrição de fármacos ou realização de outras intervenções técnicas. Está largamente demonstrado que a aquisição destas perícias não se faz por acumulação da experiência clínica, mas que a aquisição dos conhecimentos adequados e o treino destas técnicas é bastante eficaz. Como tal, recomendamos o estudo destes princípios e a posterior prática, a partir de modelos de boas práticas e com recurso à simulação ou *role-playing*, em ambientes controlados (discussão *inter pares*, videogravação). Através deste método se-

rá possível introduzir progressivamente as práticas correctas na nossa prática diária, com resultados muito favoráveis para doentes e profissionais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buckman R. How to break bad news – a guide for health care professionals. London, PanBooks, 1994.

Corney R. O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina. Lisboa, Climepsi Editores, 1996.

Dias MR. A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama. Lisboa, ISPA, 1997.

Doyle D, Hanks G, Mac Donald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford, Oxford University Press, 1998.

Enelow AJ. Entrevista clínica e cuidados ao paciente. Lisboa, Climepsi Editores, 1999.

McWhinney IR. Manual de medicina familiar. Lisboa, Inforsalus, 1994.

Moreira IP. O doente terminal em contexto familiar. Coimbra, Edições Formasau, 2001.

Sancho MG. Como dar las malas noticias en medicina. Madrid, Arán Ediciones SA, 1998.

Twycross R C. Cuidados paliativos. Lisboa, Climepsi Editores, 2001.

---

### Endereço para correspondência:

Fátima Leal  
Centro de Saúde da Venda Nova  
2700 Amadora