

# Comunicação de más notícias

Ferraz Gonçalves

# Uma definição de má notícia

- Qualquer notícia que altere drástica e negativamente a visão que o doente tem do seu futuro.

Buckman

# Sistema de Kubler-Ross

- Negação
- Raiva
- Regateio (negociação)
- Depressão
- Aceitação

# MODELO DE 3 ESTÁDIOS

Estádio inicial ("encarar a ameaça")	Estádio crónico ("estar doente")	Estádio final ("aceitação")
Mistura de reacções características do indivíduo e que podem incluir: Medo Ansiedade Incredulidade Raiva Negação Culpa Humor Esperança/desespero Regateio	1. Resolução dos elementos resolúveis da resposta inicial 2. Diminuição da intensidade de todas as emoções ("estado monocromático") 3. Depressão muito comum	1. Definido pela aceitação da morte pelo doente 2. Não é um estágio essencial, desde que o doente não esteja em dificuldade, comunique e tome decisões normalmente

- As más notícias têm em geral um grande impacto no indivíduo que as recebe e é também desagradável para quem as dá.
- Para quem recebe, a intensidade do impacto depende do que já sabe ou suspeita sobre o que vai ser o seu futuro, pelo que não pode ser previsto sem se saber o que o doente já sabe e espera.

- Dar más notícias é talvez uma das tarefas mais difíceis na prática da medicina, por isso os médicos muitas vezes a evitam, sobretudo em algumas culturas, entre as quais estão as do sul da Europa como Portugal.
- A dificuldade tem origem de vária ordem, relacionadas com factores sociais, do doente e do próprio médico.

- As sociedades actuais valorizam a juventude, a saúde e a riqueza
  - e conseqüentemente desvalorizam a velhice a doença e a pobreza.
- Deste modo as pessoas nessas condições tendem a ser marginalizadas e são despromovidas socialmente.
- Quando as más notícias implicam o risco de morrer o impacto é maior.

- As más notícias não são só as que implicam um risco de morrer, mas as que afectam as expectativas do doente quanto ao seu futuro.
- As reacções podem, portanto, variar muito de indivíduo para indivíduo, pelo que é preferível não presumir qual a reacção que um doente terá.

- Para os profissionais de saúde há muitas causas de pressão:
  - O medo de causar sofrimento.
  - Já que as más notícias causam sofrimento o acto de as transmitir é desagradável.
  - O sofrimento por simpatia causado apenas pelo facto de se estar no mesmo local de alguém que está em sofrimento causado pelas más notícias

- A culpa que se associa ao mensageiro das más notícias está arreigada na nossa cultura.
  - Os médicos temem ser culpados pelas más notícias que transmitem.
  - O médico pode ser responsabilizado pelas más notícias e é quem está à mão para sofrer todo o ressentimento e ira que o doente possa sentir.

- Para os médicos a incapacidade de resolver um problema de saúde é sentido muitas vezes como um fracasso.
  - Este sentimento resulta do ensino da medicina em que se ensina a tratar as doenças mas não o que fazer quando o processo não se pode reverter.
  - É natural que nestas circunstâncias haja um sentimento de impotência.
  - O ensino da comunicação também tem pouca ou nenhuma atenção no ensino da medicina e a resultante falta de preparação para o fazer faz com que os médicos se sintam pouco à vontade quando é necessário dar más notícias.

- Muita da insatisfação dos doentes resulta da falta de comunicação efectiva com o médico, mais do que a que resulta da insatisfação com a sua competência.

## Causas de dificuldade de comunicação

- O médico não ouve ou parece não ouvir
  - Em média o tempo que o doente consegue falar sem ser interrompido é 18 seg.
  - Só em 23% dos casos é que o doente consegue completar a sua declaração inicial.
- O médico usa termos médicos
  - Confunde os doentes levando-os a interpretações erradas
- Atitude paternalista

- Ouvir o doente/deixá-lo falar
  - Melhora a satisfação do doente com o médico
  - Aumenta a ideia do doente sobre a competência do médico
  - Melhora a adesão ao plano de tratamento

- Antes de se iniciar a entrevista, e se esta for a primeira, é fundamental que o doente saiba quem o médico é e o que faz.
- O doente deve ser tratado cortesmente e do modo que trataríamos uma pessoa que encontrássemos pela primeira vez, sem familiaridades, podendo depois a situação modificar-se se o doente preferir.

- Devemos sentar-nos sempre quando falamos com o doente, a não ser que isso seja de todo impossível.
  - Isto mostra ao doente que se está lá para o ouvir.
- Se o olhar do médico estiver ao nível do doente mostra-se que se não está ali numa atitude paternalista.
  - Além disso, o doente percebe o tempo dispendido como mais longo do que se o médico estivesse de pé

- É conveniente que não haja barreiras físicas entre o médico e o doente.
- Devem desligar-se televisores, rádios ou outros aparelhos que possam fazer ruído.
- É importante que o doente esteja composto, isto é, se acabou de ser examinado, deve-se deixá-lo vestir-se antes de iniciar a conversa.
- A distância entre o médico e o doente deve ser cerca de 50 cm a 1 metro com os olhos aproximadamente à altura dos do doente.
  - Esta distância é variável de cultura para cultura.

- A postura do médico deve ser relaxada
- No entanto, a conversa é sobre más notícias pelo que o médico não deve parecer pouco empenhado.
- Durante a entrevista, sobretudo nos momentos mais intensos, tocar o doente pode ser reconfortante.
  - Alguns doentes podem, no entanto, sentir-se desconfortáveis, pelo que se deve estar atento e não repetir o toque se o doente o mostrar.

- A entrevista clínica é um instrumento de troca de informação, de opiniões e de emoções, e não apenas conversa.

# Tipo de perguntas

- As perguntas podem ser abertas ou fechadas.
- As perguntas abertas usam-se no início da entrevista ou quando se quer mudar de assunto ou explorar a direcção a seguir.
  - Exemplo: “como se sente?”
  - Dá oportunidade ao doente para responder como entender sem o condicionar.
- As perguntas fechadas requerem uma resposta precisa.
  - Exemplo: “tem tido dores?”
  - Focam-se num problema concreto e são as que se usam para explorar as questões clínicas.

# Tipo de perguntas

- Perguntas enviesadas
  - Não são verdadeiras perguntas, mas encerram um julgamento.
  - Exemplo, o doente diz “cada vez me canso mais ao andar” e o médico pergunta “não acha que se continuar a fumar não se pode queixar?”
  - Há uma tendência para fazer estas perguntas que devemos reconhecer e evitar.
  - Podem levar ao arrefecimento da relação, muitas vezes sem que o médico perceba porquê.

## Mostrar ao doente que se está a ouvi-lo

- Não se deve, portanto, interrompê-lo, a não ser que seja absolutamente indispensável de modo a dirigir um doente loquaz que esteja a divagar.
- Deve mesmo encorajar-se o doente a falar.
- Deve manter-se o contacto visual enquanto o doente está a falar, podendo desviar-se brevemente o olhar quando a conversa se tornar muito intensa e emocional.

## Mostrar ao doente que se está a ouvi-lo

- Se o doente fizer uma pausa, não deve preencher-se imediatamente esse silêncio, porque significa geralmente que o doente está a pensar ou a sentir algo importante e que recomeçará pouco depois.
- Se o silêncio se prolongar e tiver de ser quebrado o melhor é dizer algo do género “ em que é que está a pensar?”

## Mostrar ao doente que se está a ouvi-lo

- Pode fazer-se por:
  - Repetição, repetindo uma ou duas palavras-chave da última frase do doente;
  - Reiteração, repetindo por outras palavras;
  - Reflexão, interpretando as palavras do doente.

# Tipos de respostas

- É importante evitar respostas agressivas ou hostis.
- Um doente quando recebe uma má notícia, por vezes, fala de modo hostil ou agressivo e há a tentação de responder no mesmo tom, como acontece nas situações do dia a dia.
  - Geralmente, o doente está a manifestar o seu medo e ansiedade e, assim, manifesta a sua frustração nas pessoas mais próximas.
  - Os profissionais devem tentar ver a causa e não responder no mesmo tom, porque isso pode influenciar negativamente a comunicação a estabelecer no futuro.

# Tipos de respostas

- Não deve também responder-se com criticismo, pela mesma razão.

# Tipos de respostas

- Deve ainda evitar-se tranquilizar o doente prematuramente, antes de se reconhecer as suas preocupações.

# Tipos de repostas

- A resposta empática resulta da identificação da emoção que o doente está a sentir e da identificação da origem da emoção
  - Consiste no reconhecimento dessas emoções.
- Não significa que o profissional sinta pessoalmente as emoções do doente.

# Protocolo de 6 passos

# 1º Passo – fase inicial

- Procurar um local em que haja privacidade.
- O médico deve mostrar-se relaxado e sabendo o que está a fazer.
- Só se for absolutamente impossível é que a conversa não se faz sentado.
- O doente deve ser cumprimentado.
- Se estiver com outra pessoa, deve-se perguntar quem é e que relação tem com o doente (nunca se deve presumir).
- Se a pessoa ou o doente não mostram intenções de interromper o contacto, deve-se perguntar se o doente quer falar na presença do acompanhante.

# 1º Passo – fase inicial

- Determinar se o doente está em condições de iniciar uma conversa,
  - Se estiver com dores, nauseado ou se tiver tomado um sedativo, não vale a pena tentar ter uma conversa importante e significativa nessas circunstâncias.
- Pode, no entanto, haver circunstâncias em que seja absolutamente necessário e aí deve-se ser o mais breve possível.
- Deve começar-se com uma pergunta aberta, a não ser que o doente tome a iniciativa, do género “Como se sente neste momento?”

## 2º Passo – Descobrir o que o doente sabe

- É necessário descobrir o que o doente já sabe ou pensa da doença, sobretudo quão séria é a doença e o impacto que terá no futuro, e não a patologia e a nomenclatura.
- Podem usar-se frases como:
  - O que é que o Dr. X lhe disse sobre a sua doença?
  - O que é que pensa sobre esse nódulo, dor, etc.?
  - Está preocupado com a sua doença?

## 2º Passo – Descobrir o que o doente sabe

- Quanto compreende da situação e quão próximo está da realidade.
- Por vezes os doentes dizem que não sabem nada.
  - Pode ser verdade ou não.
  - Pode acontecer porque o doente está em negação, não se devendo confrontá-lo imediatamente (mesmo que se saiba que o doente foi informado), porque nesse caso não estamos a ser um suporte
  - Ou porque quer ouvir a versão do médico para ver se coincide com a anterior.

## 2º Passo – Descobrir o que o doente sabe

- Observar o estilo das afirmações do doente com particular atenção para o estado emocional, nível educacional e capacidade de articulação das palavras e frases.
  - É diferente uma doente com um cancro da mama dizer que tem um carcinoma da mama com 3 cm e com 10 gânglios axilares metastizados de dizer que tem um nódulo na mama e que tinha ficado aliviada porque não era um tumor.

## 2º Passo – Descobrir o que o doente sabe

- O estado emocional pode captar-se pela comunicação verbal e não verbal.
  - Muitas vezes estão em desacordo.
  - Exemplo, o doente pode dizer que está calmo, e no entanto, a sua atitude denotar ansiedade.

### 3º Passo – descobrir o que o doente quer saber

- O modo de descobrir o que o doente quer saber é perguntar-lhe, se ele não o manifestou.
- Não deve nunca presumir-se o que o doente quer saber.
- A verdadeira questão não é se o doente quer saber, mas a que nível quer saber o que se passa.

## 3º Passo – descobrir o que o doente quer saber

- O modo de perguntar depende do estilo individual. Alguns exemplos:
  - Gostaria de saber o que se passa consigo?
  - É do tipo de pessoa que prefere saber os detalhes do que está mal ou apenas conhecer o tratamento?
  - Quer saber o que se passa em pormenor ou apenas ter uma ideia geral?
  - Prefere que conte o que se passa a um familiar?
  - Quer que lhe conte tudo ou quer que lhe fale sobre o plano de tratamento?

### 3º Passo – descobrir o que o doente quer saber

- A finalidade desta parte da entrevista é obter do doente um convite claro para partilhar a informação, se for isso o que o doente quer.
- Se o doente não o quiser ou só quiser saber algumas coisas, deve-se deixar a porta aberta para no futuro vir a dar essa informação, se o doente o desejar.
- Podemos dizer: “Muito bem. Se mudar de ideias e quiser fazer perguntas nas próximas consultas só tem de me dizer”.

## 4º Passo – dar a informação

- Os pontos cruciais da informação são:
  - o diagnóstico
  - o plano de tratamento
  - o prognóstico
  - o suporte.
- A quantidade de informação a dar em cada ponto depende da doença, das opções de tratamento, das preferências do doente e da sua reacção.

## 4º Passo – dar a informação

- É importante usar o que foi dito anteriormente para dar a informação.
- Deve reforçar-se o que o doente disse e que estava correcto, se possível usando as próprias palavras do doente, e continuar a partir daí.
  - Isso dá confiança ao doente de que o que disse foi ouvido e está a ser considerado com seriedade, mesmo que algumas coisas do que disse tenham de ser corrigidas.
  - Este processo foi chamado alinhar ou alinhamento.

## 4º Passo – dar a informação

- A fase seguinte é aproximar a percepção da informação do doente dos factos, partindo do alinhamento.
- As eventuais correcções não podem ser bruscas.
  - Deve fazer-se uma aproximação gradual observando as respostas e reacções do doente.
- Devem reforçar-se as respostas do doente que o trazem mais para mais perto dos factos.

# 4º Passo – dar a informação

- Os doentes retêm apenas uma parte do que os médicos lhes dizem e ainda menos se o diagnóstico for grave.
- Muitas vezes a partir do momento em que ouvem a palavra cancro, não conseguem ouvir mais nada.
- Isto deve ser tido em mente e, portanto, dar a informação em pequenas porções.
- Quando a diferença entre a realidade e o que o doente pensa é grande, deve iniciar-se o processo com um “tiro de aviso”
  - “a situação parece ser mais séria do que isso”.
- A seguir pode usar-se um processo narrativo.
  - Deve usar-se um vocabulário que o doente possa compreender, sem usar termos técnicos.
  - É importante verificar a recepção repetidamente. Um modo de o fazer é perguntar ao doente se está a acompanhar e pedir-lhe para repetir em termos gerais o que foi dito e clarificar o que foi mal entendido.
  - O médico deve também, ele próprio repetir os pontos importantes.

## 4º Passo – dar a informação

- É fundamental compreender quais são as maiores preocupações do doente e não presumir ou projectar quais seriam as nossas.
  - Por exemplo, um doente pode estar mais preocupado com a queda de cabelo que a quimioterapia provoca do que com o risco de vida provocado pela doença.

## 4º Passo – dar a informação

- Por vezes o doente não consegue manifestar com facilidade as suas preocupações mais profundas.
- Pode fazer perguntas de modo pouco perceptível enquanto o médico está a falar.
- Muitas vezes essas perguntas são muito importantes para o doente e o doente só as faz desse modo porque está ambivalente.
- Deve-se estar atento a estas perguntas e segui-las.

## 5º Passo – Responder aos sentimentos do doente

- Em última análise o sucesso ou o fracasso de dar más notícias depende de como o doente reage e de como o médico responde a essas reacções e sentimentos.

## 6º Passo – Planeamento e seguimento

- Como desde o início se deve fazer, também aqui se deve demonstrar que se compreenderam os problemas do doente.
- Depois, dado haver problemas resolúveis e problemas irresolúveis, o médico tem de determinar os problemas que vai abordar primeiro e comunicá-lo ao doente.
- Deve perguntar-se ao doente se tem mais alguma pergunta a fazer.
  - Porque nesta altura o doente pode, por vários motivos como a doença, o contexto, por estar intimidado, etc., não conseguir lembrar-se de nenhuma pergunta para fazer, devendo ser-lhe assegurado que haverá outras oportunidades e convidando-o a fazer uma lista de perguntas para o encontro seguinte.
- Finalmente, deve fazer-se um contracto para o futuro, como por exemplo que ficará marcada nova consulta.