



## **MÁS NOTÍCIAS: UMA REFLEXÃO ACERCA DA COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

**Michele Gutierrez Ignacio<sup>1</sup>**

**Rafael da Nova Favarin<sup>2</sup>**

Em um estudo recente, autores americanos desenvolveram uma intervenção padronizada com a finalidade de melhorar as habilidades para a comunicação do diagnóstico na clínica onco-hematológica, caracterizando uma preparação formal para esta tarefa. Os resultados mostraram que, após a intervenção, os profissionais atribuíram melhora às suas habilidades de comunicação do diagnóstico e perceberam a intervenção como positiva para sua prática profissional (Eid, Petty, Hutchins e Thompson, 2009).

Diante deste trabalho e do interesse despertado pelo tema, foi possível perceber que o número crescente de publicações a respeito da comunicação de más notícias tem revelado a preocupação dos profissionais da saúde em relação ao momento peculiar da revelação de um diagnóstico, que acarretará mudanças significativas na vida de quem o recebe. Geralmente, trata-se do diagnóstico de um câncer.

Adler, Riba e Eggly (2009) investigaram a experiência e o desejo de radiologistas e outros profissionais médicos comunicarem más notícias diante de exames de imagem de mama. Pode-se perceber que, embora os radiologistas comuniquem com frequência resultados positivos durante exames de imagem, poucos receberam treinamento prévio de como revelar a notícia. Os níveis de conforto, avaliados por meio de escala de conforto entre 1 (muito incômodo) e 10 (muito confortável), declinaram conforme a severidade da doença.

---

<sup>1</sup> Psicóloga da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, especialista em avaliação psicológica e neuropsicológica pelo Instituto de Psiquiatria da FMUSP.

<sup>2</sup> Psicólogo da Oficina Pedagógica da Prefeitura de Campo Limpo Paulista, especialista no tratamento e escolarização de crianças com transtornos globais do desenvolvimento (TGD) pelo Lugar de Vida/IPUSP, no qual também é associado.

Buckman (1992) criou um protocolo, chamado *SPIKES* (*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*), composto por seis passos expressos pelas iniciais da proposta configurando estratégias para uma comunicação eficaz, sendo elas: o cuidado com o local onde será transmitido o diagnóstico (sendo sugerido um ambiente tranquilo, sem interferências, com a possibilidade do profissional, por meio de abertura e postura, sanar dúvidas e responder a eventuais perguntas); percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente (considerando o que ele gostaria de saber e a quantidade de informações que toleraria naquele momento); troca de informações (por meio de uma conversa franca (sem ilusões e falsas expectativas); apresentação de possibilidades de tratamento, bem como o reconhecimento das emoções e sentimentos que podem eclodir neste encontro (exigindo capacidade de escuta e profissionalismo para manejar a situação); e a finalização, que implica na realização de uma síntese de tudo o que foi dito, acompanhado do asseguramento de que tudo o que foi dito foi compreendido. Assim, abre-se a possibilidade de fortalecer o laço médico-paciente e de garantir a qualidade desta relação.

A comunicação de más notícias pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamento para cuidados paliativos e cuidados domiciliares (Jacobsen e Jackson, 2009). Estes mesmos autores 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.

No esforço de melhor compreender as preferências de pacientes com câncer em relação à comunicação de más notícias, Fujimori e Uchitomi (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura especializada. Nesta pesquisa, foram localizados 24 estudos. Os resultados desta análise sugerem que as preferências dos pacientes envolvem quatro esferas, sendo elas relacionadas à definição da doença, o modo como é comunicada, o que e o quanto é fornecido de informação e aspectos relacionados ao apoio emocional existente.

Estes mesmos autores perceberam que os pacientes mais jovens, pacientes do sexo feminino e àqueles com maior escolaridade, expressam maior desejo em receber informações mais detalhadas e consentem com a possibilidade de receber apoio emocional de um profissional especializado, como o psicólogo ou mesmo o psiquiatra. Houve também influência de fatores demográficos interferindo na escolha sobre como receber a má notícia, como no caso dos asiáticos, que manifestaram maior interesse em receber a má notícia de modo presencial em detrimento dos ocidentais. Assim, torna-se importante reconhecer essas preferências para ajudar os pacientes no entendimento da doença.

Sabe-se que o nível social, econômico e cultural, além do gênero e idade, interferem no impacto psicológico que o diagnóstico que uma doença pode causar ao paciente (Cavalcanti, 2005).

Kallergis (2008) reforçou a importância do reconhecimento do mecanismo de negação presente em cada paciente. Desta forma, acredita-se que a comunicação médico-paciente possa ser realizada de forma mais completa, incluindo a possibilidade do médico considerar também traços de personalidade do paciente com o auxílio de profissionais ligados à psiquiatria.

O hospital enquanto instituição assistencial à saúde já foi, segundo Costa Jr, Coutinho e Ferreira (2006) considerado um ambiente pouco facilitador ao desenvolvimento humano e à atenção integral aos pacientes devido aos modelos biomédicos de saúde, que priorizavam predominantemente o tratamento e a cura das doenças. Porém, neste mesmo trabalho, os autores consideram que o ambiente hospitalar, além de representar sofrimento e dor, também pode comportar vivências positivas, como a possibilidade de cura e alívio de sintomas.

De acordo com Alves (2002), “a dor é o que existe de mais terrível na condição humana” (p.32). Neste momento, o autor refere-se à dor física, sentida no corpo por alguma desordem causada por razões internas ou externas, tais como cólicas intestinais ou algum ferimento causado

por uma queda, respectivamente. Porém, este mesmo autor refere-se mais adiante à dor da alma, na qual nenhuma intervenção cirúrgica consegue curar. “O medo, por exemplo, não pode ser amputado” (p.34).

## Discussão

Diante do exposto, algumas perguntas cerceiam o início desta discussão.

Qual é o dever do médico expresso no conjunto de leis que regulamenta a conduta profissional, em seu código de ética? Esta ética parece divergir da ética enquanto possibilidade de pensar a respeito da moral vigente em determinada cultura e sociedade. Algumas pessoas podem referir sentir-se bem ao serem comunicados de forma direta sobre a doença, com todos os detalhes sobre os riscos e prognóstico. Porém, há alguns que podem optar por receber a notícia do diagnóstico aos poucos, isto é, em um contexto que possa, por vezes, suscitar até falsas expectativas, mas que, com isso, não tire a esperança que começará a surgir. Queremos com isso abrir um espaço para que possamos pensar se há ou não um protocolo a seguir sobre a comunicação de más notícias que possa, de alguma forma, garantir que a mensagem que esta sendo dita possa ser ouvida e compreendida, de igual modo, a todas as pessoas, inclusive familiares.

Há um modo eficiente de garantir que a revelação do diagnóstico seja recebida por meio de alguns passos padronizados? Isto é, pode-se garantir que, ao seguir os passos da comunicação eficaz, o paciente poderá receber melhor ou entender mais daquilo que lhe está sendo dito? Assim, torna-se tarefa difícil comunicar uma notícia que, em si mesma, carrega uma palavra pouco promissora, que pressupõe algo terrível e nocivo para quem a recebe.

Adler, Riba e Eggly (2009) concluíram que, a maioria dos radiologistas entrevistados não desejou receber treinamento adicional para comunicação do diagnóstico e ressaltaram a necessidade de estudos adicionais. Parece estarmos diante da falta, de algo que o treinamento técnico não dá conta. Estamos então diante do subjetivo, de um outro que não é previsível, que não se encaixa em um protocolo padrão, que não responderá todas as vezes da mesma forma, uma vez que a cada comunicação de um diagnóstico o médico estará diante de diferentes pessoas, em seu universo particular e único.

Como apontou o estudo de Jacobsen e Jackson (2009), torna-se útil ao médico saber reconhecer os momentos e vicissitudes em que o paciente se encontra, para melhor manejar a comunicação. Será mesmo uma tarefa do médico saber reconhecer os momentos e vicissitudes em que o paciente se encontra? Não estaríamos assim reforçando ao médico um lugar de onipotência e (oniciência), daquele que tudo sabe e tudo deverá saber?

Desta forma, Alves (2002) bem nos lembrou da imagem que o médico, no passado, transmitia: um cavaleiro solitário, herói, que tudo sabia e tudo fazia. Não estaríamos, desta forma, afastando ainda mais a figura do médico de uma pessoa real, com atribuições e metas à cumprir, com ampla carga horária, além de inúmeros pacientes para atender, examinar, ouvir?

Cabe aqui lançar mão de alguns questionamentos que, não necessariamente terão respostas, pois está, neste momento, no campo da reflexão, possibilidade de poder pensar sobre o trabalho multidisciplinar, sobre o trabalho do psicólogo que não está somente voltado para “apagar incêndio”, como muitos profissionais psicólogos se referem ao seu próprio trabalho, mas na intervenção no momento do diagnóstico e até anterior à esta comunicação, a fim de investigar disponibilidade de escuta, sobrecarga emocional, apoio familiar, rede de apoio social, recursos de enfrentamento, dinâmica de personalidade, conhecimento sobre a doença, entre outras possibilidades; ferramentas estas de domínio do psicólogo.

Durante uma jornada de psico-oncologia no qual participei recentemente, ouvi de um cirurgião, que os psicólogos, de um modo geral, são muito acanhados e que não reconhecem o valor de seu trabalho. Disse ainda que, em sua opinião, todos os pacientes deveriam ser avaliados por um psicólogo, pois somente este profissional poderia dizer se aquele paciente

precisaria ou não de um acompanhamento psicológico e que não caberia aos médicos esta triagem e posterior responsabilidade pela execução de um encaminhamento.

Dito por um médico, interessante localizarmos além de uma intervenção feita aos colegas de trabalho psicólogos, um pedido de ajuda, pois não é possível ao médico dar conta de toda uma demanda de trabalho que envolve outros profissionais habilitados a realizar aquilo que lhes compete.

### **Referências Bibliográficas**

Adler D D; Riba M B; Eggly S (2009). Breaking bad news in the breast imaging setting. *Acad Radiol*, Feb, 16(2): 130-5

Alves R (2002). *O médico*. Campinas, SP: Papyrus

Buckman R (1992). *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Cavalcanti D R (2005). Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê? *Pan American Family Medicine Clinics*, 1: 41-5

Costa Jr A L; Coutinho S M G; Ferreira R S (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paidéia*, 16(33): 111-118

Eid A; Petty M; Hutchins L; Thompson R (2009). Breaking bad news: standardized patient intervention improves communication skills for Hematology-Oncology fellows and advanced practice nurses. *Journal of Cancer Education*, April, 24(2): 154-159

Fujimori M; Uchitomi Y (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. [Jpn J Clin Oncol](#), Apr, 39(4):201-16.

Jacobsen J; Jackson V A (2009). A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. [J Natl Compr Canc Netw](#), Apr, 7(4):475-80.

Kallergis G (2008). Using the denial mechanism to inform the cancer patient. *J Buon*, Oct-Dec; 13(4): 559-63