

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS¹

Anielle Carneiro de Barros²

Hila Martins Campos Faria³

RESUMO:

Realizar a comunicação de uma notícia difícil exige preparo dos profissionais da saúde, uma vez que esbarra na subjetividade de quem irá realizar a comunicação além de influenciar a adesão do paciente durante o tratamento. O artigo tem como objetivo demonstrar, através de uma revisão bibliográfica narrativa, a atuação do psicólogo na comunicação de notícias difíceis junto a pacientes em cuidados paliativos e a seus familiares. Para delimitar e chegar a este objetivo, será traçado um caminho que vai desde a compreensão da atuação do psicólogo hospitalar, passando pelas definições de Cuidados Paliativos e más notícias até como o psicólogo pode contribuir nestes dois cenários. A falta de preparo dos profissionais na comunicação de notícias difíceis e a escassez em publicações sobre o papel do psicólogo neste cenário, levaram à necessidade de abordar esta temática, que é preciosa a todos os profissionais que atuam na área da saúde. Apesar da comunicação do diagnóstico ocorrer pelo profissional da medicina, a presença de profissionais de outras áreas de conhecimento irá auxiliar e dar conforto a todos que estão envolvidos neste momento da comunicação. O(a) psicólogo(a), na comunicação de uma má notícia em Cuidados Paliativos, irá contribuir na medida que possibilita averiguar como o paciente está reagindo diante do seu quadro de adoecimento e transmitir para a equipe suas percepções de modo a auxiliar o médico na adequação da comunicação. O(a) psicólogo(a) poderá ainda dar suporte emocional ao paciente acolhendo e validando seus sentimentos, o que auxiliará no processo de aceitação da notícia.

Palavras-chave: Psicologia. Comunicação de notícias difíceis. Cuidados Paliativos.

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE COMMUNICATION OF BAD NEWS IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT:

The task of communicating difficult news demands careful preparation of health professionals, as it concerns the subjectivity of the communicator and influences patient adherence to medical treatment. This paper aims to demonstrate, through a

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 21/10/2022 e aprovado, após reformulações, em 21/11/2022.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: anecarneiro92@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: hilafaria@uniacademia.edu.br

narrative literature review, the role of the psychologist in communicating difficult news to patients in palliative care and to their families. In order to delineate and reach this objective, a course of action is outlined starting from the basic understanding of the role of a hospital psychologist, going through the definitions of Palliative Care and bad news bearing, and finishing with potential ways psychologists can contribute under such circumstances. The lack of preparation of professionals dealing with communication of bad news, as well as the scarcity of publications on the role of psychologists in this scenario, has brought about a need to address this topic, which is paramount to all professionals working in healthcare. Although diagnosis is delivered by the medical practitioner, the presence of professionals from different fields of knowledge helps to provide comfort to everyone involved at the moment of communication. Furthermore, in the context of difficult news communication in Palliative Care, the psychologist can contribute at an earlier stage, allowing for an assessment of the patient's reaction to his health issue that can be helpful to the medical team, as well as during diagnosis communication and even after the fact, by validating the patient's feelings throughout the proceedings.

Keywords: Psychology. Communication of bad news. Palliative Care.

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é um tema diversificado e, no contexto da saúde, é essencial. O laço que é formado entre o profissional da saúde e o paciente começa a partir de uma comunicação honesta. Para Bicho (2013), a comunicação na saúde é baseada num cuidado holístico (*holos*, no grego significa "todo" ou "inteiro"), que engloba todas as facetas humanas, sendo ela biológica, psicológica, social e espiritual e que deve ser contemplada por todos os profissionais da saúde.

A língua portuguesa é muito rica e a forma como alteramos as palavras faz toda a diferença ao comunicar uma notícia difícil. Um artigo publicado em 2020, com o título "*Critical Conversations: Say This, Not That*", sugere formas de abordar o paciente. Um exemplo: "Ajude-me a entender o que é importante para você e descobriremos o que fazer a seguir juntos" ao invés de dizer "É sua decisão... Cabe a você". Uma simples mudança na forma de falar modifica o peso que ela carrega e traz autonomia e, ao mesmo tempo, conforto ao paciente em saber que não estará sozinho (MALEK *et al*, 2020).

A comunicação é uma medida terapêutica eficaz. Quando empregada de forma correta pelo profissional da saúde, permite que o paciente consiga expressar e

compartilhar suas dúvidas e medos. Em Cuidado Paliativo a comunicação representa o cuidado e é através dela que o paciente sustenta a sua fé nos momentos difíceis e contribui para a manifestação da autonomia do paciente (SILVA; ARAÚJO, 2012).

No campo da saúde, a parte da comunicação que se destaca, tanto pelo medo que o profissional tem em transmiti-la, quanto pelo impacto que ela irá causar no paciente e familiar, é denominada de comunicação de más notícias. Para Buckman (1984), saber comunicar uma má notícia é uma habilidade que pode ser ensinada e compreendida e é uma parte vital na realização do cuidado com o paciente. Por isso, foram elaborados protocolos que auxiliam na comunicação de má notícia, os quais serão aqui abordados: *SPIKES* e *PACIENTE*.

O presente artigo é um estudo exploratório, qualitativo e bibliográfico de revisão narrativa, que consiste na análise da literatura de artigos, revistas e livros. Foram utilizadas as seguintes plataformas para a coleta de dados: plataforma da *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pepsic, teses e livros. Os descritores utilizados foram: comunicação de notícias difíceis; Cuidados Paliativos; psicólogo hospitalar e cuidados paliativos; psicólogo hospitalar e comunicação de notícias difíceis; psicólogo hospitalar na comunicação de notícias difíceis em cuidados paliativos.

O artigo tem como objetivo demonstrar, através da literatura científica, a atuação do psicólogo na comunicação de notícias difíceis junto a pacientes em cuidados paliativos e a seus familiares. Para delimitar e chegar a este objetivo, será traçado um caminho que vai desde a compreensão da atuação do psicólogo hospitalar, passando pelas definições de Cuidados Paliativos e más notícias até como o psicólogo pode contribuir nestes dois cenários.

A falta de preparo dos profissionais na comunicação de notícias difíceis, assim como a escassez de publicações sobre o papel do psicólogo neste cenário levou à necessidade de abordar esta temática, que é preciosa a todos os profissionais que atuam na área da saúde. Apesar da comunicação do diagnóstico ocorrer pelo profissional da medicina, a presença de profissionais de outras áreas de conhecimento irá auxiliar e dar conforto a todos que estão envolvidos neste momento da comunicação.

2 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR

De acordo com Simonetti (2018), a psicologia Hospitalar é um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Ela ajuda o paciente a realizar a travessia do adoecimento. Ela não estabelece uma meta e não diz sobre como irá ser este trajeto, uma vez que não se sabe esta resposta.

O psicólogo dentro da instituição hospitalar tem como objetivo tratar o sofrimento gerado pela internação, sendo que qualquer outro ganho proveniente do acompanhamento psicológico vem como acréscimo do processo em si. O atendimento dentro do hospital difere do molde de um *setting* psicoterapêutico. Uma das coisas que irá tratar, além do sofrimento gerado devido a doença, serão as intercorrências emocionais que a hospitalização irá gerar. Em relação ao *setting*, no hospital, os atendimentos são realizados nos leitos, podendo ocorrer interrupções por algum membro da equipe multiprofissional, assim como profissionais de limpeza, por isso é necessário levar em consideração estas variáveis durante o atendimento (ANGERAMI-CAMON; TRUCHARTE; KNIJNIK, 2001).

Angerami-Camon; Trucharte; Knijnik (2001) destaca que o profissional de psicologia tem que ter a noção do limite de sua atuação, para não acabar se tornando mais um invasor abusivo ao paciente que, muitas vezes, é exposto no ambiente hospitalar. Há a necessidade do atendimento, porém é necessário que a psicologia respeite o espaço do paciente caso ele recuse o mesmo. Como os atendimentos no hospital são realizados através de uma busca ativa do profissional de psicologia ou da solicitação por parte de alguém que faz parte da equipe médica, muitas vezes, o paciente não tem conhecimento do que o profissional de psicologia pode lhe auxiliar, por isso, é importante explicar para ele.

Um ponto a ser destacado é que, estando dentro de uma instituição, o psicólogo tem que responder a ela, e isso pode interferir no êxito de sua prática. Dentro do hospital, o paciente perde a sua autonomia e passa a ser mais um número. Através da intervenção da psicologia pode-se proporcionar uma prática humanizada, dando

voz a este paciente e ajudando na relação médico-paciente (ANGERAMI-CAMON; TRUCHARTE; KNIJNIK, 2001).

Uma das frentes de atuação do psicólogo hospitalar é em Cuidado Paliativo. Em Cuidados Paliativos o paciente não é enxergado a partir de sua doença, além disso, busca-se recuperar sua autonomia que, na prática hospitalar, muitas vezes é retirada. Por isso, uma indicação dada por Nunes (2012) é que o psicólogo que deseja atuar como paliativista faça uma formação básica em Cuidados Paliativos para que conheça os princípios e temas relevantes desta área e, assim, amplie o seu campo de compreensão para que possa trabalhar em sintonia com os objetivos da equipe.

O Cuidado Paliativo ocorre em três modelos de assistência: o hospitalar, o domiciliar e o ambulatorial. Cada um deles apresenta vantagens e desvantagens, mas o domiciliar apresenta uma particularidade que permite que o paciente não necessite adaptar-se a uma rotina hospitalar e pode estar em um ambiente conhecido e próximo aos familiares (RODRIGUES, 2012).

O atendimento ambulatorial é destinado ao paciente que possui qualidade de locomoção para atendimentos periódicos no hospital para a realização do tratamento. As consultas são agendadas de acordo com a gravidade dos sintomas. É extremamente importante esta modalidade de atendimento em cuidados paliativos, uma vez que é através das consultas que é possível checar os sintomas do paciente e assim ter o controle de sua medicação (SANTOS; FILHO, 2019). Com a inserção da Tecnologia da Comunicação e Informação (TIC) na saúde, passa a ser possível o teleatendimento e, assim, o paciente consegue ter acesso a uma equipe interdisciplinar de forma online. Este recurso foi muito utilizado durante a pandemia da COVID-19. A assistência online pode ser considerada uma extensão do atendimento ambulatorial (PINTO; BORSATTO; VAZ; SAMPAIO, 2021).

No atendimento hospitalar, o Cuidado Paliativo pode ser realizado de três maneiras sendo elas: Unidade de Cuidados Paliativos, Equipe Consultora ou Volante e Equipe Itinerante. A unidade de Cuidados Paliativos é formada por um conjunto de leitos destinados à filosofia paliativista, com o foco em aliviar os sintomas da dor e nos problemas psicológicos, sociais e espirituais, além de levar um estudo que ajuda a compreender a morte como um processo natural da vida. Já a equipe consultora ou

volante não tem leitos separados para os Cuidados Paliativos. Consiste em uma equipe interdisciplinar mínima que é acionada pelo médico quando este verifica a necessidade. Ela não assume os cuidados de forma integral, fica como apoio, dando suporte e orientação das condutas no cuidado. A equipe itinerante também não tem leitos específicos e é acionada de acordo com a percepção do médico, mas, diferente da equipe consultora, assume os cuidados de forma integral (RODRIGUES, 2012).

3 CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRIA E DEFINIÇÃO

Historicamente, o termo Cuidado Paliativo se confunde com *Hospices*, abrigos (hospedarias), que recebiam e cuidavam de viajantes e peregrinos que vinham da Ásia, África e dos países do leste (MATSUMOTO, 2012). A palavra paliativo vem do vocabulário latino *pallium*, que significa manta ou coberta. Para além dos aspectos físicos, abarca uma dimensão psicológica, espiritual e social. (ANCP, 2022).

O Movimento *Hospice* Moderno tem início com Cicely Saunders, uma médica humanista, que durante a sua formação como enfermeira, acompanhou, até a sua morte, David Tasma, um paciente judeu de 40 anos com carcinoma retal inoperável. Ele lhe deixou uma pequena herança e, a partir dela, Saunders começa sua trajetória com uma nova forma de cuidar. Em 1967, fundou o “St. Christopher’s Hospice”, que permitiu não somente o tratamento dos doentes, como o desenvolvimento em pesquisas, recebendo bolsistas de vários países (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com Saunders, o Cuidado Paliativo Moderno começou com o estudo descritivo, que teve como base os relatos gravados e as anotações clínicas de 1100 pacientes com câncer avançado, entre 1958 e 1965 no St. Joseph’s Hospice. Através dos estudos que foram publicados no ano de 1970, por Robert Twycross, foi possível comprovar o alívio efetivo dos pacientes quando administradas drogas analgésicas de forma regular. Através das experiências no St. Christopher’s Hospice, profissionais de outros países, principalmente Estados Unidos e Canadá, levaram os Cuidados Paliativos aos seus países de origem. Em 1970, o movimento dos *Hospices* teve um

aumento nos Estados Unidos devido ao encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross (MATSUMOTO, 2012).

Em 1982, foi criada uma frente trabalhista para definir as políticas de alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer no *Hospice*, pelo Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde - OMS. O termo Cuidados Paliativos já era usado no Canadá e passou a ser adotado pela OMS (MATSUMOTO, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem direcionada ao tratamento para o alívio da dor e controle dos sintomas, com o intuito de proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente e seus familiares, através de uma equipe interdisciplinar, uma vez que o paciente está diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida (OMS, 2020).

A equipe interdisciplinar que atua como controladora dos sintomas físicos, psíquicos, espirituais e sociais em Cuidados Paliativos é composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais, como fisioterapeuta, nutricionista, capelão, dentista, entre outros. Dentro do Cuidado Paliativo, o profissional da psicologia atua em diversas atividades, desde o cuidado com paciente, com os familiares e junto à equipe interdisciplinar. No Brasil, a Psicologia Hospitalar ganhou espaço e, a partir disso, os profissionais desta área têm se evidenciado por sua atuação precisa e adequada no atendimento aos pacientes (TAQUEMORI; SERA, 2008).

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, a prática em Cuidados Paliativos é recente e, de acordo com a médica e escritora Arantes, isso ocorreu porque é um país formado por imigrantes que vieram atrás de uma terra com farta beleza, espaço e prosperidade, fugindo de guerras, fome e escravidão. Por criarem uma expectativa de reconstruir uma vida feliz, tornou-se inadmissível pensar na morte. No entanto, não há meios de escapar do alcance de uma doença, muito menos de uma que ameace a continuidade de nossas vidas (ARANTES, 2019).

Os Cuidados Paliativos no Brasil tiveram início nos anos 90, com professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, que ministrava cursos com o enfoque na filosofia dos cuidados paliativistas em São Paulo. Em 1996, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou o primeiro Centro de Suporte Terapêutico Oncológico que passou a ser o mais completo do país (SBGG, 2014).

Um marco importante ocorreu em 2002, quando Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu os Cuidados Paliativos a pacientes oncológicos. Em 2005, com 30 médicos de várias especialidades clínico-cirúrgicas, surge a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e foi em 2006 que o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1.805/2006, que reconhece a prática em Cuidados Paliativos (SBGG, 2014).

Foram incluídos pela primeira vez ao código de ética da medicina no Brasil os Cuidados Paliativos como princípios fundamentais em 2009 (SBGG, 2014). Apesar de serem recentes as práticas em Cuidados Paliativos no Brasil e ainda não contarem com muitos profissionais especializados, os primeiros passos estão sendo dados e, com eles, uma ampliação desta prática.

4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na década de 1960, Cicely Saunders desenvolveu a noção de “dor total”, que quer dizer que, biologicamente, um organismo não funciona de forma independente, ele também precisa dos aspectos psíquicos. A partir daí, é possível integrar o psicólogo nesta atuação, uma vez que, além do orgânico, a dor engloba um valor emocional, social e espiritual. O conhecimento em relação à “dor total” é ampliado em Cuidados Paliativos, visto que, além da dor, há outros sintomas que fazem parte dos fatores psicológicos, como depressão angústia, conflitos, medos, inseguranças, alteração do sono, entre outros (NUNES, 2012).

Na perspectiva da teoria psicanalítica, a doença é interpretada pelo doente através do seu discurso que envolve o seu sistema de afetos e crenças, sendo eles conscientes e inconscientes. Partindo do ponto analisado, a psicanálise oferece a escuta clínica como meio de elaboração das vivências que são associadas ao

adoecimento, trazendo uma contribuição ao paciente de elaboração de uma autoimagem atravessada pelo adoecimento e pelo tratamento (NUNES, 2012).

Destaca-se que o tratamento paliativo não está presente somente na fase final da vida, ele pode acontecer em diferentes âmbitos. Assim sendo, tanto o doente como seus familiares podem ser acompanhados por anos pela equipe interdisciplinar. A relação do paciente com seu familiar ou cuidador pode interferir, de forma positiva ou negativa, no modo de atravessamento do adoecimento, morte e luto. No Cuidado Paliativo um dos aspectos norteadores da equipe é a atenção à família, por isso requer que o psicólogo saiba como manejar ações grupais (NUNES, 2012).

O profissional da Saúde lida constantemente com situações de sofrimento, dor e morte, agregado as dificuldades que ocorrem durante a convivência com o paciente e seu familiar, gerando situações de estresse de difícil resolução. Diferente dos profissionais de outras áreas, o profissional da saúde tem em seu cotidiano a presença da morte. Historicamente, o modo que lidamos com a morte foi se modificando, isso em decorrência dos avanços por parte da medicina e da ciência. Antes a morte era vista como contingência da vida e agora como algo vergonhoso, sendo acompanhada pelos profissionais como sinônimo de fracasso. Outra modificação diz respeito ao local, antes o doente morria em casa, rodeado de seus familiares, agora ocorre em hospitais, UTIs e, muitas vezes, os pacientes estão sozinhos neste momento (KOVÁCS, 2008).

Ao ter a morte como fracasso, a equipe é tomada por sentimento de frustração, desmotivação e impotência, sendo assim extremamente doloroso para o profissional quando não consegue aliviar o sofrimento do paciente ou evitar a morte. Como no Cuidado Paliativo busca-se a qualidade de vida e não o seu prolongamento, a angústia que é gerada no profissional diminui com relação à morte. Por outro lado, o que pode marcar profundamente o profissional em Cuidado Paliativo é a morte do paciente em que não foi possível aliviar os seus sintomas de dor, a jovem idade de alguns pacientes, ou aqueles com quem a equipe criou um forte vínculo (KOVÁCS, 2008).

Para comunicar o diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida ou a morte de um paciente é necessária uma postura da equipe de enfrentamento

de suas questões afetivas e subjetivas. Por isso, a importância de preparar-se para comunicar uma má notícia.

5 COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS

A comunicação na área da saúde é uma ferramenta muito importante. De acordo com Teixeira (1996), o processo de informação e comunicação da saúde influencia na forma que o paciente irá comportar na adesão de medicamentos, na sua adaptação psicológica em relação à doença e na relação com a qualidade do cuidado recebido.

Os profissionais da saúde têm como base a relação humana e convivem diariamente com o sofrimento do outro, por isso, precisam aperfeiçoar as habilidades de comunicação, uma vez que saber o momento e como falar é importante, principalmente, em situações que envolvem a terminalidade (SILVA; ARAÚJO, 2012). Para os médicos é estressante quando se deparam com o momento de dar uma má notícia ao paciente.

Para Buckman (1984), má notícia é qualquer informação que irá mudar drasticamente a forma com que o paciente vislumbra sobre o seu futuro, seja no momento do diagnóstico ou diante da não possibilidade de cura. A expectativa do paciente que irá influenciar, de certa forma, no quão ruim será a notícia.

A tarefa de dar uma má notícia é complexa, porque envolve, para além do componente verbal, um preparo para responder as reações emocionais que os pacientes expressam, assim como os questionamentos dele, dos familiares e as expectativas de cura criada (BAILE et al., 2000).

A atuação do psicólogo na comunicação de uma má notícia pode ocorrer a priori, o que possibilita averiguar como o paciente está reagindo diante do seu quadro de adoecimento e transmitir para a equipe. Ele pode atuar durante a comunicação, auxiliando o médico, ou depois da notícia, validando os sentimentos do paciente (GOBBI, 2020).

Para auxiliar os profissionais da saúde na tarefa de comunicar más notícias aos pacientes, foram elaborados protocolos cujo passo a passo ajuda na elaboração de

uma boa comunicação e aconselhamento (BAILE *et al.*, 2000). Os protocolos aqui abordados serão o *SPIKES* e *PACIENTE*.

O protocolo *SPIKES* tem como objetivo que o profissional consiga abarcar os quatro importantes componentes para que a má notícia seja comunicada de modo satisfatório. São eles: coletar informações do paciente, transmitir as informações médicas, fornecer o suporte ao paciente e obter a colaboração do paciente no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro. Para chegar aos objetivos propostos é necessário que o profissional siga os seis passos que compõem o protocolo *SPIKES*. É importante destacar que, ao comunicar uma notícia, nem sempre é preciso que se passe por todas as etapas, porém, quando necessário, pode-se seguir a ordem (BAILE *et al.*, 2000).

O primeiro passo é o Planejando a Entrevista (S- *Setting Up the Interview*). Esta é a etapa onde o profissional deve treinar a forma que irá falar com o paciente e preparar-se para as emoções que ele possa expressar. É importante atentar-se ao local em que a notícia será dada, procurando sempre o mais privado possível. Também nesta etapa o profissional deve perguntar ao paciente se ele deseja que algum familiar o acompanhe, pois isso pode auxiliar no momento da notícia. Deve preocupar-se com o conforto do paciente e sempre falar olhando nos olhos, escutando o que o paciente tem a dizer (BAILE *et al.*, 2000).

O segundo passo é Avaliar a Percepção do Paciente (P- *Perception*). Investigar o quanto o paciente sabe, para isso pode utilizar de perguntas como: “O que já lhe foi dito sobre a sua situação clínica até agora?” ou “Compreende as razões por que lhe foi pedida uma ressonância magnética?”. A partir desta avaliação o médico tem noção do quanto o paciente sabe sobre a sua doença e, caso tenha alguma informação errada sobre o diagnóstico, pode corrigir e explicar de forma mais clara sobre, assim como pode perceber caso o paciente esteja negando a doença (BAILE *et al.*, 2000).

O terceiro passo é conhecer o que o doente deseja saber (I – *Invitation*). Neste passo será investigado o quanto o paciente deseja saber sobre o diagnóstico e prognóstico da doença ou se prefere que algum familiar tome as decisões por ele, para assim poder seguir para o próximo passo. O quarto passo é Dar Conhecimento e Informação ao Paciente (K- *Knowledge*). Avisar ao paciente que irá lhe comunicar

uma má notícia pode prepará-lo para o impacto que esta irá causar. Nesta etapa é importante atentar para a utilização de um vocabulário simples, sem utilização de termos técnicos e ir utilizando de meios que possam indicar que o paciente está compreendendo o que está sendo transmitido (BAILE *et al.*, 2000).

O quinto passo é Responder Empaticamente às Emoções dos Pacientes (*E-Emoticons*). Um dos maiores desafios ao dar uma má notícia é a resposta às emoções que o paciente expressa, que podem variar do choro, ao silêncio, até a raiva. Neste momento é importante que o médico aja de forma empática e compreensiva, dando tempo ao paciente de expor suas emoções. O sexto e último passo é Estratégia e Resumo (*S- Strategy and Summary*). A ansiedade e a incerteza podem diminuir quando o paciente tem um plano para o futuro. Este é o momento para deixar claro para o paciente que ele não está sozinho, apresentando-lhe um plano de tratamento, sendo ele curativo ou não (BAILE *et al.*, 2000).

Outro protocolo utilizado na comunicação de más notícias é o PACIENTE. Este protocolo foi criado com base no protocolo *SPIKES*, sendo adaptado à realidade brasileira. Ele é composto por sete passos, sendo: P (Preparar), A (Avaliar o quanto o paciente sabe e o quanto ele quer saber), C (Convidar o paciente para a verdade), I (Informar), E (Emoções), N (Não abandone o paciente), TE (Trace uma estratégia) (PEREIRA *et al.*, 2017).

O acréscimo do passo Não Abandone o Paciente, que difere do protocolo *SPIKES*, traz a responsabilidade para o profissional da saúde com o cuidado em relação ao paciente, independentemente de qual for o desfecho final. O paciente tem medo de como a morte ocorrerá e isso pode ser resultado do medo do abandono (PEREIRA *et al.*, 2017). Este passo é muito importante dentro dos Cuidados Paliativos, uma vez que o paciente deseja ser olhado como ser humano e não com o unicamente em sua doença. E, ainda, que deseja compartilhar seus medos e anseios e sentir-se amparado pelos profissionais da saúde (SILVA, ARAÚJO, 2012).

Os protocolos são importantes ferramentas na Comunicação de más notícias, tanto para o profissional, que sofre com seus próprios medos e anseios, quanto para o paciente, que deseja ser amparado e sentir confiança na equipe que está responsável por seus cuidados, principalmente o paciente em Cuidado Paliativo.

6 A ATUAÇÃO E OS DESAFIOS DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para dar início à reflexão sobre o papel da psicologia na comunicação de notícias difíceis será apresentado um caso descrito pela escritora e médica Ana Claudia Quintana Arantes, em seu livro “Histórias Lindas de Morrer” (2020). Ela conta história de P., homem de 40 anos, casado e com um filho de 13 anos, que recebe o diagnóstico de câncer na coluna. Uma vez que se descobre um câncer nos ossos a maioria dos casos já está avançado, ou seja, trata-se de metástase⁴. Por ser testemunha de Jeová, P. não aceitaria receber transfusão de sangue e isso o impediria de realizar a quimioterapia. Sem a quimioterapia P. morreria e foi assim que o paciente chegou ao *Hospice* onde a médica Arantes trabalhava.

O paciente passou a receber Cuidados Paliativos. A médica explicou aos familiares, que inclui o filho de 13 anos, como tudo iria ocorrer. A partir dos cuidados voltados para aliviar a dor, P. apresentou melhoras, porém a doença continuava a avançar. No seu último dia, estavam a esposa e o filho ao lado do leito de P. A equipe queria que retirasse o menino do local, porém, a psicóloga que estava presente explicou para a equipe que aquele menino foi preparado para estar ali com seu pai naquele momento (ARANTES, 2020).

O caso supracitado levanta a questão do olhar da psicologia diante dos acontecimentos, do manejo e do modo como sucederam os fatos. Essa situação poderia ter representado uma grande sobrecarga emocional para a equipe, uma vez que gerou incômodo frente a um cenário de morte com uma criança presente. A presença da psicóloga possibilitou a permanência da criança no local, o conforto e a segurança da equipe. De acordo com Kübler-Ross (2017), a presença de um diagnóstico que ameace a continuidade da vida faz com que percebamos que não somos onipotentes e isso causa desconforto, uma vez que é inconcebível ao nosso inconsciente a morte eminente quando esta trata de nós mesmos.

⁴Metástase é quando há a presença de células cancerosas fora da região do câncer primário. Ela pode ser regional, quando está próxima do local original, ou à distância (MANCINI, 2020).

Um estudo realizado no Hospital do Câncer II, no Rio de Janeiro, traz um levantamento em que os profissionais da saúde retratam que a maior dificuldade é dar na primeira consulta a notícia para o paciente e seu familiar que a doença já se encontra em um estágio avançado e que não há possibilidade de cura e ter que fazer o encaminhamento para cuidados paliativos na rede pública, sabendo que há poucos recursos para ofertar. O estudo possibilitou a compreensão do suicídio entre residentes de medicina e enfermeiros devido ao impacto emocional desencadeado pelo trabalho cotidiano na prática oncológica, em especial, nos residentes do primeiro ano, que ficavam de comunicar as más notícias aos familiares, principalmente os óbitos (BRASIL, 2010).

Dar suporte, acompanhar o paciente, ser empático e aprender junto com ele exige do profissional uma disponibilidade emocional e um preparo que não é ensinado durante a sua formação. Este caminho, por vezes, ocorre de forma solitária e não compartilhada com outros profissionais. Vivenciar situações em que se faz necessário comunicar a um pai ou a uma mãe o óbito de seu filho ou dar a notícia de uma doença grave em uma mulher que está grávida são experiências que causam sofrimentos por vezes intoleráveis, o que acarreta o adoecimento do profissional (BRASIL, 2010).

Alice, uma criança de sete anos, vai visitar seu pai que está completando 53 anos e encontra-se na fase terminal do câncer. Ela chega no *Hospice* (lugar destinado a aliviar o sofrimento e dar qualidade ao final da vida) falando para todos sobre o aniversário de seu pai e como gostaria de ele fosse para casa, mas sabia que o pai estava morrendo. Neste instante, a equipe fica assustada, sem saber o que dizer para a criança, então, ela, como que para acalmar a todos, fala que ele irá ficar bem no céu (ARANTES, 2020). Esta situação é uma de muitas que profissionais da saúde confrontam no dia a dia e que não sabem como suceder diante delas.

Quando a doença está progredindo e o profissional, principalmente o médico, não encontra mais nenhum recurso tecnológico, a falta de preparo para comunicar esta notícia ao paciente e ao familiar acaba gerando falas com falsas promessas de cura, ou comunicações abruptas que podem gerar sérios prejuízos à relação terapêutica. Nessas situações, a necessidade de buscar subsídios que agregam e

foquem no cuidar e não somente no curar, que tanto é ensinado durante a formação profissional, torna-se imprescindível (BRASIL, 2010).

A forma de interação do profissional com o paciente e os laços que são estabelecidos irão favorecer e auxiliar no melhor manejo da comunicação, assim como a interação junto à equipe favorece e propicia um espaço que possa externar de forma conjunta os sentimentos experienciados. Destaca-se ainda a importância dos protocolos que ajudam a comunicar as más notícias, evidenciando o quanto esta gera sofrimento não somente para o paciente e o familiar, mas também ao profissional (BRASIL, 2010).

Em cuidados paliativos a questão do vínculo com paciente e familiares é destacada como aspecto importante, trazendo uma ressalva em relação ao tempo, por muitas vezes, tratar de momento próximo da morte e não tendo o tempo necessário para estabelecer laços de apoio e confiança. E quando o atendimento é domiciliar, esta relação faz-se ainda mais relevante, uma vez que os profissionais estão dentro da casa do paciente, por isso mais vale a qualidade e a sensibilidade da relação estabelecida (BRASIL, 2010).

Na comunicação, o saber ouvir é essencial e ao comunicar uma má notícia. É necessário, primeiramente, saber escutar a si mesmo, seus sentimentos e afetos e entender seus limites para assim ser possível comunicar para o outro de forma clara e responsável. Muitos pacientes criam mecanismos de ilusão quanto ao que é lido no passado para continuar acreditando em possíveis processos de cura e é necessário que o profissional aja de forma empática, respeitando o tempo do paciente (BRASIL, 2010).

A não demora do diagnóstico ou prognóstico em qualquer ocasião é essencial para o sucesso ou fracasso no tratamento e a comunicação se faz ainda mais importante em cuidados paliativos, uma vez que é necessário que o paciente esteja em condições mínimas para entender o que lido é comunicado. Caso contrário, ele irá experimentar de forma invasiva como pode ter ocorrido em todo o seu processo de adoecimento (BRASIL, 2010).

Diante das dificuldades em aceitar uma notícia dolorosa, a recusa como defesa ao que é comunicado pode ser um mecanismo usado pelo paciente e seus familiares.

Uma situação apresentada para exemplificar é de uma filha que não deixava a equipe falar para a paciente e para os outros familiares que a mãe não tinha a possibilidade de cura. Esta filha passou a criar um incômodo na equipe, uma vez que o atendimento era domiciliar e tinha medo de que alguém falasse sobre uma informação que era restrita a ela. A situação criou um impasse diante da equipe, que discutiu o caso, assim pôde notar a necessidade de escutar esta filha. A partir disso, os profissionais criaram meios para que ela pudesse enfrentar seus medos e receios e assim, junto a equipe e a todos os familiares, foi realizada uma conversa franca e aberta entre todos (BRASIL, 2010).

Foi observada, através do relato, a importância da fluidez da comunicação entre a equipe e os familiares, destacando o quanto a comunicação está para além de uma questão racional. O aspecto afetivo na comunicação é fundamental, mas o profissional não pode deixar-se invadir por esta comoção e ficar no estado de negação junto ao paciente, é necessário que ele tenha clareza e saiba dar os passos corretos nesta jornada (BRASIL, 2010).

Um aspecto importante a ser destacado é o de discutir e compartilhar as informações. O médico é o primeiro a saber do diagnóstico e, ao compartilhar com a equipe, passa a dividir o peso emocional que esta acarreta. A presença de um outro profissional da saúde, como o(a) psicólogo(a), faz-se necessária para trazer segurança e suporte ao médico no momento da comunicação da notícia, assim como ao paciente e ao familiar.

Estar diante do adoecimento de uma criança ou adolescente afeta os profissionais porque os leva a revisitar de forma mais primitiva as primeiras experiências de perda e desamparo, assim como os coloca diante do representacional de sua infância. A temática sobre a morte desperta experiências intensas, uma vez que deparamos com nossa própria finitude. Portanto, ter uma atitude empática e a presença da equipe, incluindo o profissional da psicologia, irá auxiliar na trajetória vivenciada (BRASIL, 2010).

Para comunicar uma notícia difícil a uma criança é necessário tempo e uma linguagem adequada. Já com adolescente é necessário falar de forma franca e clara, dando autonomia a este jovem. Um relato clínico apresenta uma jovem que começou

o tratamento com 14 anos e o médico e os familiares ficaram em um impasse angustiante em falar da amputação da perna com ela. Foi necessário que a própria jovem falasse por meio de uma carta sobre sua decisão de amputar e isso só foi possível porque a jovem estava em acompanhamento psicológico e foi instruída, pela profissional que a acompanhava, a escrever esta carta (BRASIL, 2010).

As situações que envolvem o adoecimento de criança ou adolescente vêm acompanhadas de culpa, angústia, medo e raiva que, muitas vezes, são projetadas no médico que está acompanhando aquele paciente. O desamparo da família e da equipe precisam ser elaborados e para isso o profissional da psicologia poderá contribuir, tanto por meio de um apoio em grupo, como de forma individual. Este acompanhamento é feito durante o adoecimento e após a perda, fazendo-se necessário, muitas vezes, acolher a família durante o período de luto (BRASIL, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes diagnosticados com uma doença que ameaça a continuidade da vida experimentam momentos de intensa sobrecarga, assim como os profissionais e os familiares que os acompanham durante esta trajetória. Muitos casos chegam no consultório médico em fase avançada da doença e isso acarreta numa sobrecarga emocional que é fruto de um desamparo por não encontrar cura da doença. A forma como é falado e o modo que o profissional da saúde irá lidar neste primeiro momento do diagnóstico são cruciais para a trajetória deste paciente e sua adesão ao tratamento (BRASIL, 2010).

O desgaste físico e emocional dos profissionais da saúde é grande, uma vez que eles acompanham desde o diagnóstico da doença, o tratamento e quando há recidiva, na comunicação quando não tem possibilidade de cura, até o óbito do paciente. O estresse acarreta sofrimento e, muitas vezes, no adoecimento mental deste profissional e traz prejuízo na qualidade da assistência prestada ao paciente. Antes de cuidar, o profissional da área da saúde tem que pensar no autocuidado (BRASIL, 2010).

A modo como é falado, assim como os protocolos, irão auxiliar no momento de dar um diagnóstico que irá alterar o curso de vida do paciente e de seus familiares, vale ressaltar a importância da presença de um profissional da psicologia para dar suporte e apoio. É necessário levar em consideração que cada indivíduo é único, por isso, cada comunicação terá uma resposta e um tipo de manejo.

O despreparo que é encontrado por parte dos profissionais diante da comunicação de uma notícia difícil aponta para a relevância de mais publicações de artigos científicos e do diálogo com profissionais de outras áreas, como da psicologia, para uma melhor abordagem ao falar com o paciente e seu familiar.

REFERÊNCIAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O que são Cuidados Paliativos**. 2022. Disponível em: < <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>> Acesso em: 1 maio 2022.

ANGERAMI-CAMON, V.A; TRUCHARTE, F.A.R; KNIJNIK, R.B. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 2001.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Histórias lindas de morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

BAILE, WK; Buckman R; Lenzi R, *et al*. **SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer**. *Oncologist*.v.5, 4 ed., p.302-311, 2000. Disponível em: < <https://academic.oup.com/oncolo/article/5/4/302/6386019?login=false>> Acesso em: 21 maio 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de câncer. Coordenação geral de gestão assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf>. Acesso em: 01 maio 2022.

BICHO, Débora João Figueiredo. **Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde**. Mestrado em Psicologia (Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade de Évora. Évora, 2013. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15365/1/Comunica%C3%A7%C3%A>

3o%20de%20M%C3%A1s%20Noticias%20em%20contextos%20de%20Sa%C3%B Ade.pdf> Acesso em: 22 maio 2022.

BUCKMAN, R. **Breaking bad news**: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, n.288, p.1597-1599, 1984. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>> Acesso em: 21 maio 2022.

GOBBI, Malena Batecini. Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 9. p. 66-69, 2020. Disponível em: < <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/213/199>> Acesso em: 22 maio 2022.

KOVÁCS, Maria Julia. **Cuidando do cuidador profissional**. In: CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Cuidado paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Cremesp, 2008. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf> Acesso em: 1 maio 2022.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. 10 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

MALEK, J.; BIBLER, T.M; CHILDRESS, A.M, *et al.* **Critical Conversations**: Say This, Not That. *Journal Chest*. v. 158, 3 ed. 2020. Disponível em: < <https://journal.chestnet.org/action/showPdf?pii=S0012-3692%2820%2930781-9>> Acesso em: 17 de out 2022.

MANCINI, Natália. Câncer com metástase pode ser tratado. **Revista ABRALE online**. 2020. Disponível em:< <https://revista.abrale.org.br/metastase-pode-ser-tratada/>> Acesso em: 11 out 2022.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos**: conceitos, fundamentos e princípios. IN: ABCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 1 maio 2022

NUNES, L. V. **O papel do psicólogo na equipe**. In: ABCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 1 maio 2022

OMS: Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Paliativos**, 2020. Disponível em: < <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>> Acesso em: 1 maio 2022.

PEREIRA, C. R.; Calôgeno, M. A. M.; Lemonica, L.; Barros, G. A. M. The P-A-C-I-E-N-T-E protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Rio de Janeiro, v. 1, n.63, p 43-39, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZsJ6YRHdDq64ygzZbqhzwrN/?lang=en> > Acesso em: 21 maio 2022.

PINTO, Cristhiane da Silva; BORSATTO, Alessandra Zanei; VAZ; Danielle Copello; SAMPAIO, Simone Garruth dos Santos Machado. Teleatendimento Ambulatorial em Cuidados Paliativos Oncológicos: Quebrando Paradigmas e Transformando a Realidade Atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.67, n.3.2021. Disponível em: < <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1732/1319> > Acesso em: 9 nov 2022.

RODRIGUES, L.F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2 ed. 2012. Disponível em:< <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. >Acesso em: 10 de out. 2022.

SANTOS, Rayanna Souza; FILHO, Carlos Augusto Moura Santos. **Atendimento ambulatorial ao paciente paliativo**: a disparidade regional. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1824-1828, 2019. Disponível em: < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1470/1564> > Acesso em: 7 nov. 2022.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: ABCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> > Acesso em: 1 maio 2022

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar**: o mapa da doença. 8 ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2018.

TAQUEMORI, Laís Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. **Cuidado paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Cremesp, 2008. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf > Acesso em: 1 maio 2022.

TEIXEIRA, R. **Comunicação em saúde**. Relação Técnicos de Saúde - Utentes. Notas Didáticas, p. 615-620. 1996. Disponível em: < https://www.saude.sp.gov.br/resources/sucen/homepage/outros-destaques/jornada-a-distancia/comunicacao_em_saude.pdf > Acesso em: 22 maio 2022.