

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A MÁ NOTÍCIA: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA*

HEALTH POROFSSIONALS AND THE BAD NEWS: study about the perception of the bad news from the viewpoint of health professionals in São Luís/Ma

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA MALA NOTICIA: estudio sobre la percepción de la mala noticia desde el punto de vista de los profesionales de la salud en São Luís/MA

*Elba Gomide Mochel
Ericka Letícia Lima Perdigão
Marina Belchior Cavalcanti
Wildoberto Batista Gurgel*

Resumo: Estudo sobre a percepção da definição, responsabilidade e competências envolvidas com o anúncio de más notícias na ótica dos profissionais de saúde. Pretende-se tipificar a percepção que os profissionais de saúde têm sobre o fenômeno compreendido como má notícia. Analisou-se, a partir da ótica fenomenológica, a resposta de 60 profissionais de três unidades de saúde, envolvendo as três complexidades e os setores público e privado. Os resultados foram significativos e nos mostraram que os profissionais indicam que a formação para lidar com comunicação de más notícias é muito importante, embora reconheçam que dela carecem. Pareceu-nos que lidar com a morte e o morrer é a questão que mais desafia a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares. A pesquisa pode não ser conclusiva, mas nos oferece um embasamento para a discussão sobre o tema.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. Comunicação. Má notícia. Percepção.

Abstract: Study on the perception of the definition, responsibilities and competence involved with the announcement of bad news from the viewpoint of health professionals. It is intended to typify the perception that health professionals have about the phenomenon understood as bad news. It was analyzed from phenomenological viewpoint, the response of 60 professionals from three health units, involving the three complexities, and public and private sectors. The results were significant and showed that the professionals suggest that training to deal with communicating bad news is very important, however recognize that they lack it. It seemed to us that to deal with death and dying is the issue that most challenges the communication between professionals, patients and families. The research can not be conclusive, but provides a basis for discussion on the topic.

Keywords: Health Professionals. Communication. Bad News. Perception.

Resumen: Investigación acerca de la percepción de la definición, las responsabilidades y las obligaciones necesarias con el anuncio de malas noticias desde el punto de vista de los profesionales de la salud. Su objetivo es caracterizar la percepción que los profesionales de la salud han comprendido del fenómeno conocido como mala noticia. Se analiza desde la fenomenología, la respuesta de 60 profesionales de tres unidades de salud, con la participación de los tres grados de complejidad, y los sectores público y privado. Los resultados fueron significativos y demostró que los profesionales sugieren que el entrenamiento para hacer frente a la comunicación de malas noticias es muy importante, al tiempo que reconoce que lo necesitan. Nos pareció que lidiar con la muerte y el morir es la cuestión más difícil en la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares. La investigación no puede ser concluyente, pero proporciona una base para el debate sobre el tema.

Palabras clave: Profesionales de la Salud. Comunicación. Malas Noticias. Percepción.

1 INTRODUÇÃO

Cedo ou tarde qualquer um de nós poderá se encontrar em uma situação na qual terá que anunciar para outra pessoa algo que não gostaria de lhe dizer. Mas, talvez isso seja uma exceção na nossa vida. No entanto, existem muitos profissionais para os quais anunciar *más notícias* faz parte da sua rotina. Dentre esses, destacamos os da saúde, sem com

isso querer preterir os demais, apenas porque sobre eles recaem, há muito tempo, obrigações para o exercício dessa prática.

Má notícia, tal como definiu Buckman (1992), um dos pioneiros do assunto, é todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um de seus agentes (emissor ou receptor), especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar enfermidades. Em função disso, têm-se criado formas impessoais ou anônimas, além de comportamentos verbais que funcionam como atenuadores do

* Artigo recebido em novembro 2010
Aprovado em dezembro 2010

comportamento alheio, tais como: lamento informar que..., não é culpa minha que..., apesar de..., sinto muito, mas... Tais formas têm graus de intensidade diferenciados conforme são os valores que se atribuem ao conteúdo da mensagem: a recusa a um convite, a suspensão de um benefício, o término de um relacionamento, uma demissão, o diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura, o falecimento de um ente querido. No entanto, a coisificação da sensação pelo conteúdo da mensagem não é de todo verdadeira, pois, o que o emissor sente como uma mensagem desconfortável pode não coincidir com a sensação do receptor. Assim, não é o conteúdo da mensagem em si, mas a experiência anterior com esse tipo de mensagem, bem como com a forma do anúncio, o momento em que ele é feito e as consequências que pode produzir que, geralmente, leva-nos a valorar como *má* esse tipo de notícia.

Preocupada com isto, já na Idade Média, como nos mostra Ariès (2003, p.146), a Igreja Cristã criou um ministério chamado *nuncius mortis*, cujo objetivo era o de informar ao moribundo sobre o seu estado: o de que a morte se aproximava e que ele precisava se preparar para seus últimos dias. Confiado ao médico, esse ministério era, na verdade, a criação de normas protocolares que procuravam estabelecer rotinas ou paradigmas para esse tipo de anúncio, transformando-o em uma obrigação profissional e um direito religioso, do ponto de vista das *Ars Moriendi*¹. Dessa forma, quando anunciado corretamente e no tempo certo – mesmo uma *má notícia* como a proximidade da morte – permitia ao moribundo tomar algumas decisões e se manter, na medida do possível, no controle da situação. Isso porque, como um provérbio que passou de gerações a gerações, “a pessoa que sabe quando vai morrer toma as suas providências”.

Apesar de esse ministério nunca ter deixado de existir oficialmente, desde o final do século XIX, com o movimento conhecido como *medicina moderna*, ele foi posto de lado, visto que, como narrou Ariès (2003), os médicos pertencentes àquele movimento deixaram de exercê-lo passando-o para a família, que também se nega a fazê-lo. E, deixando de exercer o anúncio de diagnóstico ou prognóstico de terminalidade, os médicos deixaram também de anunciar todos os outros, evitando causar dor e sofrimento aos pacientes (terminais ou não) motivados por uma crença de que essa consciência lhes seria prejudicial e racionalmente evitável.

Nesse sentido, tais contingências têm feito da *má notícia* uma obrigação de ninguém, e, do direito à informação, uma prática em desuso, o que tem produzido gerações sucessivas de pacientes que são obrigados a conviver com uma *conspiração silenciosa*, nas palavras de Ariès (2003), da qual o paciente também se vê obrigado a compactuar. Pois, por um lado, interdita-se a comunicação com o paciente (especialmente o moribundo) sobre seu diagnóstico e prognóstico e, algumas vezes, sobre qualquer outro tipo de assunto como forma de não aumentar o sofrimento, por outro lado, o paciente também percebe esse silêncio e dele participa, como forma solene de sofrer sem perturbar os seus familiares. Em ambos os casos, admite-se perfeitamente a tomada de decisões terapêuticas sem conhecimento e consentimento do paciente, que fica completamente à mercê do médico e dos seus familiares.

Essa prática é, talvez, uma herança da própria tradição hipocrática – diga-se de passagem, a tradição dominante, mas não a única na história da medicina –, para a qual médico e familiares são os verdadeiros responsáveis pelo paciente, aos quais esse deve docilmente se submeter. Esse modelo tem sido nomeado de *paternalista*, cuja propriedade fundamental é a de que o médico deve procurar fazer o melhor pelo paciente, mesmo que para isso desconsidere a sua consciência ou a sua vontade, uma vez que o foco da *medicina moderna* seria a cura da doença, nem tanto do doente.

O *paradigma paternalista* tem implicações éticas que aparecem na ordem do dia sob duas questões, como aponta Pessini (2001) e Adorno (2004): a do respeito à autonomia do paciente e a do deslocamento do foco da doença para a pessoa doente. A primeira coloca a questão da interação dialética entre profissional de saúde e paciente, o que evoca alterações conceituais das mais diversas ordens, inclusive na nomenclatura paciente. A outra coloca a questão dos limites da prática terapêutica, revisando os modelos médicos apontados por Bacon (1924), em *medicina paliativa*, *medicina curativa* e *medicina terminal*, especialmente nessa última, cujo foco era a luta do médico contra a morte do paciente. Inclui-se, recentemente, conforme Gurgel (2008) defendeu, a *medicina paliativa* com foco voltado para a qualidade de vida terminal, não para o seu prolongamento.

Tais questões têm exigido dos profissionais de saúde novas condutas, o que vem enfraquecendo o *paradigma paternalista*, especialmente nos países capitalistas centrais, permi-

tindo-nos dizer que ele já entrou em processo de extinção naqueles países.

Mesmo assim, o que se observa, especialmente nos países capitalistas periféricos, é uma resistência do *paradigma paternalista*, que segundo Pessini (2001), Adorno (2004) e Aydin (2004), porta um rol de justificativas envolvendo a responsabilização sobre o paciente (não está preparado ou não tem condições cognitivas, etárias ou clínicas para recebê-la), sobre o profissional (não se sente o responsável ou preparado para fazê-lo), sobre a família (não tem estrutura ou não quer lidar com a *má notícia*), sobre o ambiente (não há lugar adequado), ou mesmo sobre a ocasião (não é o momento certo). No entanto, o que talvez elas realmente escondam seja a falta de *habilidade profissional* para lidar com esse tipo de questão, respondendo à situação aversiva com comportamentos de fuga ou esquiva.

Justamente por isso, questiona-se até que ponto os *hábitos* desses profissionais não são uma *generalização* das suas *habilidades* para lidar com esse tipo de situação fora do ambiente profissional. Não estariam eles apenas reproduzindo respostas a que foram habituados a dar, com eventos aversivos, diante de situações cotidianas com as quais se deparam? Seria uma limitação no seu *repertório comportamental*, decorrente do *afastamento acadêmico* com as questões tautológicas, como aponta Silva (2004)? Seria uma *consequência* dos *esquemas de reforçamento* que permitem a substituição de modelos profissionais por modelos não profissionais apreendidos em outros ambientes (domiciliar e religioso) e depois *generalizados*? Por isso, é muito importante saber quais são os *estímulos* que se *emparelham* para produzir esse tipo de comportamento. Onde e como eles foram apreendidos e quais são suas *contingências*. Do mesmo modo, é bom saber quais são as *contingências* ou os *esquemas de reforçamento* que contribuem para o estabelecimento desse *paradigma* como modelo operante nesse meio. Sabedores disso, podemos propor meios que possam auxiliar tecnicamente a construção de procedimentos operacionais padrão para a implementação de normas protocolares de anúncio da *má notícia* em conformidade com os princípios da ética e do direito contemporâneos.

Esses questionamentos nos conduziram a investigar quais os significados do anúncio da *má notícia* para os profissionais envolvidos com esse processo, desde o que eles compreendem como sendo a pior *má notícia* (tanto na condição de emissor quanto de receptor) até a quem eles atribuem essa obrigação. O mais importante nessa pesquisa não foi coletar dados, mas

oferecer a esses profissionais momentos de reflexão sobre uma obrigação deontológica que tem sido prejudicada e causado danos irreparáveis aos usuários, graças à ausência de habilidades profissionais para lidar com o assunto.

2 DELIMITAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, baseada no método fenomenológico, em que se analisou alguns dos significados da *má notícia* para os profissionais de três unidades hospitalares em São Luís/MA, duas públicas (uma de alta complexidade e outra de urgência e emergência) e uma privada (de baixa e média complexidades). Essas unidades foram selecionadas por serem as unidades com o maior fluxo de pacientes/dia na capital. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP/HU-UFMA), sob o Protocolo nº 613/2008.

Considerando-se a amostragem por ocasião, foram aplicadas entrevistas com questões semi-estruturadas durante o mês de dezembro de 2009 aos profissionais que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As questões formuladas foram: Qual a pior má notícia para anunciar? Qual a pior má notícia para receber? Qual é o profissional mais qualificado para fazer esse tipo de anúncio e por quê?

Todas as respostas foram agrupadas em categorias, por proximidade de sentido, e submetidas à análise fenomenológica para a qual se aplicou a *redução eidética* com o propósito de verificar a construção dos seus significados. Por *redução eidética*, tal como definiu Husserl (2008), compreende-se o segundo processo da *redução fenomenológica*, aquele no qual o objeto isolado (no caso, a *má notícia*) é reduzido à sua *ideia noética*: o que os sujeitos acreditam sê-la. Isso quer dizer que a experiência de cada um acerca da *má notícia* é trazida à fala e colocada em um mesmo nível experimental: o da construção subjetiva de uma idealidade do que se admite verbalmente como consciência do sentido atribuído ao fenômeno (no caso, à consciência que se tem – ou se diz ter – da *má notícia*).

Na *redução eidética*, os elementos empíricos da observação e vivência subjetivas são subsumidos, ou reduzidos, na *essência da ideia*, materializada agora sob a forma de um conceito: o que é a *má notícia*. Essa subjetividade materializada faz a travessia

do plano do vivido ao plano da fala percebido na consciência. Esse percebido revela como essa consciência apreende o fenômeno em seu mundo: quem é o profissional mais capacitado para essa forma de anúncio. Contudo, a percepção fenomênica da *má notícia* não é somente a dos seus sujeitos, enquanto agentes, mas, igualmente da visão de como cada um desses sujeitos se percebe e percebe os outros com os quais ele é, no mundo: porque esse é o profissional mais capacitado para fazer esse anúncio.

A *síntese intelectual* dessas respostas nos remete a um *significado essencial* ou *eidético* da compreensão subjetiva do fenômeno *má notícia* na ótica dos profissionais de saúde entrevistados, a partir do seu mundo, no momento histórico em que foram entrevistados. No entanto, ela não delimita esse significado. Ao contrário, abre a perspectiva discursiva que nos remete a outros cruzamentos, a outras experiências capturadas com o mesmo intuito.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 60 profissionais, coincidentemente, 20 em cada unidade, incluindo profissionais de todos os turnos e de diversas áreas. No setor privado, dos 20, 10 eram médicos, 04 enfermeiros, 01 psicólogo, 01 cirurgião dentista, 01 bioquímico e 03 auxiliares de enfermagem; no setor público de alta complexidade, 05 eram médicos, 11 enfermeiros e 04 assistentes sociais; e, no setor público de atenção de urgência e emergência, 06 eram médicos, 06 enfermeiros, 04 assistentes sociais, 01 psicólogo, 02 terapeutas ocupacionais, 01 fisioterapeuta.

A idade dos entrevistados variou entre 19 e 59 anos, com concentração na faixa etária de adultos jovens e prevalência do sexo feminino (65%). Dos entrevistados, 91,66% acusaram não possuir nenhuma formação tanatológica ou equivalente, apesar de o item formação ter sido o mais destacado para justificar a competência do profissional escolhido para anunciar a má notícia.

As questões indagadas podem ser assim agrupadas:

3.1 Qual a pior má notícia para anunciar?

Quando se perguntou *Qual a pior má notícia para anunciar?*, a resposta mais frequente no setor privado, com 60%, foi morte do paciente, seguida de notícias como diagnóstico de doença terminal (35%), e amputação (5%), conforme observamos no gráfico 1.

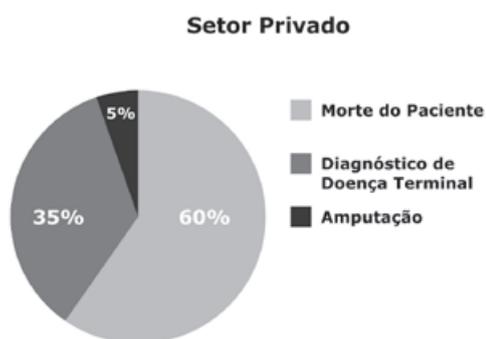


Gráfico 1 - Qual a pior má notícia para anunciar na ótica dos profissionais de saúde do setor privado em dezembro de 2009

Nos setores de urgência/emergência e no de alta complexidade, a resposta "anunciar a morte" recebeu o maior número de indicações, sendo 58% no primeiro setor e 75% no segundo. A sequência no primeiro setor é 21% para morte do paciente, 11% para morte na família, e com 5% cada um, apareceram doença terminal, amputação e não sabe. No setor de alta complexidade, a sequência é completada com 10% para mau prognóstico infantil e 5% para doença terminal e morte do paciente, cada.

Setor Urgência e Emergência

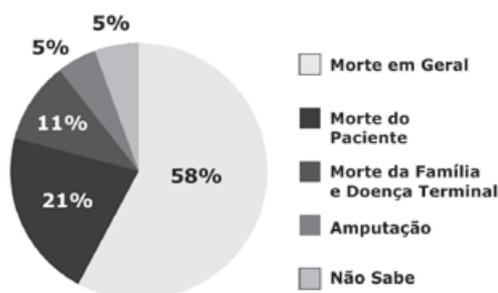


Gráfico 2 - Qual a pior má notícia para anunciar na ótica dos profissionais de saúde do setor de Urgência/Emergência em dezembro de 2009

Setor Alta Complexidade

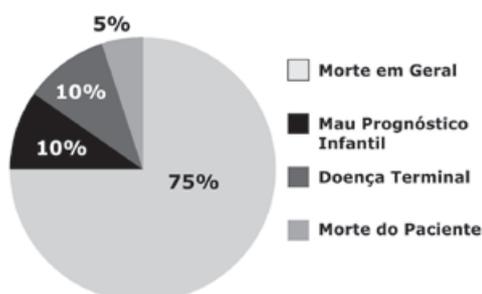


Gráfico 3 - Qual a pior má notícia para anunciar na ótica dos profissionais de saúde do setor de Alta Complexidade em dezembro de 2009

3.2 Qual a pior má notícia para receber?

A questão *Qual a pior má notícia para receber?* recebeu como destaque em todos os setores a

resposta morte na família, com 45% no serviço de alta complexidade, 60% no setor privado e 70% no serviço de urgência/emergência. Doença terminal (30%), má formação do feto (5%) e amputação (5%) completam o quadro do setor privado.

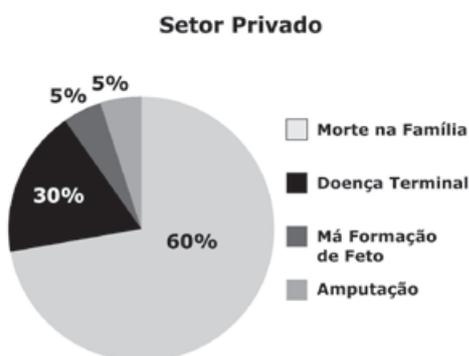


Gráfico 4 - Qual a pior má notícia para receber na ótica dos profissionais de saúde do setor de Privado em dezembro de 2009

No serviço de urgência/emergência, destaca-se morte de alguém próximo (20%), morte (5%) e não sabe (5%).

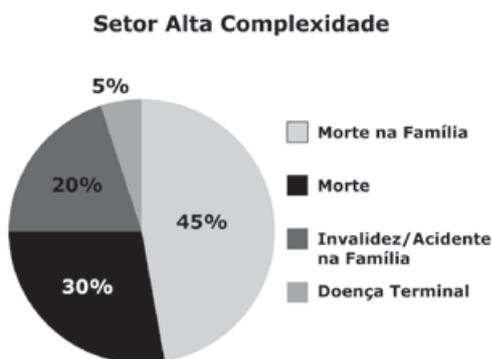


Gráfico 5 - Qual a pior má notícia para receber na ótica dos profissionais de saúde do setor de Urgência/Emergência em dezembro de 2009

Na alta complexidade, esse quadro se completa com morte (30%), invalidez e acidente na família (20%, cada), e morte de pessoa querida e doença terminal (5%, cada).

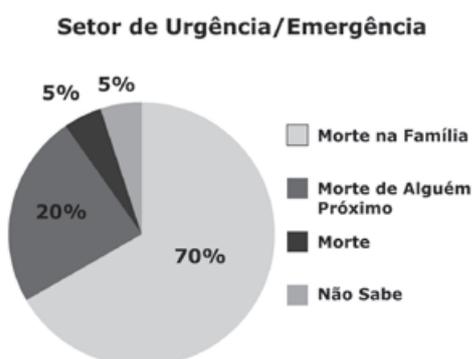


Gráfico 6 - Qual a pior má notícia para receber na ótica dos profissionais de saúde do setor de Alta Complexidade em dezembro de 2009

3.3 Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e por quê?

A última pergunta, *Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e por quê?*, obteve como resposta no setor privado que o vínculo deve ser o item mais considerado, com 75%, na hora de se escolher o médico para anunciar a má notícia. Essa escolha foi seguida pelos itens formação/preparação, com 20%, e dever profissional, com 5%.

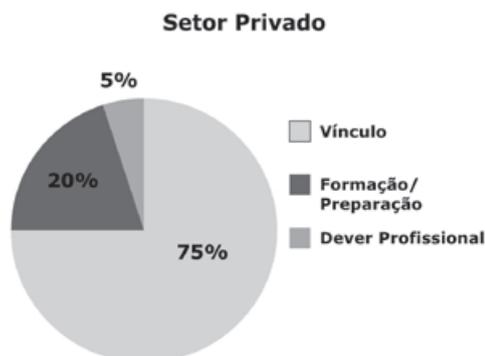


Gráfico 7-Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e o porquê na ótica dos profissionais de saúde do setor Privado em dezembro de 2009

O setor de urgência/emergência destacou que deve ser a formação, com 57%, o critério para a escolha do médico como o profissional para anunciar más notícias. Outras respostas nesse setor foram: vínculo (29%), dever (4%), equipe (7%) e nenhum (4%) (Gráfico 8). O mesmo critério formação, com 59%, foi também o escolhido pela alta complexidade, só que atribuída ao psicólogo, como profissional escolhido para o anúncio de más notícias. Completam a lista, vínculo (27%), quem estiver na rotina (5%), e nenhum (9%).

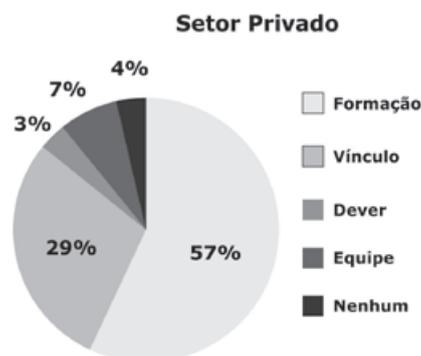


Gráfico 8 - Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e o porquê na ótica dos profissionais de saúde do setor de Urgência e Emergência em dezembro de 2009

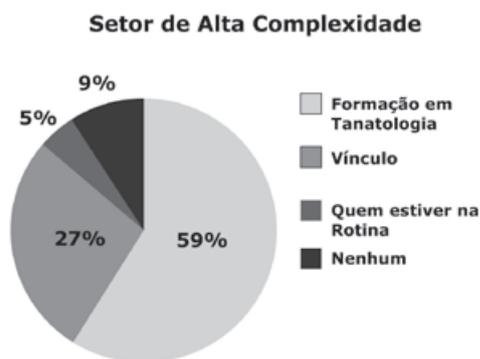


Gráfico 9-Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e o porquê na ótica dos profissionais de saúde do setor de Alta Complexidade em dezembro de 2009

4 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE ESSES RESULTADOS

A última questão *Qual é o profissional mais capacitado para anunciar a má notícia e por quê?* obteve como principal resposta, nos setores privado e público de urgência/emergência, o médico, seguido dos enfermeiros. Já no setor público de alta complexidade houve prevalência do psicólogo, seguido da resposta qualquer um profissional. Merece destaque aqui a autoconfiança dos médicos do setor privado que apontaram unanimemente a si mesmos como o profissional mais competente para esse anúncio, situação inversa aos da alta complexidade na qual apenas um dentre os médicos assinalou essa opção. Observa-se, contudo, que se cruzarmos essa informação com a questão sobre quem recebeu preparo para lidar com a má notícia, só encontraremos um médico no setor privado com essa resposta afirmativa, ao passo que temos dois no de alta complexidade.

Esse cruzamento, somado ao fato de que não se observou nenhum protocolo ou norma institucional voltada para esse tipo de procedimento, nos autoriza a questionar a qualidade desse anúncio. Por outro lado, percebe-se que está entre os enfermeiros da unidade de alta complexidade o maior número daqueles que receberam formação específica para lidar com essa questão, contudo, a falta de confiança em anunciar *más notícias*, nos autoriza a questionar a qualidade dessa formação, especialmente para a construção de habilidades profissionais, mais do que coletar informação teórica.

Ressalta-se, ainda, que a importância dada à formação (do médico ou do psicólogo) como justificativa para a sua escolha como profissional mais capacitado para assumir o papel do que Ariès (2003) chamou de *nuncius*

mortis, não pode ser compreendida isoladamente. Questões como humanização, vínculo e acolhimento apareceram como termos correlatos à qualidade dessa formação. Assim, trata-se menos de uma formação acadêmica que de uma habilidade social para saber acolher o sofrimento alheio. Ou seja, na ausência de habilidades profissionais (o que estaria ligado à existência de normas protocolares), as habilidades sociais presumidas a certas profissões (especialmente aquelas nas quais a carga horária de disciplinas da área de humanas é mais acentuada, como a psicologia) ou a certas pessoas (alguém que tenha adquirido tais habilidades em outros espaços de convivência, como igreja, família, outros empregos) são evocadas como substitutos legítimos para tal missão.

A pesquisa mostra, portanto, que boa parte da dificuldade para anunciar *más notícias* está na própria falta de habilidades para fazê-lo, não no anúncio em si. O profissional se vê envolvido em um dilema para o qual não encontra respostas no seu repertório de habilidades sociais ou profissionais, tornando-as maiores e mais problemáticas. Notamos perguntas durante a entrevista que nos apontam nesse sentido. Alguns perguntavam: Como dizer a esse paciente tão jovem que tem leucemia? Como dizer a um amigo que tanto gosto que tem uma doença incurável? Justamente por isso, é bastante comum que tais profissionais fujam ou se esquivem dessa obrigação. Um dos médicos do setor de alta complexidade assinalou: "é mais fácil ocultar a verdade. Para que dizer se em dois ou três meses morrerá?".

A síntese das dificuldades envolvem vários fatores, dentre os quais destacamos:

4.1 Fatores sociais

A maioria das culturas ocidentais tem como princípios básicos a juventude, a saúde e a riqueza e aqueles que não reúnem esses princípios são marginalizados: velhos, enfermos e pobres. Quando dizemos a um paciente que está doente de algo, estamos dizendo que seu valor social está diminuindo. Essa sensação é ainda mais dolorosa quando a *má notícia* implica em risco de morte.

4.2 Fatores do paciente

É muito difícil estimular o impacto de uma enfermidade em um paciente. Muitos pacientes assumem com total naturalidade doenças que para nós seriam tremendas.

Pode-se afirmar que a concepção de *má notícia* registrada entre os profissionais de saúde é coerente com aquela que aparece na literatura especializada. Como já assinalamos, Buckman (1992) a define não pelo seu conteúdo, mas pelo tipo de sensações desagradáveis que produz em um de seus agentes. O que o emissor sente como uma mensagem desconfortável pode não coincidir com a sensação do receptor. Um ataque isquêmico transitório, por exemplo, pode ser uma mensagem desconfortável para o médico, mas não para o paciente, que poderia temer algo pior. Ou, do contrário, o costume de diagnosticar doenças crônicas como hipertensão, diabetes, colesterol elevado, entre outras, pode levar o médico que o faz com muita frequência a não sentir nenhum incômodo nisso, ao passo que o paciente pode senti-lo como uma catástrofe em sua vida. Assim, não é o conteúdo da mensagem em si mesmo, mas a experiência anterior com esse tipo de mensagem, bem como com a forma do anúncio, o momento em que ele é feito e as consequências que pode produzir que nos leva a valorar como *má* esse tipo de *notícia*.

Em outras palavras, a *má notícia* como um evento isolado, associado exclusivamente ao conteúdo do diagnóstico, do prognóstico ou das possibilidades terapêuticas, é algo que não existe. Ela só é valorada como má em consequência das emoções que produz nos agentes envolvidos, que por sua vez estão associadas à situação na qual e como é anunciada, bem como à história de vida que esses agentes têm com o conteúdo dessa mensagem

4.3 Fatores do médico

Medo de causar dor

As *más notícias* podem causar dor e os médicos sabem disso. Como eles foram, digamos *educados*, para aliviar dores e seus sintomas, estão preparados para atuar sobre essas situações quando provocadas em ambiente sob controle ou decorrentes de procedimentos nos quais a dor pode ser esperada e, inclusive mensurada, mas atenuada ou controlada por meio de anestésicos ou analgésicos, como ocorre após os procedimentos cirúrgicos. Lamentavelmente, não existem anestésicos para o alívio da dor provocada por uma *má notícia*, nem uma escala de mensuração ou formas imediatas de controle. Mesmo que se

recorram às formas impessoais ou anônimas para emití-las, além daqueles *comportamentos verbais* que tentam funcionar como atenuadores, expressos ou não em protocolos, o fato é que uma *má notícia* produz comportamentos inesperados e nem sempre coerentes com as nossas habilidades de ajuda.

Medo de ser culpado

Em geral, as pessoas encontram dificuldade em enfrentar uma *má notícia* e tendem a personalizá-las em outra pessoa (geralmente quem anuncia), e descarregam sua ira contra essa pessoa. A associação mensagem/mensageiro pode ser um estigma que recai não só sobre a profissão, mas sobre a própria pessoa que a exerce, de modo que encontramos em alguns profissionais temores de serem vítimas de reações aversivas provocadas pelo conteúdo da mensagem. Levando-se em conta as narrativas dos lugares nos quais tais profissionais foram entrevistados, esse temor não é injustificado.

Medo da falta de terapêutica

Nos últimos anos, os avanços nas técnicas de diagnóstico e tratamento criaram a ilusão de que existe uma saída para todos os males e assim, de algum modo, nega-se a possibilidade de morte. A falta de terapêutica, então, significa fracasso. Esse acontecimento é conhecido pelo termo *obstinação terapêutica* que pode ser, conforme Pessini (2001, p.30-31, 2003, p.390), uma tradução do francês *l'acharnement thérapeutique*, mais de uso europeu, introduzido provavelmente no anos cinquenta por Debray. Já outros termos tais como futilidade médica [*medical futility*], tratamento fútil [*futile treatment*] ou simplesmente futilidade [*futility*] são mais de uso norte-americano. É o caso, por exemplo, de Doyle (1952, p.1106), que falou em *terapia médica fútil* [*futile medical therapy*], no sentido de que os médicos de sua época gostavam mais da mesa cirúrgica do que da sala de diagnóstico. No entanto, para Pessini (2001, p.30-31), eles são sinônimos e descrevem a mesma realidade: a prática da distanásia, ou o emprego de "[...] tratamento fútil e inútil, que tem como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento".

Medo do desconhecido

A equipe de saúde é instruída para seguir procedimentos convencionais, existindo guias de tratamento do coma ao diabetes. Entre-

tanto, poucos profissionais da saúde recebem instrução formal de como abordar o problema de comunicar *más notícias*. E, mesmo que já existam protocolos reconhecidos e recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o proposto por Buckman (1992) e Baile *et al.* (2000), conhecidos como Protocolo Buckman e Protocolo SPIKES (um anagrama para os seus seis passos), tais protocolos não se retiram o aspecto inusitado das reações humanas diante de uma *má notícia*.

Medo de expressar emoções

Os profissionais da saúde (particularmente os médicos) têm dificuldade em expressar sentimentos. Existem algumas razões que tentam justificar isso: são instruídos a permanecer em calma para poder pensar de forma clara e lógica. Sendo assim, qualquer reação se considera um ato de não profissionalismo capaz de denegrir a imagem frente ao paciente ou família. E, quando essas reações são eliciadas diante de situações críticas ou perturbadoras, como um diagnóstico ruim ou a notícia de um falecimento, as pessoas tendem a interpretar não como manifestação genuína, solidariedade ou humanismo, mas, em geral, como manifestação de fraqueza, de atestado de fracasso ou, senão, de culpa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os casos, o fato é que essas questões têm exigido dos profissionais de saúde novas condutas, o que vem enfraquecendo o *paradigma paternalista*, especialmente nos países capitalistas desenvolvidos, permitindo-nos dizer que ali ele já entrou em processo de extinção. Nos EUA, essa extinção teve início na década de 1970 e tem como causas, de acordo com Adorno (2004) e Emanuel *et al.* (2005), os avanços tecnológicos no combate ao câncer; as instruções normativas de conduta em saúde pautadas pelos princípios da Bioética; as facilidades de acesso à informação; e os direitos resultantes do acesso à informação.

Os avanços tecnológicos da indústria farmacêutica e das novas práticas médicas, dentre as quais a de cuidados paliativos, favoreceram aos médicos, mais especificamente aos oncologistas, a conversação com seus pacientes sobre seus diagnósticos, prognósticos e perspectivas terapêuticas. E, contrário à ideia de que a consciência de ter um diagnóstico de câncer causaria mais dor e sofrimento àqueles pacientes, a prática comunicacional que se estabeleceu, radicada na alteração

tecnológica que trazia maior expectativa e qualidade de vida, tornou-se uma forma de anunciar esperança de cura ou do alívio dos sintomas. Emanuel *et al.* (2005) esclarecem que, quanto mais os oncologistas conversavam e esclareciam os seus pacientes, mais afastavam o estigma de que ter câncer significava uma condenação à morte.

É bem verdade que nos países capitalistas centrais existem vários reforçadores jurídicos que têm ajudado na modelagem desse tipo de comportamento. Nos EUA, as instruções normativas de conduta em saúde e decisões da Suprema Corte têm ressaltado o direito à informação e o dever de se respeitar a vontade do paciente. Adorno (2004) reconhece que esses reforçadores vêm tanto da tradição americana da defesa das garantias individuais quanto da história recente, após o aparecimento das discussões bioeticistas. Essas duas últimas, mais especificamente, têm contribuído para a criação de diretrizes norteadoras que dão embasamento tanto para a assistência quanto para as pesquisas médicas: a autonomia, a beneficência, a justiça e a não-maleficência. Assim, o direito à informação e à interação emancipada entre paciente e profissional de saúde vem se tornando, desde então, um paradigma comportamental nos países mais desenvolvidos.

Devemos acrescentar à reflexão elaborada por Adorno (2004) que, por meio do respaldo que a Bioética conquistou entre os países capitalistas centrais, o paradigma americano da relação médico/paciente/família também se expandiu, vindo a ser adotado em vários documentos internacionais, inclusive alguns da OMS. Em consequência, vários países capitalistas periféricos, por meio de suas pactuações com aquela organização, têm assimilado o paradigma americano como modelo a ser implementado em seus territórios.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, atualmente, existe um consenso de que a vontade do paciente, ou quando for o caso, do seu responsável legal, após esclarecimento sobre diagnóstico, prognóstico e possibilidades terapêuticas, bem como de acordo com a sua capacidade volitiva, deve ser ouvida e respeitada. Isso vem mudando o modo de os doentes se relacionarem com os diagnósticos das doenças que o acometem, tornando-se um hábito o desejo de saber o que se tem, como isso se manifesta e quais as possibilidades de cura e tratamento envolvidos no processo terapêutico.

Por fim, mas não menos importante, há um encadeamento de direitos sociais que se

articulam com o acesso à informação, tal como ocorre nos casos de pacientes com câncer, cuja informação e diagnóstico são fundamentais para acessar os benefícios sociais restritos a esse tipo de pacientes. Isso nos remete à ideia de que as questões em torno do acesso à informação tomaram uma dimensão ética e jurídica que perpassa a vida da sociedade como um todo, fazendo com que a questão da comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares deixe de ser algo do âmbito privado ou restrito à ética profissional e passe a ser uma questão pública que diz respeito à defesa dos direitos humanos e à defesa da dignidade dos pacientes, tanto no acesso ao tratamento, quanto aos outros direitos que decorrem da sua condição clínica.

Tais contingências têm produzido, entre outras coisas, o surgimento de modelos para o anúncio de más notícias, dentre os quais se destaca o Protocolo Buckman e Protocolo SPIKES. No Brasil, temos o Protocolo PACIENTE como resultado da pesquisa e trabalho dos médicos anestesistas de Botucatu/SP: Pereira e Lemonica; Barros (2007), e como forma de adaptação dos Protocolos de Buckman e SPIKES.

Todos os modelos têm como objetivo minimizar o estresse facilitando o desenvolvimento e a manutenção do bom relacionamento médico/paciente/família. Contudo, o que percebemos é que, ainda hoje, especialmente nos países capitalistas periféricos, mesmo onde existem adaptações dos protocolos internacionais, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes não tem ocorrido como deveria. E, mesmo que encontremos no Código de Ética Médica a seguinte vedação: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida" (art. 56), incluir o paciente no processo de diagnóstico, prognóstico e possibilidades de tratamento ainda é uma exceção, quando deveria ser a regra.

A resistência do paradigma paternalista, segundo Pessini (2001), Adorno (2004) e Aydin (2004), porta um rol de justificativas envolvendo a responsabilização sobre o paciente (não está preparado ou não tem condições cognitivas, etárias ou clínicas para recebê-la), sobre o profissional (não se sente o responsável ou preparado para fazê-lo), sobre a família (não tem estrutura ou não quer lidar com a má notícia), sobre o ambiente (não há lugar adequado), ou mesmo sobre a ocasião (não é o momento certo). No entanto, o que talvez

elas realmente escondam seja a falta de habilidade profissional para lidar com esse tipo de questão, respondendo à situação aversiva com comportamentos de fuga ou esquiva, como essa pesquisa trouxe à tona, pelo menos no nosso microcosmo analisado.

NOTAS

1. Ou *A arte de bem viver e de morrer*. Trata-se de uma coletânea de textos e figuras escritos por volta dos anos de 1415 e 1450. Na nossa opinião, diferente de O'Connor (1942), a obra como um todo trata-se de um catecismo para os cristãos viverem os sacramentos, por meio dos quais manteriam a fé e galgariam a salvação. Em termos de morte, relacionada ao sacramento da unção dos enfermos, traz protocolos, procedimentos e códigos de conduta direcionados a médicos e clérigos para o exercício do papel de *nuncius mortis*, que deveriam conduzir os moribundos a uma boa morte, de acordo com os preceitos do cristianismo de então. Quanto ao moribundo, exorta-o na luta contra as tentações, presentes em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. The Right not to Know: an autonomy based approach. *Journal Medicine Ethics*, n.30, p.435-440, 2004.
- AYDIN, E. Rights of patients in developing countries: the case of turkey. *Journal Medicine Ethics*, n.30, p.555-557, 2004.
- ARIÈS, Phillippe. *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BACON, F. *De dignitate et augmentis scientiarum*. Norimberg: Sumptibus Riegelli Welfaneri, 1924.
- BAILE, W.F. et al. A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, v.5, n.4, p.302-311, 2000.
- BUCKMAN, R. *How to break bad news: a guide for health care professions*. Baltimore: John Hopkins Press, 1992.
- DOYLE, J.C. Unnecessary ovariectomies. Study based on the removal of 704 normals ovaries of 546 patients. American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, v.148, n.13, p.1106, mar. 1952.
- EMANUEL, L.L. et al. Communicating effectively. education in palliative and end-of-life care. *Oncology EPEC-O*. Chicago: The EPEC Project, 2005, p. 1-13.
- GURGEL, Ayala. *Direitos sociais dos moribundos: controle social e expropriação da*

morte na sociedade capitalista. São Luís: EDUFMA, 2008.

HUSSERL, Edmund. *A ideia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 2008.

O'CONNOR, M. C. *The art of dying well: the development of the ars moriendi*. New York: Columbia University Press, 1942.

PEREIRA, C.R.; LEMONICA, L.; BARROS, G.A.M. Comunicação de más notícias em medicina: protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. *Âmbito Hospitalar*, São Paulo, v.182, p.29-32, 2007.

PESSINI, *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: São Camilo-Loyola, 2001

_____. Questões éticas chave no debate hodierno sobre a distanásia. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. p.389-408.

SILVA, J.L.L. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, Curitiba, v.3, n.12, jul./set. 2004.