

Más Notícias e Apoio Emocional

M. Ayarra, S. Lizarraga

Medicina Familiar e Comunitária. Grupo de Comunicação e Saúde de Navarra. [Centro de Saúde Huarte](#) (Navarra)

Tradução: Luzia Travassos Duarte

Resumo

Freqüentemente, os profissionais de saúde se encontram na situação de ter que dar más notícias. Sua falta de preparo na área da comunicação faz com que este fato gere ansiedade e insegurança, causando mais sofrimento do que deveria causar. Esta revisão procura criar inicialmente um espaço de reflexão sobre o que são “más notícias” e se devemos ou não dizer a verdade nos casos de mau prognóstico.

Acreditamos, desde uma prática clínica centrada no enfermo, que cabe a este decidir o que é uma má notícia, bem como se deseja ser informado ou não.

Feita esta reflexão, passamos a descrever algumas habilidades necessárias na comunicação de más notícias e uma estratégia de informação progressiva (estratégia de Buckman) que pensamos ser adequada a nosso meio cultural e profissional.

Finalmente, ressaltamos a importância do acompanhamento posterior à informação relativo às áreas educativa e de promoção de saúde no que se refere a informação e tratamento de doenças crônicas e do acompanhamento emocional nos casos de doenças de mau prognóstico; enfatizamos a necessidade de se permitir e facilitar a expressão dos medos nas situações de incerteza terapêutica para realizar um seguimento

e aliviar, na medida do possível, a dor da aproximação da morte nos casos em que ela advenha.

Palavras chave

**Más notícias. Futuro. Expectativa de vida.
Incerteza. Medo diante da morte.**

Por que nos preocupa como dar más notícias?

Este tema nos preocupa porque:

1 - É uma prática freqüente em nossa profissão: quase diariamente nos vemos, por exemplo, na situação de informar a um paciente que sofre uma enfermidade crônica ou que sofre de uma enfermidade de mau prognóstico. Estes são apenas dois exemplos da freqüência de más notícias (MN) na consulta.

2- Não recebemos treinamento na área de comunicação. Nossas faculdades de medicina/enfermagem têm contemplado o binômio saúde-enfermidade desde uma perspectiva totalmente biológica e portanto desconsideram o treinamento nesta matéria de habilidades de comunicação.

3- Ser pouco hábil dando MN pode gerar um sofrimento a mais, desnecessário à pessoa que a recebe e um dano posterior na relação profissional de saúde-paciente.

4 -Saber manejar as MN pode diminuir o impacto emocional no momento de dar a informação, permitindo ao paciente ir assimilando a nova realidade pouco a pouco, e garante a relação médico-paciente.

5 -Diminui nosso nível de ansiedade enquanto profissionais, em situações que geralmente são difíceis e aumenta nosso nível de satisfação.

Que são más notícias?

É difícil buscar uma definição que reflita todas as situações que possam implicar MN. Geralmente os profissionais de saúde, tendem a dar valor ao que lhes parece ser mais importante e não, ao que consideram banal. Porém parece lógico, que quem deve decidir o que é ou não uma MN deve ser a pessoa a quem afeta esta informação. Este argumento pleno de sentido comum no terreno do teórico, é freqüentemente esquecido na prática.

Em nossa opinião, a categoria de má notícia deve ser outorgada por quem sofre.

O diagnóstico de uma enfermidade crônica como a diabetes, por exemplo, afeta toda a vida do paciente, seus hábitos alimentares, sua vida de relação, podendo afetar inclusive a sua situação de trabalho. Portanto, dizer a um paciente “você tem diabete”, é uma má notícia porque lhe obriga a modificar determinados aspectos cotidianos de sua vida e como resultado ser enfermo socialmente.

Há enfermidades progressivamente incapacitantes, sem perspectivas de cura, como as enfermidades degenerativas e as psicopatias destruturantes, que vão a obscurecer o futuro do paciente e do seu meio. Podemos citar como exemplo o diagnóstico: “sua mãe tem Alzheimer”.

Finalmente, falaremos das MN por excelência, aquelas que relacionamos com um prognóstico vital curto e que são geralmente as que se acompanham de maior carga emocional, tanto para os pacientes, como para familiares e profissionais. Segundo a psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross, expert em final de vida, os profissionais da saúde se distanciam de seus pacientes moribundos por seu próprio medo de morrer e para proteger-se da frustração e da impotência. Desta maneira, o verdadeiro fantasma, o terror dos moribundos além da dor e da própria morte, é a solidão.(1)

Em qualquer caso, tendo em conta a grande diferença de situações que acabamos de descrever e muitas que podemos imaginar, a maioria dos autores parece aceitar a definição de MN como aquela que afeta

negativamente às expectativas da pessoa, por ser ela a diretamente atingida pela enfermidade ou por ser alguma pessoa do seu meio a afetada, por exemplo, os pais de um jovem falecido de forma inesperada e a quem temos de informar sobre o fato.

Dar ou não dar más notícias

Continuando com o amplo espectro de situações que foram consideradas ao definir o que é uma MN, é fácil concluir que a dúvida entre informar ou não, se produz somente no caso das enfermidades com repercussão no tempo de vida.

Os profissionais da saúde não duvidam quando têm de informar sobre um diagnóstico novo de hipertensão arterial, diabetes ou cirrose, porque disso deriva uma série de medidas de autocuidado, mudanças de hábitos e ou tratamento farmacológicos que ajudarão o paciente a viver melhor com a sua enfermidade, a diminuir a progressão do processo e a diminuir as possíveis repercussões que a enfermidade pode ter. Assim, diante de enfermidades crônicas, informamos e oferecemos atenção posterior à informação do diagnóstico. Em alguns casos o seguimento está perfeitamente organizado em protocolos e cada profissional sabe qual tarefa deve realizar. Tampouco duvidamos sobre informar o diagnóstico a uma pessoa VIH+, embora neste caso, o seguimento posterior será feito em função de nossas habilidades para tratar do problema e não segundo o desejo do paciente. À medida que aumenta a carga emocional implicada no diagnóstico, o acompanhamento médico parece ir cada vez mais se diluindo, embora devesse ocorrer justamente o contrário.

O último e, talvez mais importante motivo para informar, é o acompanhamento: se o enfermo e seu meio conhecem o diagnóstico e o prognóstico, podem compartilhar o sofrimento e viver este período final da vida de forma mais ou menos significativa. Ainda que não o digamos, o paciente sempre sabe que está morrendo, porém neste caso chega à morte na solidão.

Papel da família

A família (pais, companheiros e filhos...) será o principal suporte emocional e físico do paciente, portanto devemos dar-lhe a função que esse papel de cuidador principal lhe confere, tentar que seja nossa aliada ao invés de uma barreira para a comunicação com o paciente.(2.4)

A família, assim como o paciente, passará por diferentes fases e depois do primeiro impacto emocional, irá expressando suas próprias necessidades, seus medos e suas inseguranças, relacionados à evolução do paciente, cuidados, etc...

Se captarmos esses medos e os aliviarmos, se explicarmos a evolução mais provável, as possibilidades de tratamento, etc..., enfim, se apoiarmos a família, estaremos apoiando indiretamente ao paciente.

É curioso que, segundo estudos realizados na Espanha na década de 80-90, ao perguntar às pessoas se desejariam que seus familiares fossem informados no caso de sofrerem de câncer, 40% dos entrevistados respondeu que não queria, e ao perguntar o mesmo aos que já tinham um familiar enfermo de câncer a percentagem se elevou a 73%. Quando a enfermidade no familiar é uma realidade e não uma hipótese é quando mais desejamos que nossos seres queridos não sejam informados.

Motivos para informar

1 - A “Lei Geral de Sanidade Espanhola”, ampara [o direito à informação](#), e já existem várias sentenças contra profissionais por não terem informado ao paciente o diagnóstico de enfermidades neoplásicas.(2)

2 - Uma pessoa não informada não pode tomar decisões e cada vez é maior e mais agressiva a tecnologia diagnóstica e terapêutica das neoplasias. Se o enfermo conhece sua enfermidade e seu prognóstico, poderá decidir.

3 - Além disso, para decisões referentes ao processo, se a família deseja, ou necessita proteger o doente da informação, podemos perguntar “por que acreditam que é melhor que ele não saiba”? Se estes continuam insistindo, podemos lhes perguntar o que farão quando o doente piorar e perguntar por sua situação. Finalmente se mesmo assim não querem

informar, podemos oferecer-lhes nosso silêncio, salvo se o paciente nos perguntar sobre o que lhe acontece. Neste caso podemos pedir que um familiar mais próximo ao enfermo nos acompanhe nas entrevistas, para que a família não se sinta traída. Se o paciente deseja ficar a sós com o médico e/ou deseja ser informado, respeitaremos estes desejos, tentando sempre ser receptivos às necessidades da família.

Como dar más notícias

Da mesma forma que há uma grande variedade de MN, não há uma única maneira de abordá-las.

No caso de enfermidades crônicas, o manejo será através de técnicas educativas e de promoção de saúde.(5)

Ao falar de MN relacionadas a doenças terminais, diferenciamos o meio e as habilidades e estratégias.

Meio ambiente:

onde, quando, com quem, quanto tempo.

É importante buscar o espaço físico adequado sendo conveniente evitar corredores e espaços divididos. Se este último é inevitável, existe a possibilidade de isolar relativamente a cama do paciente indicando ao outro enfermo que queremos falar sobre temas delicados ou íntimos com seu companheiro de quarto. Se estivermos em um consultório, o espaço deverá dispor no mínimo de três assentos: para o paciente, um familiar e o profissional. Se nos encontrarmos no domicílio do paciente é conveniente um lugar mais ou menos tranquilo.

É preferível, informar pessoalmente e evitar o telefone, porque não podemos prever a resposta emocional, nem controlar a informação segundo esta resposta.

É importante que o paciente esteja acompanhado quando formos informar em caso contrário é melhor esperar até que chegue algum familiar. Também é importante evitar as horas noturnas para dar a

informação.

Deve-se levar em conta determinadas circunstâncias pessoais e familiares do paciente e refletir se a informação não implicará em agravamento do processo. É crucial ter em conta a idade do paciente procurando sempre ser verdadeiros no que dizemos e adequando-nos ao impacto de nossa informação: por exemplo, leucemia em um jovem de 20 anos ou câncer de próstata em um homem de 70 anos.

A juventude e a gravidade não devem nos induzir a enganar. Tanto o jovem, como o adulto e o ancião sabem que vão morrer e têm o mesmo direito a serem acompanhados nesta etapa final de suas vidas; além do mais os estudiosos dizem que os jovens desejam mais informações que as pessoas mais velhas.(2) O fato de que a nós profissionais, resulte mais difícil e emotivo dar a informação a um jovem não nos exime desta obrigação de informar. Talvez, nosso ritmo de comunicação deva ser mais lento porém sempre verdadeiro.

O profissional deve buscar uma ocasião, sem pressa para informar, respondendo inicialmente às emoções que vão despertando no paciente. Pedir que não lhe transfiram chamadas telefônicas, sentar-se junto ou a frente do paciente e dizer-lhe olhando-o nos olhos: aqui estou, vou explicar o que lhe ocorre e apóia-lo em tudo que puder”.

Habilidades e estratégias

O que dizer e como dizer

“Um jogo de insinuações, silêncios e verdades indiretas para conseguir que o paciente elabore sua própria realidade”. J.A. Prados e F.Quesada (6)

Ao falar sobre como informar, tentaremos que nossa linguagem verbal (o que dizemos), a para-linguagem (o tom que utilizamos) e a linguagem não verbal (gestos, mímica) sejam coerentes. Daremos a informação usando frases curtas e vocabulário o mais neutro possível: não curável em lugar de incurável, tumor em lugar de câncer, etc...Garantir a bidirecionalidade, isto é: facilitar para que o paciente e sua família perguntem tudo o que desejam, adaptando a informação em quantidade e

qualidade às emoções dos mesmos. Nestes casos a informação é um processo e não um monólogo cruel do profissional.

É importante ao final da entrevista resumir o que foi dito, assegurando-nos de que o paciente entendeu, sendo este momento final, o adequado para dar toda a esperança e informação positiva de que dispomos, sem mentir: por exemplo, quando se trata de uma neoplasia com uns 30% de possibilidades de cura, ao final da entrevista, seria o momento de nos apoiarmos nesses 30% de possibilidades.

Habilidades

Silêncio - O silêncio é uma ferramenta de informação e terapia. Pode ser duro responder a uma pergunta ou afirmação muito direta, como: “às vezes penso que não vou me curar”. Um silêncio do profissional confirma a reflexão do paciente e nesse sentido, cremos que o silêncio informa. Também é terapêutico o silêncio quando o paciente se comove, chora e se irrita. Um silêncio empático olhando-lhe nos olhos, dando-lhe nossa atenção, é terapêutico, porque sabe que pode contar conosco. Além do mais se não sabemos o que dizer em uma situação muito emotiva é melhor silenciarmos.

Escuta ativa - A psicoterapia começa pela escuta (3.7) O paciente afetado por uma enfermidade grave pode querer falar ou não. Devemos escutar suas palavras e seu silêncio. Muitas vezes o silêncio do enfermo dá mais informação que a expressão verbal.

Em situações muito emotivas os profissionais tendem a interromper, oferecer soluções e inclusive banalizar as expressões do paciente. Um paciente chora e o médico diz: “não chore que tudo se resolverá” ou “não chore que as coisas se arranjarão”. Seria melhor permitir o pranto, facilitar a expressão da emoção com sinalizações do tipo: “hoje o vejo mais triste, quer me contar alguma coisa”?

A escuta ativa propicia uma baixa reatividade que significa não interromper, esperar que o paciente acabe antes de começar a falar, inclusive se a situação o requer, manter o silêncio já comentado.

Empatia - Poderíamos definir a empatia como a solidariedade emocional:

“entendo que deve estar sofrendo muito”, e a legitimação desta emoção: “qualquer um em seu lugar, sofreria”.

Em alguma ocasião, podemos ouvir dos profissionais alguns argumentos, como: “não posso me colocar no lugar de todos os meus pacientes porque sofreria em excesso e não poderia exercer bem a minha profissão”.

Nos parece ser esta uma boa ocasião para lembrar que a empatia e a eficácia, longe de estarem separadas, se complementam e que atitude empática aproxima os pacientes, nos traz satisfações profissionais e portanto diminui nosso sofrimento.

Diferenciamos pois, empatia e simpatia ,segundo explica Iosu Cabodevilla, experto em pacientes terminais: a empatia é colocar-se no lugar do outro, para entender e ajudar, seria como atirar uma corda a quem está se afogando, e a simpatia, seria atirar-se à água e afogar-se com ele.

Acreditamos que os argumentos dos profissionais, antes mencionados, correspondem mais a uma atitude simpática, que empática.

Segurança - Que o paciente acredite que sabemos o que fazemos e que se sinta respeitado em suas opiniões. Não basta saber o que se deve fazer, se queremos acertar, o paciente deve perceber que somos profissionais seguros de nós mesmos, inclusive em situações de incertezas, devemos transmitir segurança e fundamentação em nossas opiniões.

Estratégias

Ao falar de estratégias para dar MN, vamos comentar em detalhes a estratégia de Buckman (8), porque é a que habitualmente utilizamos, e cremos que permite percorrer todo o processo de informação ao paciente que sofre uma enfermidade com repercussão no seu tempo de vida e de como lhe apoiar emocionalmente durante este.

Também se chama, estratégia das 6 etapas. As etapas descritas por Buckman (1992) devem ser seguidas da primeira à sexta, em ordem, sem passar de uma a outra etapa sem que a anterior esteja terminada, com o ritmo indicado pelo paciente e detendo-nos na que o paciente deseje.

Antes de passar à primeira etapa, nos parece interessante falar da aclimação que poderíamos considerar como etapa 0. Quando existem muitas possibilidades de que os resultados de um exame complementar (por exemplo, uma cintilografia ou um exame de sangue) sejam ruins para o paciente, podemos, através de alguma pergunta, ir preparando o enfermo para a realidade que acreditamos se aproxima. Podemos fazer perguntas como: “já pensou na possibilidade de que a ressonância pode revelar que há metástase?”

Primeira Etapa: Preparar o meio

É necessário ter certeza do diagnóstico. Preparamos o meio tal como comentamos anteriormente: lugar, hora do dia, momento, apoios familiares, etc...

Segunda Etapa: O que O paciente sabe?

Averiguaremos o que o paciente sabe sobre sua enfermidade através de perguntas abertas e técnicas de apoio narrativo:

- O que lhe disseram no hospital?
- Está preocupado com a enfermidade?
- Que pensa sobre a dor?

Terceira Etapa: O que quer saber?

Averiguaremos o que deseja saber facilitando que o diga: “quer que lhe comente algo sobre sua doença?”.

Temos que aceitar seu silêncio, suas evasivas ou suas negativas de ser informado, porém oferecendo-lhe sempre uma nova possibilidade: “agora vejo que não lhe interessa falar, se em outro dia o desejar, aqui estarei”.

Esta etapa é difícil porque muitos pacientes têm dificuldade em decidir se querem saber ou não, e isso pode requerer várias entrevistas.

Quarta Etapa: Dividir a informação

Só chegaremos aqui, se na etapa anterior o paciente expressar o desejo de ser informado o que geralmente requer várias entrevistas. A informação deve ser dada de forma gradual, dando tempo para que o paciente vá assimilando a gravidade, sobretudo se está assintomático. Nesta etapa diversos autores falam de “verdade suportável”, que significa respeitar o ritmo do paciente em seu desejo e ou capacidade para ser informado e a aceitação de suas ilusões e esperanças, sem estimulá-las. Após a informação, devemos em cada entrevista, fazer um resumo mostrando que entendemos o paciente e enfatizando as possibilidades terapêuticas e/ou curativas, se for o caso.

Quinta Etapa: Responder aos sentimentos do paciente

Somente quando formos capazes de apoiar o paciente em suas emoções, estaremos moralmente autorizados a informar-lhe. Seria desumano dar um diagnóstico de câncer não curável a um paciente e abandoná-lo.(2.3)

As reações mais frequentes são ansiedade, medo, tristeza, agressividade, negação e ambivalência. Todas as respostas podem misturar-se no tempo e temos que respeitá-las e estar atentos para poder ajudar adequadamente. Uma negativa persistente pode significar que a pessoa não está preparada para o diagnóstico. As ambivalências, fugas da realidade, também precisam ser respeitadas, porque muitas vezes, os pacientes necessitam sair desta realidade tão dolorosa.

Respeitemo-las sem favorece-las.

É nesta etapa que pode aparecer a solidão mais profunda, sobretudo se a informação não houver sido clara e compartilhada pelo meio. Às vezes, diante de diagnósticos com poucas possibilidades de cura, nos aferramos

ao “ainda existem possibilidades” para não enfrentarmos o tema mais provável, a morte, e isto contribui para que o paciente vá notando a progressão da doença, a debilidade, a falta de apetite, em suma a falta de vida sem poder falar claramente.

Estes pacientes morrem terrivelmente sós e , às vezes, se culpam por não se esforçarem o suficiente, por renderem-se ao que para eles é evidente, a morte, e para seu meio (família e profissionais) é só uma terrível possibilidade.

Todos os autores definem categoricamente o paciente terminal como aquele que não tem possibilidades curativas e protocolizam sua abordagem, o enfrentamento da morte, etc...

Porém, o que ocorre com a grande maioria de pacientes com enfermidades neoplásicas que morrem no meio de suas terapias, que parecem curativas?

Mantemos uma ilusão cega nessas alternativas terapêuticas, descuidando na maioria dos casos, falar do que realmente preocupa aos pacientes: “e se não me curo?”. Se não facilitamos a expressão deste medo de não se curar, não podemos acompanhar realmente o paciente, nem a sua família, enfermo e família irão vendo a deterioração, o final da vida em silêncio e portanto na solidão.

Sexta Etapa: Planos de cuidados

Informamos, identificamos a resposta emocional e lhe oferecemos um plano de tratamento: nos comprometemos a apoiá-lo, aliviar seus sintomas, dividir suas preocupações e medos.

Nesta fase concretizamos o acompanhamento, frequência das entrevistas, visitas domiciliares, etc. e sobretudo, asseguramos nossa disponibilidade, facilitando-lhe acesso telefônico.

É importante explorar sintomas de depressão, dor, insônia, etc., já que muitas vezes, os pacientes não os expressam espontaneamente por medo de reconhecer o agravamento do processo. Não devemos permitir noites insones, ansiedade e sofrimento físico. Devemos explorar, direta ou indiretamente, todos aqueles sintomas que podem ser aliviados.

Como exemplo de que a comunicação de más notícias e o apoio

emocional são uma realidade em nossa prática, queremos transcrever brevemente duas entrevistas realizadas com pacientes já falecidos, o último faz apenas um mês:

Entrevista 1

Mulher de 60 anos de idade, diagnosticada de neoplasia gástrica há 10 meses. A enferma conhece o seu diagnóstico de enfermidade tumoral e como há anos foi operada de neoplasia uterina acredita que agora também a superará. Nos últimos 15 dias piorou sua situação geral e passa a maioria do tempo na cama ou em uma rede no terraço. Passamos esse dia juntas, enfermeira e médica, a realizar a consulta diária e nos relata um familiar que nesse dia havia perguntado: “o que se passa que vem tanta gente me visitar?, estou muito mal?, quem está pior minha irmã ou eu?” ao que a família deu respostas evasivas. A irmã a que se refere estava também doente com neoplasia e a relação entre ambas sempre havia sido muito boa. Após fazer a visita e quando já nos despedíamos dela, nos pergunta: “estou tão mal para que venha tanta gente me visitar?”. Diante desta pergunta nos sentamos ao lado da sua cama, seguramos sua mão e olhando-a diretamente nos olhos mantivemos o seguinte diálogo:

Agente de Saúde (S): Um pouco mal, sim está.

Paciente (P): A outra está mais assustada!

S: Quem é a outra, sua irmã?

P: Sim

S: Por que lhe parece que está assustada?

P: Pelo que se passa comigo

S: E o que se passa contigo?

P: Que estou assim. Faz um gesto com ambas as mãos mostrando-se estendida na cama.

S: E você, também está um pouco assustada?

P: Sim, estou assustada.

S: O que é que lhe assusta? De que você tem medo?

P: Do câncer. (Contesta rápida e energicamente. É a primeira vez que utiliza a palavra câncer, até então todas usávamos a palavra tumor).

S: O que lhe dá medo no câncer?

P: Tudo.

S: (Após um momento de silêncio, continuamos olhando-a nos olhos) Veja que a dor está bem controlada com a medicação, esta semana você não vomitou e está comendo um pouco melhor. Há alguma outra coisa que a preocupa, algo que quer perguntar ou que gostaria de saber?

P: Não (enérgica e com olhos assustados), sou muito covarde.

S: Está bem, de acordo. Se algum outro dia você quiser perguntar algo, já sabe que pode fazê-lo .

Entrevista 2

Paciente varão de 73 anos, diagnosticado e operado de câncer de laringe. Recebe tratamento quimioterápico pós-cirurgia, melhora após a quimioterapia e reinicia sua vida normal, passeios na montanha, horta, etc..

No outono de 2000, apresenta grande adenopatia cervical dolorosa. Explicam-lhe que é uma “cria do tumor” e lhe propõem nova quimioterapia. Em dezembro de 2000, recebe o primeiro ciclo. Em janeiro de 2001, antes do segundo ciclo de quimioterapia, solicita várias visitas domiciliares por dispnéia e debilidade. Em uma das visitas lhe pergunto por que acredita que se encontra assim e me responde que pelo tratamento. Nesta entrevista não me oponho a sua crença e digo que iremos observando e que como no tratamento anterior irá melhorar; após quatro dias, volto ao domicílio e a seguinte entrevista se desenvolve: Paciente na cama e sua esposa sentada ao lado em uma cadeira; eu me sento na borda de sua cama; durante toda a entrevista mantemos contato visual facial, o ritmo das palavras é lento e o tom suave e seguro.

S: Como vai?

P: Mal, não melhora, cada dia estou pior.

S: Você acha que não está melhorando?

P: Não, não melhora, creio que estou morrendo.

S: Realmente pensa que está morrendo?

P: Sim.

S: E isso lhe dá medo?

P: (Me toma a mão) Não, a morte não me dá medo, o que temo é sofrer.

S: Até agora conseguimos aliviar sua falta de ar, iremos solucionando o que surgir, você não tem porque sofrer. A partir de agora viremos Mertxe (enfermeira) ou eu (médica) diariamente, falaremos sobre tudo o que você sentir e tentaremos aliviar seus sintomas. Além disso, você sabe que pode nos chamar sempre que necessitar.

P: (Muito emocionado. Continua segurando minha mão e insiste) Já sabe, me dá medo sofrer.

S: Eu sei.

Estas duas entrevistas correspondem às etapas quatro, cinco e seis de Buckman em apenas um encontro. Para chegar a dividir esta informação no caso de ambos os pacientes havíamos solicitado várias entrevistas nas quais não havia as condições adequadas para informar. Devemos respeitar o momento e o ritmo indicados pelo paciente; somente ele sabe quando está preparado para receber uma informação tão dolorosa.

Informar sobre situações inesperadas

Quando se trata de informar aos familiares sobre um acontecimento inesperado como uma morte em acidente, uma enfermidade grave súbita, etc. é aconselhável utilizar a técnica narrativa, isto é, contar todo o acontecimento desde o início: por exemplo, acidente, medidas de reanimação, transporte, chegada ao hospital, etc. A narração permite aos familiares irem se adaptando à nova realidade.

Estas situações são cada vez mais freqüentes em nosso meio e geram um grande sofrimento. Por isso, devemos ter habilidade para informar aos familiares e apóia-los emocionalmente no primeiro momento.

Acreditamos que seria conveniente estabelecer um sistema de informação entre os serviços de urgência hospitalares e os profissionais de atenção primária, de modo que estes últimos fossem comunicados sobre estas situações inesperadas, principalmente as mortes, para poder fazer um acompanhamento familiar nos casos necessários.

Para finalizar queremos transcrever parte de uma declaração do Conselho da Europa (Comitê Europeu de Saúde Pública, 1981) que pensamos reflete de forma clara e breve nossa preocupação pelo acompanhamento emocional das pessoas no final de sua vida:

“Morre-se mal quando a morte não é aceita; morre-se mal quando os profissionais da saúde não estão formados no manejo das reações emocionais que emergem na comunicação com os pacientes; morre-se mal quando se abandona a morte ao âmbito do irracional, ao medo, à solidão, em uma sociedade onde não se sabe morrer”.

Agradecimentos

A todos os pacientes que nos permitiram acompanhá-los no final de suas vidas, ajudando-nos a melhorar nossos futuros acompanhamentos. A Mertxe, enfermeira de nossa unidade básica, cujo estímulo e colaboração nos facilita e completa a atenção e o apoio emocional a estas pessoas.

Bibliografia

1. Rojas L. Nuestra felicidad. Ed. Espasa. Madrid 2000.
2. Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid 1996. Editorial, Aula Médica.
3. Die Trill M, Lopez E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, la comunicación con el enfermo y familia. Ades Ediciones. Madrid 2000.
4. Colell R, Fontanals A. Principios de comunicación: cómo dar malas noticias. Clínica Rural 1997; 486: 12-22.
5. Echauri M, Pérez MJ. Procesos crónicos. Educar en salud II. Gobierno de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Instituto de Salud Pública 1998.
6. Prados JM, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC 1998; 5: 238-250.
7. Stuart R. UMDNJ Robert Wood, Johnson Medical School. Take the

time to address patients psychosocial needs during exam. Publicado por F.P. Report AAFP News Department. Oct. 1997.

8. Buckman R. How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.

9. Cabodevilla I. Vivir y morir conscientemente. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer, 1999.

10. Buckman R, Korsch B, Baile WF. Guía práctica de habilidades de comunicación en la práctica clínica. Versión española Fundación Ciencias de la Salud Madrid, 1999.