



VII Colóquio Internacional São Cristóvão/SE/Brasil  
"Educação e Contemporaneidade" 19 a 21 de setembro de 2013  
ISSN 1982-3657



## **(DES) INFORMAÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS INTERNADOS EM CLÍNICA CIRÚRGICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS**

Gicelma Barreto Nascimento[i]

Rogério Paes Henriques[ii]

Eixo temático: Pesquisa fora do contexto educacional

### **RESUMO**

O presente trabalho é um relato de experiência profissional no ambulatório de clínica cirúrgica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Objetivou-se refletir sobre a importância de o paciente ser devidamente informado acerca de seu processo de adoecimento e de como a falta de informação nesse sentido produz efeitos danosos. Para tanto, relatam-se dois casos clínicos atendidos por uma equipe da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do HU/UFS. Verificou-se que as informações médicas foram passadas primeiramente aos familiares, ficando a critério destes decidir por repassá-las ou não aos pacientes. Destaca-se a crença dos profissionais da saúde e dos familiares de que "saber é sofrer", ou seja, de que o repasse da informação sombria ao paciente acerca da gravidade de seu caso seja iatrogênico, acelerando seu processo de morte já em curso.

**Palavras-chave:** clínica cirúrgica; cuidados paliativos; comunicação em saúde.

### **RESUMEN**

El presente trabajo es un relato de experiencia profesional en el área ambulatoria de la clínica de cirugía del Hospital Universitario (HU), de la Universidad Federal de Sergipe (UFS). Dirigido a reflexionar sobre la importancia de que el paciente sea plenamente informado acerca de su proceso de enfermedad y de como la falta de información en este sentido produce efectos nocivos. Por lo tanto, se relatan dos casos clínicos atendidos por un equipo multiprofesional de Residencia en Salud del Adulto y Anciano HU/UFS. Se encontró que las informaciones médicas fueron transmitidas primeramente a los familiares, quedando a criterio de ellos decidir o no transmitir a los pacientes. Se destaca la creencia de los profesionales de la salud y de los familiares que "saber es sufrir", es decir, que el traspaso de la información negativa al paciente acerca de la gravedad de su caso sea iatrogénico, acelerando su proceso de muerte ya en marcha.

**Palabras claves:** Cirugía Clínica, los cuidados paliativos, la comunicación de la salud.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Torres & Sandoval (2003), a comunicação refere-se a um processo de compreender e compartilhar mensagens tanto enviadas quanto recebidas. Os autores ressaltam que as próprias mensagens e o modo como estas são passadas exercem influência nas pessoas envolvidas nesse processo, seja a curto, médio e/ou a longo prazo.

A comunicação em saúde é de fundamental importância, visto que, uma comunicação eficiente, ou seja, de boa qualidade, pode interferir no sucesso do tratamento. Segundo Müller (2005), quando existe uma comunicação de boa qualidade entre profissional de saúde e paciente, este se sente mais a vontade para fazer perguntas e entender o que o outro explica, dessa forma, reduzindo o nível de sofrimento e ansiedade gerados pelo tratamento e pelas questões hospitalares. Com isso, o paciente se sente mais satisfeito e confiante na equipe que o assiste.

Essa mesma autora também pontua que a qualidade da comunicação no contexto da saúde não é importante somente para a díade: "assistente e assistido", pois quando o médico consegue se fazer entender, esclarecendo as dúvidas dos pacientes por exemplo, pode influenciar na relação deste com toda a equipe multiprofissional que o atende, contribuindo para uma comunicação eficiente (Müller, 2005).

Devemos levar em conta que é dever do médico informar ao paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico, além de outras informações importantes com relação a sua saúde.

Informar o paciente é uma obrigação do médico e uma condição necessária para o exercício da autonomia; entre-tanto, essa obrigação deve ser cumprida observando-se di-versos aspectos, entre os quais, os humanitários. (...). Os médicos são obrigados legal e eticamente - como parte do consentimento esclarecido - a informar adequadamente os pacientes sobre os riscos, os benefícios e as alternativas disponíveis de tratamento e, quando necessário, a existência dos cuidados paliativos. (Albuquerque & Araújo, 2011, p. 145).

Assim, como é dever do médico informar ao paciente, é direito deste receber informações claras sobre:

a) suspeitas diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) ações terapêuticas; d) riscos, benefícios e inconvenientes provenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; e) duração prevista do tratamento proposto; f) a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; g) os exames e condutas a que será submetido; h) a finalidade dos materiais coletados para exame; i) as alternativas de diagnóstico e terapêuticas existentes no serviço em que está sendo atendido e em outros serviços; e j) o que julgar necessário (Alamy, 2005, p. 11).

Porém, na prática, muitas vezes, as informações não são passadas como deveriam. Müller (2005), relata que existem muitos fatores que afetam a qualidade da comunicação em ambiente hospitalar, a saber: rapidez e urgência nos atendimentos devido à natureza da demanda em hospitais públicos, os médicos estão sempre com pressa e com isso, o momento da consulta muitas vezes é destinado à busca de sintomas e prescrição de medicamentos, ficando a relação de esclarecimento em segundo plano. Assim, muitas vezes, o paciente nem é ouvido como deveria.

Além disso, devemos ressaltar também que a maioria dos pacientes de hospitais públicos com frequência não procura esclarecer suas dúvidas com o profissional médico, muitos têm receio de perguntar e, por

outro lado, não há um estímulo por parte desses profissionais para que os pacientes participem ativamente do seu processo de tratamento (Müller, 2005).

Outro fator que dificulta a realização de uma boa comunicação é o uso de uma linguagem técnica, de difícil compreensão para o paciente. Essa linguagem quando utilizada por profissionais da saúde pode vir a desencorajar o paciente em perguntar ou questionar os procedimentos utilizados, assim, o paciente permanece alienado (Müller, 2005).

Em uma pesquisa sobre a informação passada a pacientes com câncer por médicos oncologistas, Albuquerque & Araújo (2011) encontraram que muitos dos médicos têm dificuldades em informar ao paciente diagnóstico, tratamento e prognóstico quando este é sombrio. A tarefa de revelar ao paciente o que lhe é de direito saber é entendida como um conflito. Com isso, os médicos informam primeiro aos familiares e deixam para a família a opção de decidir pelo paciente.

Isso ocorre porque comunicar a verdade ao paciente, principalmente quando esta informação se trata de uma má notícia, é uma situação estressante e difícil para os médicos, visto que essa tarefa produz intensas emoções, sensação de responsabilidade pelo conteúdo da notícia transmitida e o temor de uma evolução negativa. (Bascuñán, 2005).

Ainda que existam alguns médicos favoráveis a que se diga ao paciente a verdade, muitas vezes, esta não é revelada para pretensamente evitar uma crise emocional. Porém, os que conseguem transmitir de forma eficiente e adequada conseguem êxito nessa tarefa. Kübler-Ross (2000) relata que ao invés de se questionar se deve ou não contar ao paciente a verdade, os médicos deveriam se perguntar “Como vou dividir isso com meu paciente”.

Esse questionamento se faz importante para que o médico consiga passar a informação de forma adequada. Devemos levar em conta que nem todo paciente vai reagir a uma má notícia da mesma forma, além disso, a maioria dos pacientes deseja saber a verdade por mais dura que seja. A literatura mostra que os benefícios para um paciente bem informado são maiores que os riscos temidos pela maioria dos profissionais e familiares (Kübler-Ross, 2000; Bascuñán, 2005).

Diante do que foi exposto, o objetivo deste trabalho é refletir sobre a importância do paciente ser informado sobre seu processo de adoecimento e de como a falta de informação pode produzir efeitos psicológicos importantes. Dessa forma, discutiremos as dificuldades encontradas pelos profissionais, familiares e pacientes no recebimento e comunicação de informações difíceis. Para isso, traremos dois casos de pacientes atendidos por equipe multiprofissional em uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário de Sergipe (HU) que exemplificam essas questões trazidas nos objetivos.

## **CASOS CLÍNICOS**

Discutir-se-ão dois casos clínicos atendidos, paralelamente, por uma equipe multiprofissional[1] e pela equipe médica, na clínica cirúrgica do HU/UFS. Embora haja pontos de contato entre ambas as equipes, a equipe médica tende tradicionalmente a trabalhar de forma mais isolada e unilateral nesse hospital.

A equipe multiprofissional é composta por uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma farmacêutica e duas enfermeiras, todas profissionais residentes do HU. A equipe médica é composta por 15 médicos residentes inseridos na clínica cirúrgica desse mesmo hospital. A equipe multiprofissional atuou de forma integrada e transdisciplinar nos dois casos a serem discutidos, cujo resultado é fruto do debate coletivo que teve lugar.

O contato com a equipe médica se deu através de iniciativa da equipe multiprofissional. Foram marcadas reuniões com os familiares dos pacientes internados na presença do médico e da equipe multiprofissional, para maiores esclarecimentos e respostas às dúvidas que surgissem. As reuniões com os familiares sempre foram agendadas pela equipe multiprofissional, quando esta percebia que aqueles tinham muitas dúvidas ou que não tinham entendido as informações passadas pelos médicos. Antes de o paciente

receber alta hospitalar também eram agendadas as reuniões, com o objetivo de informar e intervir no cuidado do paciente em casa.

Foi preciso vários contatos com a equipe médica para que fosse possível marcar as reuniões com os familiares, muitas vezes o médico não comparecia às reuniões agendadas e a equipe multiprofissional as conduzia sem a presença desse profissional. Isso tornava as reuniões incompletas, pois não era atribuição dos demais profissionais esclarecer as dúvidas da família em relação a temas específicos da medicina, assim, o objetivo proposto pela equipe não era atingido.

Informar ao paciente a verdade sobre seu diagnóstico não se constituía como uma prática dentro da enfermagem cirúrgica. A equipe médica reconhecia a importância da comunicação da verdade ao paciente, porém poucos davam essa informação. Diante disso, foi necessário que a equipe multiprofissional construísse um diálogo constante com os médicos para modificar a realidade encontrada. É importante frisar que essa foi uma tarefa complexa, alguns avanços foram alcançados, mas ainda há muito a se fazer. Os dois casos discutidos a seguir tiveram acompanhamento da mesma equipe multiprofissional e de equipes médicas diferentes.

### *O Caso Clínico de Lucíola[2]*

Lucíola, 57 anos, deu entrada na clínica cirúrgica do HU/UFS com diagnóstico de neoplasia de vias biliares[3], a paciente apresentava coloração amarelada na pele (icterícia), ficou internada no hospital por cerca de 37 dias. Com a evolução dos exames médicos constatou-se que a paciente tinha um câncer irrissecável e metastático, encontrando-se em cuidados paliativos.

Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. (Pinto *et al.*, 2009, p. 16).

Nas primeiras consultas com a psicologia, Lucíola apresentou-se resistente em falar sobre seu processo de adoecimento, visto que “falar sobre sofrimento, é sofrer duas vezes”. A paciente apresentava aparentes conflitos com relação ao seu estado crítico, evitando aprofundar questões relacionadas aos processos de hospitalização e de adoecimento.

Com o desenrolar dos acompanhamentos, percebeu-se que a paciente não compreendia o seu quadro orgânico como um todo. Ela fora submetida a uma laparotomia exploratória, uma cirurgia não curativa, mas de investigação, contudo, a mesma acreditava que sua cirurgia tinha sido curativa e que, assim, iria “ficar curada e iria para casa”. No hospital, ela ficou em assistência para controle da dor e alimentação, em observação e cuidados importantes.

Os familiares de Lucíola eram contrários ao repasse à paciente de qualquer informação sobre diagnóstico, prognóstico e possibilidades de tratamento para a mesma. Para os familiares, caso fosse informada, Lucíola iria piorar e sofrer muito mais, evoluindo mais rápido para o óbito. Os mesmos acreditavam que, em se lhe informando, ela perderia as forças para continuar vivendo e definharia de forma progressiva. Outro ponto que os familiares trouxeram foi a maneira como o médico daria a informação, acreditavam que seria dada de “qualquer maneira”. Verificou-se assim que a crença de que essas informações seriam dadas de forma não cuidadosa e inadequada contribuiu com a decisão dos familiares em favor do voto de silêncio.

Os médicos assistentes, por mais que fosse sinalizada pela psicologia a importância de a paciente estar bem informada sobre seu quadro orgânico, prognóstico e possibilidades de tratamento, não conseguiram prestar os devidos esclarecimentos à paciente. Assim, essas informações foram dadas somente aos

familiares que, por se mostrarem resistentes, recusaram-se a repassar à paciente qualquer tipo de informação; verificou-se que os médicos se ampararam na decisão da família para eximirem-se de suas responsabilidades profissionais, sem ao menos escutar a paciente e se certificar de que isso de fato seria o melhor para ela. Lucíola veio a óbito em ambiente hospitalar e não lhe foi possível elaborar questões como a morte e o morrer, tampouco foi-lhe possível tomar decisões importantes sobre sua vida e morte. Digamos que Lucíola foi expropriada de sua própria morte.

### *O Caso Clínico de Severino*

Severino, 79 anos, deu entrada na clínica cirúrgica do HU/UFS acreditando que estava ali para ganhar peso. Contava que o médico de outro hospital lhe informara que ele tinha uma "anemia profunda". O paciente já tinha dado entrada em outros hospitais e viera com um diagnóstico formulado por um desses serviços. Severino acreditava que seria curado com o tratamento médico no HU/UFS, apesar de o médico dessa instituição ainda não lhe haver informado nada. O paciente ficou 23 dias internado no referido hospital.

Ele se mostrava sempre comunicativo, adorava contar a história de como descobriu que estava doente para todos os profissionais que o abordavam. Em sua história de vida, percebeu-se que o mesmo tinha autonomia para decidir sobre si, era "o cabeça" da família e tomava as decisões por todos.

Severino viera encaminhado por outra instituição com um diagnóstico de câncer de intestino, estava desnutrido, tinha perdido muito sangue e se encontrava em investigação para realização da cirurgia de ressecção do tumor. A família tinha sido informada por médicos anteriormente sobre o câncer, porém a mesma junto com profissional médico realizaram um "pacto de silêncio", decidindo pelo paciente e deixando o mesmo alheio ao seu processo de adoecimento. Porém, em clínica cirúrgica foi diagnosticado um câncer irressuscitável e metastático, sem possibilidade curativa, estando o paciente em cuidados paliativos.

Diante desse diagnóstico, surge a pergunta: como comunicar ao paciente esta notícia Será que o paciente quer saber a verdade Quais os impactos psicológicos diante dessa situação

Nas consultas com a psicologia, Severino relatava que caso viesse a ter outro tipo de doença que não a "anemia profunda" seria uma surpresa para ele, não se colocava diante de outras possibilidades para seu processo de adoecimento, por conta das informações que ele tinha recebido anteriormente, além de ter uma história de poucas idas ao médico e relatava que a partir do momento que não conseguia realizar suas atividades do dia a dia é que foi ao hospital, assim ele "Estava doente e não sabia, ia morrer sem sentir dor".

Com o desenvolver dos atendimentos psicológicos, Severino traz questões muito importantes que mostram o quanto o paciente enfrentava a hospitalização, consegue falar da morte, cujo único temor se refere a dor, fala que queria morrer sem sentir dor, também traz uma reflexão sobre sua história de vida, sobre suas conquistas, mudanças e erros.

Em conversa com os familiares percebeu-se que os mesmos estavam perdidos diante dos acontecimentos, existia a crença de que o paciente iria piorar caso soubesse de seu estado crítico e, ao mesmo tempo, havia o desejo de que se lhe fosse informado da melhor maneira possível, ressaltando que eles não saberiam como dar essa informação a Severino.

Foi esclarecida à família a importância do paciente saber a verdade por mais dolorosa que fosse. Também foi explicado que essa informação não seria dada de qualquer maneira e que ele estava sendo acompanhado pela psicologia que daria todo o suporte que precisasse. Foi preciso realizar mais de três encontros com os familiares até que estes confiassem na equipe e não se opusessem ao repasse das informações necessárias ao paciente.

Os médicos assistentes se dispuseram a revelar ao paciente sua condição e, como a família não se opôs a

isso, tudo fluiu de forma mais fácil. A comunicação da verdade ao paciente foi dada junto com a psicóloga que deu o apoio emocional diante da revelação do diagnóstico. Assim, Severino saiu do hospital esclarecido, sentindo-se bem por estar fora do ambiente hospitalar e no seio da sua família. Com isso, ele pôde se implicar e fazer as suas próprias escolhas diante do tempo que lhe restara.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dois casos clínicos citados acima mostram a grande dificuldade que se tem em informar ao paciente a verdade, piorando nos casos que discutimos, visto que se trata de uma má notícia, dessa forma, os pacientes acabam ficando alheios ao seu processo de adoecimento. Segundo Bascuñán (2005) "comunicar a verdade", particularmente quando esta é uma má notícia, é uma situação estressante e difícil para os médicos, uma má notícia é entendida como qualquer informação que altere de forma negativa a visão que o paciente terá do seu futuro.

A dificuldade de informar ao paciente quando se trata de uma notícia sombria, como os dois casos citados, está relacionada com a vivência de dor e morte experienciada pelos profissionais, também com a sua capacidade de enfrentar os sentimentos dos demais. É sabido que a formação médica se volta para o processo de cura e redução do sofrimento, diante de um caso de pacientes em cuidados paliativos, onde o objetivo não é evitar que o paciente morra, mas que a morte se produza nas melhores condições; assim, o médico se vê em uma situação onde a morte o expõe diante das limitações da medicina, produzindo sentimentos de frustração e culpa. Alguns autores discutem que isso reflete na formação médica que se defronta com poucas oportunidades de discutir temas sobre "perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte". (Bascuñán, 2005; Albuquerque& Araújo, 2011; BRASIL, 2009 pág. 52).

Por outro lado, existe a resistência dos familiares, os quais, na maioria das vezes, são os primeiros a serem informados e, na maior parte dos casos, decidem por não contar ao paciente, fazendo parte de um "pacto de silêncio" com os profissionais da saúde. Nos dois casos discutidos, os familiares se recusaram a informar ao paciente a verdade por receio de que isso contribuiria para uma piora do caso clínico, por não confiar na equipe médica, por desconhecer as maneiras de passar uma informação delicada como um prognóstico sombrio e por não saber lidar com essa situação.

Com muita frequência, são os familiares que pedem a equipe de saúde para ocultar a verdade ao paciente, visto que os mesmos têm a intenção de proteger o familiar enfermo através da crença de que "saber é sofrer", assim, ao se ocultar a verdade, evitar-se-ia que o familiar sofresse. Porém, ao mesmo tempo, isso tira do paciente o direito de decidir por si mesmo, o direito de decidir sobre sua vida e sua morte. Em casos como estes, o paciente de alguma maneira sentirá que estão escondendo algo e terminará perdendo a confiança no médico e em seus familiares mais próximos, o "pacto de silêncio" levará o enfermo a isolar-se e a viver sua enfermidade em solidão (Bascuñán, 2005; Gulinelli *et al.*, 2004).

No caso de Severino, verificou-se que, no início do acompanhamento, os familiares não queriam que fossem fornecidas informações ao paciente sobre seu estado. Com o esclarecimento e apoio dos profissionais que acompanhavam o caso, sobretudo da psicologia, que atuou sempre respeitando a opinião dos familiares e refletindo com eles sobre a importância do paciente saber a verdade e os benefícios que lhe trariam, pontuou-se que em algum momento Severino poderia desconfiar e questionar tanto a equipe de saúde, quanto os próprios familiares.

Houve também uma maior abertura por parte dos profissionais médicos que atuaram junto com a equipe multiprofissional, participando de reuniões com os familiares do paciente, esclarecendo-lhes o diagnóstico do paciente frente às dúvidas que surgiam. Diante disso, a confiança dos familiares foi conquistada e estes entenderam a importância de ser dita toda a verdade ao paciente, colaborando com a equipe e dando o apoio necessário a Severino.

No caso de Lucíola não foi possível essa colaboração dos familiares diante da comunicação da verdade, pois os mesmos se mostraram inseguros, receosos e resistentes; também não houve por parte dos

médicos assistentes uma atitude de escutar o paciente perguntando-lhe sobre seu desejo. Assim, Lucíola não teve a possibilidade de decidir sobre sua vida e sobre sua morte.

Isso aconteceu porque no caso de Lucíola, que foi o primeiro caso atendido pela equipe multiprofissional, o diálogo com a equipe médica estava se estabelecendo na clínica cirúrgica, existiu uma tentativa de contato da psicóloga responsável com os médicos assistentes da paciente, bem como com os familiares. Tanto os médicos se mostraram resistentes em dar a notícia a paciente, quanto os familiares se recusaram a aceitar que fosse comunicado a verdade. Assim, não houve uma abertura para com a paciente.

De acordo com a literatura, a maioria dos pacientes em estado terminal gostaria de receber informações "honestas, claras e compreensíveis" a respeito do seu quadro orgânico. Porém, mesmo que a maioria deseje ser informada, há também o direito de não querer saber, com isso, o seu desejo deve ser respeitado. Uma das opções é perguntar ao paciente se este gostaria ou não de ser informado sobre sua doença, pois "receber as informações é um direito seu e não uma obrigação". (BRASIL, 2009 pág. 52; Albuquerque & Araújo 2011 pág. 50; Kübler-Ross, 2000).

Como foi visto no caso de Lucíola, a falta de confiança na equipe, por parte dos familiares, com relação à forma com que se comunicaria à paciente a verdade é uma das dificuldades frequentes e que dificulta a compreensão e colaboração da família com a equipe de saúde; isso ocorre porque muitas vezes os profissionais não passam a informação ao paciente da melhor maneira possível, tampouco transmitem aos familiares segurança e apoio.

As estratégias para uma boa comunicação de notícias difíceis podem ser seguidas da seguinte maneira: primeiro prepara-se para comunicar, nesta preparação é preferível que se escolha um local adequado onde o paciente possa sentar, tenha um cuidado com a privacidade e reserve um tempo para dar a informação. Antes de informar pergunte ao paciente o quanto este sabe e o quanto deseja ou aguenta saber, para isso utilize perguntas abertas e avalie as respostas não verbais, bem como as condições emocionais do paciente. Quando for passar a informação, utilize um tom de voz suave e um vocabulário de acordo com o nível de compreensão do paciente, seja claro e deixe espaço para que o outro faça perguntas. Acolha os sentimentos surgidos e planeje junto com o paciente o seguimento do tratamento, é importante falar sobre as possibilidades de tratamento estabelecendo as metas a curto, médio e longo prazo e as formas de atingi-las. Deixe claro que estará disponível caso este necessite e que não irá abandoná-lo (BRASIL, 2009 pág. 54).

Também é importante dizer ao paciente que nem tudo está perdido, que não vai abandoná-lo e que equipe de saúde e familiares vão batalhar juntos, fazendo o melhor possível. Com isso, o paciente não se sentirá abandonado e confiará na honestidade do médico, esta aproximação é importante até para os familiares se sentirem mais confortáveis, visto que estes se sentem impotentes diante de tais situações. A autora não acha necessário que se especifique quanto tempo de vida ainda resta ao paciente, visto que em seus estudos verificou-se que "todos os pacientes conservam uma porta aberta a possibilidade de continuarem vivendo..." (Kübler-Ross, 2000 Pág. 35).

Por fim, se faz importante discutir quais são os benefícios alcançados quando um paciente é bem informado. Suchman e Matthews (apud Gulinelli *et al.*, 2004) sugerem que um paciente bem informado colabora com o tratamento, bem como se verifica uma diminuição no sentimento de isolamento. Segundo Bascuñán (2005), os benefícios psicológicos relacionados ao processo de elaboração da enfermidade e morte são maiores do que os riscos temidos.

Assim, deve ser levado em conta que os pacientes precisam, se assim desejarem, saber a verdade e em casos em que se trata de uma doença progressiva e incurável, é importante que estes compreendam o que está acontecendo com seus corpos para poderem participar ativamente do processo de decisão junto com familiares e equipe de saúde (Albuquerque & Araújo, 2011).

Aqui a psicologia tem papel fundamental, mediando o diálogo entre médicos e familiares na comunicação,

bem como em todo o processo intermediando a relação entre paciente, familiares e equipe médica. Este é o profissional que consegue se aproximar e entrar em contato com questões emocionais vivenciadas pelos pacientes, o próprio paciente irá sinalizar o desejo de saber a verdade, assim é o psicólogo quem faz a ponte entre paciente/familiar, paciente/equipe, bem como entre familiares e equipe médica, visto que quando os familiares se opõem a que se diga a verdade ao paciente, mesmo que este deseje saber, a equipe médica se apoia na decisão da família para eximir-se de sua responsabilidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Comunicar ao paciente a verdade, ainda se constitui como uma tarefa conflituosa para os profissionais da medicina, bem como não é consenso entre os profissionais da saúde e familiares de que o melhor para o paciente é saber a verdade, haja vista a crença de que "saber é sofrer". Ainda que os próprios pacientes sinalizem o desejo de ser informado alguém toma a decisão por ele e assim os pacientes se mantêm alheios ao seu processo de assistência e cuidado.

Devemos levar em conta que a comunicação da verdade não se constitui como tarefa fácil, os profissionais da saúde não estão acostumados a discutir sobre morte e morrer como algo inerente ao processo de vida, fazendo parte da nossa existência e se constituindo como parte do desenvolvimento humano. Diante disso, falar sobre morte, comunicar uma má notícia, é entrar em conflito consigo e com as práticas desenvolvidas, cujo objetivo é a cura.

Porém, devemos levar em conta que na outra ponta está o paciente que se angustia e que sofre porque tem várias dúvidas que não são esclarecidas. O paciente sabe e sente que não está bem, vivencia dias intermináveis em um leito hospitalar, será que em algum momento ele não desconfiará de nada Será que estar desenganado não produz conflitos, medo, insatisfação

Vimos nos casos abordados que não é possível ocultar por muito tempo a verdade do paciente, a verdade deve ser parte do respeito que todo ser humano merece ter, devemos levar em conta que é na verdade que está baseada toda relação de confiança. A não comunicação da verdade não permite que o paciente tenha uma visão realista do seu futuro e nem que o mesmo seja capaz de dar um sentido ao final de sua vida, faça seus projetos de vida e vivencie como deseja os seus últimos dias. Os danos são maiores que os benefícios quando os pacientes não são informados.

Verificamos nos casos discutidos que os familiares são peças chave quando se trata da comunicação da verdade, podendo estar aliados à equipe ou dificultando as ações da mesma. Aqui a psicologia pode mediar à comunicação entre familiar e equipe, pois quando se estabelece uma relação de confiança, os familiares se somam a equipe em prol do paciente. O medo dos familiares nos casos discutidos era com relação à maneira como seriam dadas as informações ao paciente, acreditando que as informações tirariam a esperança de vida que ainda restava ao paciente e, por conseguinte, ele evoluiria rapidamente para o óbito. É preciso estabelecer uma relação de confiança com os familiares, através da comunicação e do acolhimento, do esclarecimento das dúvidas e do respeito pela opinião dos mesmos. Também é importante refletir com eles os benefícios do paciente saber a verdade. Com paciência, diálogo e respeito é possível estabelecer uma relação de confiança com os familiares e, assim, contar com eles no processo de comunicação da verdade ao paciente.

É importante ressaltar que o trabalho da psicologia não consiste em convencer os familiares a aceitar que seja dita a verdade ao paciente, pelo contrário, deve existir aí o respeito pela opinião da família e oferecer o apoio emocional. Na maioria dos casos os conflitos são dos familiares e não dos pacientes, o medo, a angústia e o sofrimento que estes vivenciam devem ser acolhidos. Podemos perceber nos casos clínicos discutidos, que a família muitas vezes se encontrava perdida em relação ao que seria melhor a ser feito, assim, refletir com eles a importância de se colocar no lugar do outro pode ser um passo importante e que ajuda no processo de entendimento dos familiares. O psicólogo auxilia os familiares nesse sentido, para que estes não se sintam desamparados em um momento tão difícil.

Por fim, ressaltamos a importância em trabalhar em equipe, visto que os casos acima foram atendidos por uma equipe multiprofissional, onde o psicólogo desempenha importante e difícil função. O diálogo com outros profissionais não se constitui como tarefa fácil para a psicologia, em um ambiente onde reina uma visão biológica e curativa. Diante disso, como conseguir que os profissionais de outras áreas entendam que dizer a verdade ao paciente, mesmo quando essa verdade é difícil, como em casos de pacientes em cuidados paliativos, pode ser benéfico. Como conseguir que os médicos sejam parceiros na hora da comunicação ao paciente

A atuação em equipe é sem dúvida um desafio, essas barreiras podem ser vencidas com o diálogo, com aproximações com outros profissionais para que estes entendam a importância que tem a comunicação da verdade aos pacientes atendidos. Porém, aqui não se esgotam esses desafios que a prática nos impõe. É uma batalha travada no cotidiano e que precisa ser discutida constantemente.

#### **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.

ALAMY, S. Humanização hospitalar (). **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, Jul-Dez 2005, Ano 1, Vol. 1, n.2, 2005.

ALBUQUERQUE, P. D. S.M DE; ARAÚJO, L. Z. S DE. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **RevAssocMedBras** 2011; 57(2):144-152, 2005.

BASCUÑÁN, M. L. Comunicación de la verdade em medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. **Revista medica de Chile**. 133: 693-698, 2005.

GULINELLI, A. ET AL. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **RevAssocMedBras**, v. 50, n. 1,p. 41-7, 2004.

MÜLLER, M. Comunicação em Saúde: binômio assistente e assistido. In: VIII Semana Científica do HUB, 2005, Brasília. **Revista Saúde HUB**, 2005.

TORRES, H. S & SANDOVAL, J. M. H. Saber escutar o paciente: um remédio a serviço da promoção da Saúde.VI Conferência Brasileira de Comunicação em Saúde, 2003, São Bernardo do Campo. Anais da VI COMSAÚDE, 2003.

KÜBLER-ROSS, M. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. Tradução de Paulo Menezes- 8ª ed. 2ª tiragem- São Paulo: Martins Fontes, 2000.

---

[1] Integrante do Programa de Pós-Graduação em Formato de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do HU/UFS.

[2] Os nomes dos pacientes foram substituídos por nomes fictícios para resguardar o sigilo.

[3] Conjunto de canais que se formam dentro do fígado e que confluem de modo completamente similar a um rio.

---

[i] Residente de Psicologia do programa de pós-graduação em formato de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. gicelmabarreto18@hotmail.com

[ii] Professor adjunto do Departamento de Psicologia e do Núcleo de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe/UFS, tutor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário da UFS, psicólogo (1999/Ufes), mestre (2003) e doutor(2008) em Saúde Coletiva pelo IMS/Uerj, pós-doutorado (2013) em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. rsphenriques@hotmail.com