

Conspiração do Silêncio: contributo na comunicação de más notícias

João de Carvalho*

Resumo

A comunicação é sem dúvida um pilar na arte de cuidar. A comunicação de más notícias, reveste-se no contínuo da vida, de um evento muito importante, pois é encarada com dificuldade, não só pela complexidade emocional, como pela exigente preparação que acarreta. A conspiração do silêncio é considerada como um contributo positivo ou negativo na preparação / transmissão das más notícias.

Palavras Chave: Comunicação, Comunicação de Más Notícias, Conspiração do Silêncio.

0. Introdução

A comunicação é fundamental nos cuidados paliativos, envolve o cliente, a família e a equipa numa relação, entre eles, dinâmica e constante, estando presente em todas as actividades. É considerada como “arma” terapêutica vital, que permite desenvolver o princípio de autonomia no cliente, o consentimento informado, a confiança mútua e a informação que necessita quer para ser ajudado quer para se ajudar a si próprio.

Apesar de ser uma tarefa inevitável para o profissional de saúde, comunicar más notícias ao cliente, continua a ser uma função complicada e complexa pois o conhecimento da existência de uma doença grave que envolve risco de morte, incapacidade e outras perdas, provoca sentimentos intensos e dolorosos no cliente. Daí ser necessário, enquanto profissionais de saúde desenvolvermos

técnicas e habilidades, para comunicarmos da melhor forma possível, com o objectivo de reduzir ou mesmo eliminar estas mesmas dificuldades ou obstáculos.

A nossa experiência e formação profissional são ferramentas preciosas, ao nosso dispor, para enfrentar este delicado processo, mas temos também que ter em conta que não são as únicas na comunicação em cuidados paliativos. A aquisição de conhecimentos e treino destas técnicas, são bastante eficazes para melhorar este aspecto da comunicação, e introduzi-lo progressivamente na nossa prática diária, com resultados bastante positivos tanto para os clientes como para os profissionais, como nos diz JESUS (2007) “(...) tem que ser terapêutica (promover o bem e não provocar dano significativo) e respeitadora da dignidade do doente e seus familiares. Neste âmbito, está também a necessidade de proceder à informação sobre o desenvolvimento do processo saúde/doença e doença/morte, evitando a perniciosa “conspiração do silêncio”.

* Artigo realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS, revisto por Lurdes Martins (Coordenadora da Pós-Graduação)

A conspiração do silêncio é caracterizada por motivações, sentimentos e atitudes, que se estabelecem entre doentes, familiares/pessoas significativas e os próprios profissionais, o que lhes provoca um dilema, pela ponderação entre os princípios éticos de beneficência/ autonomia versus não maleficência/ justiça, é acerca desta complexidade o que se pretende desenvolver ao longo deste artigo.

1. A arte de comunicar

Comunicar, deriva do latim *comunicare*, que significa “pôr em comum”, “associar” ou “entrar em relação com”. Assim, comunicar pode ser assumido como uma troca de ideias, sentimentos, experiências entre pessoas.

DU GAS(1988,98) afirma que: “(...) o núcleo fundamental da enfermagem é o relacionamento estabelecido entre o enfermeiro e o cliente. Trata-se de um relacionamento profissional baseado na confiança e no respeito através do qual o enfermeiro possa ajudar o cliente sendo necessário que possua habilidade de comunicação, já que sem ela, nenhum relacionamento será possível (...)”.

O enfermeiro ocupa um lugar/papel importante e privilegiado no contacto e na relação com o cliente, uma vez que na acção de reciprocidade estabelecida, favorece a utilização de meios de comunicação verbal e não verbal, fundamental para que os cuidados sejam verdadeiramente eficazes, no sentido da desmitificação do estigma da doença.

Assim a informação transmitida reveste-se de uma atitude ética para com o cliente e ao mesmo tempo como uma mensagem de confiança, ao quebrar com a solidão, ao ajudar, ao dar resposta à satisfação das necessidades humanas básicas e às necessidades recíprocas de ordem intelectual, afectiva, moral e social. Para reforçar esta ideia, GARCIA

(2002,22) diz-nos que: “O dizer sempre a verdade, o transmitir esperança, o perder o medo de interagir a nível emocional, são pressupostos básicos muito particulares em cuidados paliativos e que deverão caracterizar qualquer acto comunicativo neste contexto”.

Na relação terapêutica, a componente não verbal corresponde à maior fatia do bolo que é a comunicação, através do ouvir (escuta activa), do olhar, da expressão facial, da postura, da distância e do toque, este último constitui um meio de estabelecer a sensação de ligação, com as outras pessoas e com o mundo em geral, por isso o toque, pode ser uma atitude comunicativa importante, em todo o processo terapêutico, uma vez que reduz a sensação de isolamento. (TWYXCROSS, 2003,38)

Além disso, o toque constitui, juntamente com a audição, um dos últimos sentidos a perder antes da morte, pelo que é indicado até nos últimos momentos, se queremos, na realidade, que o cliente não morra sozinho. (GARCIA, 2002,25)

Neste processo de comunicação com o cliente, é fundamental e necessário a empatia, a honestidade e a personalização, através de uma escuta activa, de colocação de questões e de transmitir informações, para que possa existir um “feedback”, que nos indique que existe um equilíbrio entre a emoção e o entendimento.

2. Comunicação de Más Notícias / Conspiração do Silêncio

Segundo JESUS (2007), “Má notícia é uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afectando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe e que persiste durante algum tempo após a sua recepção.” (In JORNAL DA MADEIRA, on line). De facto

a percepção que o ser humano tem do contínuo da sua vida, da maneira como a vive, é interrompida abruptamente, na interiorização/recepção de uma má notícia, sobre a sua saúde. Ela vem provocar perturbações, importantes, no conseguir ajustar-se e adaptar-se a essa situação.

Fica a pergunta, como comunicar más notícias, de modo a minimizar todas estas perturbações e de modo a nunca destruir a esperança?

Existe um protocolo, de grande utilidade, usado na comunicação de más notícias – o protocolo de (BUCKMAN, 1994) – que consiste de seis etapas consecutivas, não se devendo passar para a etapa seguinte, sem terminar a anterior, a um ritmo que é ditado pelo doente e acabando na etapa que o doente deseje, que nos parece ser o mais adequado. Passamos a descrevê-lo pela sua pertinência, na comunicação de uma má notícia.

O primeiro passo é começar, num contexto físico adequado, de modo a garantir a privacidade do cliente. Devem estar presentes os familiares/pessoas mais significativas para o cliente. Hoje em dia, preconiza-se que o profissional que está mais próximo do cliente, deve comunicar a notícia, o que logicamente leva a mais trabalho de equipa, não deve esse profissional, fazê-lo sozinho. Esta transmissão de informação, e como vimos atrás, requer bom senso e diálogo para com o cliente, este tem o direito de receber a notícia sozinho ou acompanhado, se assim o decidir.

O segundo passo descreve-se por descobrir o que o cliente sabe, pedindo-lhe que forneça uma explicação para o que lhe está acontecer, e saber se alguma informação lhe foi comunicada, por outros profissionais de saúde.

O terceiro passo caracteriza-se por

pesquisar até que ponto o cliente quer ter informação sobre a sua situação clínica, perceber se gosta ou não de discutir pormenores sobre a saúde e considerar, sempre, a possibilidade de os resultados poderem ou não ser positivos. O quarto passo é transmitir a notícia, em pequenas quantidades de informação, em função daquela que o cliente consegue suportar, em termos de tempo. Há que verificar a reacção do cliente, começando sempre pelo ponto em que o cliente começou, e dar o chamado “tiro de aviso”. Após esta informação ser transmitida, e se o cliente não imagina a gravidade da sua situação, então aqui sim, temos uma tarefa difícil a enfrentar. Temos que conseguir fazer a transição de que está bem, para a de que está gravemente doente, este tempo de transição pode demorar horas, dias ou até mesmo semanas, depende de cada um. O mais importante é o cliente perceber que não está sozinho nesta fase da sua vida, e que mesmo não havendo cura, há intervenções concretas para prevenir o seu sofrimento. A utilização de uma linguagem acessível neste passo é fundamental.

No quinto passo respondemos às emoções e às perguntas do cliente, o medo e o desgosto são duas reacções, que são traduzidas contra o próprio profissional. Devemos nesta fase identificar e aceitar a reacção do outro, respeitar o seu silêncio o seu choro e a sua agressividade, uma vez que o alvo da agressividade não é o profissional, mas sim o conteúdo da mensagem. O apoio, a compreensão e o validar a reacção emocional como natural, são elementos chave para que este passo se consiga ultrapassar. O toque é importante, pois permite tranquilizar o cliente e demonstra apoio e disponibilidade.

O sexto passo caracteriza-se por uma fase de planeamento e

acompanhamento. Conjuntamente com o cliente, devemos procurar quais os principais problemas a resolver, adoptar um plano (de comum acordo), demonstrar que há pequenas metas possíveis de atingir, e desta forma conseguir concretizar aspectos, positivos, gratificantes. Devemos deixar, sempre, uma “porta aberta” para que o cliente possa exprimir, possa falar connosco e deixar sempre um próximo contacto marcado.

Apesar deste protocolo ser bastante útil para a transmissão de más notícias, o que é certo é que não existe uma fórmula, e por este motivo se diz, que este aspecto da comunicação, se trata de uma arte. Para reforçar esta ideia, SIMPSON (1979) diz-nos: “O acto de dar notícias, tal como os tumores, pode ser benigno ou maligno. As notícias também podem ser invasivas, e os efeitos de uma má comunicação com o paciente podem metastizar a família deste. A verdade é um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor, mas mesmo assim temos de desenvolver uma compreensão adequada da sua farmacologia clínica e reconhecer a ocasião e a dosagem óptimas para a sua administração. De igual modo necessitamos compreender os metabolismos inteiramente associados entre a esperança e a negação.”

O cliente, depois da transmissão da má notícia, é normal que pergunte o que lhe vai acontecer, quanto tempo têm de vida...

Não se pode adivinhar o tempo de vida de um cliente, nem se deve dizer “vive tanto tempo...”, pois passado esse tempo criam-se falsas esperanças, e o tempo próximo da previsão é angustiante.

Devemos, isso sim, fornecer apoios e recursos para que a pessoa possa deixar tudo planeado e assegurado. Propor

objectivos para manter a pessoa motivada, com a ida a um local com importância religiosa, fazer as pazes com quem possa ter conflitos, realizar actos significativos (as coisas mais simples podem ter muito valor).

Quando o cliente quer parar o tratamento, compete-nos a nós, perceber o porquê de parar, facilitar o consentimento informado, esclarecer sobre as dúvidas que têm, sintomas, o que acha do tratamento, e acima de tudo não devemos “deixar sem luta” que o doente deixe o tratamento, mas também não o podemos obrigar. Há que explicar consequências de deixar e benefícios de continuar, e dar tempo para que possa reflectir. Normalmente a família não quer que o cliente deixe o tratamento, e isso pode influenciar na decisão, face à dúvida de continuar ou de parar.

Seguindo o princípio da autonomia, a informação só deve ser transmitida à família, com consentimento do cliente, seja ele implícito ou explícito.

Mas infelizmente, na nossa sociedade, isso não acontece. Vemos, isso sim, muitas das vezes, a família a receber informação, acerca do seu ente querido, sem que ele (cliente) seja informado. O que leva a família, como protectora dos seus elementos, tomar atitudes e acções, como “Por favor, não lhe diga nada!”, ou “Não acha que ainda é cedo para ele saber o que tem”.

O que por sua vez gera o que apelidamos de Conspiração do Silêncio, ou seja existe uma tendência de encobrimento de uma situação incómoda, de manipulação da verdade, desenvolvendo-se na cultura da mentira e/ou omissão, nesta base estão muitas vezes motivações e sentimentos que vão desencadear, conforme as situações que se pretendem ocultar, um conjunto de reacções, as quais contribuem para

caracterizar os comportamentos inerentes a quem participa nesta conspiração, são elas: protecção do próprio, do outro, em proveito do próprio, obediência cega, medo, vergonha, culpa, negação, insegurança, perda e muitas outras. ALMEIDA (2007,25 e 26). Alguns autores, como JESUS (2007) consideram a conspiração do silêncio como "(...) perniciosa (...)", outros, como BARBERO (2006) dizem que: "(...) También nuestros silencios producen cánceres: el de la indiferencia y el de la exclusión tolerada."

O confronto com a verdade, sobretudo quando ela é muito dolorosa, obriga a uma destruturação, criando-se a convicção de que tem que haver um momento prévio de preparação, o que se pode vir a arrastar por muito tempo, e o que leva a efeitos indesejáveis, como são: perpetuação do sofrimento, desvalorização de um problema que pode vir a ter consequências graves para todos, ausência de apoio, de assistência adequada, com pouca aprendizagem sobre as situações, uma vez que fica oculto a experiência de vida que daí se pode tirar, situações que não são debatidas nem divulgadas. (ALMEIDA, 2007, 27)

O profissional de saúde, neste contexto, encontra-se numa situação difícil, principalmente se sabe que o cliente está interessado em saber a gravidade da sua doença. Aqui o Código Deontológico do Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, no seu artigo 84 – do dever de informação, pode-nos dar uma ajuda, no nosso dever para com o cliente, sem hostilizar a família, pensamos que isso é claro.

Nesta situação deve-se seguir o conceito de não impor a verdade, se o cliente não a quiser saber, sem mentir se este

perguntar. Ou seja, aplicamos o princípio da honestidade e tranquilizaremos a família, transmitindo-lhe que nada diremos ao cliente, se este não o quiser saber.

É fundamental fomentar a chamada esperança realista e manter o apoio incondicional, assegurando um óptimo controlo de sintomas.

Através do Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros, face ao Consentimento Informado, que data de 15 de Março de 2007, podemos afirmar, que a conspiração do silêncio, tem aqui um efeito terapêutico, na alínea 3, das Especificidades do Consentimento, ponto 3, em que diz, e passo a citar "em situação de «privilégio terapêutico» - uma salvaguarda do dever de esclarecimento, prevista no Artigo 157 do Código Penal, "salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica". Considerando a possibilidade de decisão "de privilégio terapêutico", é necessário acautelar dentro da equipa de saúde os processos de comunicação de modo a garantir a harmonização dos procedimentos dos profissionais."

3. Conclusão

A comunicação de más notícias é um dilema entre o princípio da Autonomia e o princípio da Não Maleficência, pois tão maleficiente pode ser o comunicar de um diagnóstico, ou prognóstico negativo a um cliente que não quer saber, como a conspiração do silêncio face a um cliente que deseja ser informado acerca da sua doença.

Podemos afirmar que a conspiração do silêncio não serve como um contributo,

para a comunicação de más notícias, para o cliente, uma vez que parte de pressupostos errados, de protecção desmesurada. ALMEIDA (2007,25) afirma que: " De uma forma geral a conspiração do silêncio está conotada com a prestação de cuidados em fim de vida, o que pode ser explicado pelo facto, de até à primeira metade do Séc. XX, na área da saúde, haver a crença paternalista de que as más notícias desencadeiam angustia no doente em vez de lhe manter a esperança, e por isso devem ser evitadas e a verdade dolorosa omitida..." Ao longo desta pesquisa bibliográfica deparamo-nos com ideia de quanto delicada e difícil de trabalhar é esta vertente da comunicação. Os profissionais de saúde, sentem e vivem por vezes essas dificuldades, e desta resulta a necessidade de formação nesta área.

Bibliografia

- 0871-6196. N.º 165 (2002), p. 20-25;
- JESUS, Élvio Henriques – A Comunicação de Más Notícias. <http://www.ordemenfermeiros.pt>, acedido a 20 de Julho de 2007
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Enunciado de Posição: Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Enunciado%20consentimento.pdf>, acedido a 20 de Julho de 2007
- SIMPSON, M.ª (1979), The facts of death, Nova Jérsea, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- TWYCROSS, R. – Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-093-6;
- ALMEIDA, Ana M.; ALMEIDA, Maria J. – A conspiração do Silêncio - sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. Revista Sinais Vitais. ISSN: 0872-8844. N.º 73 (2007), p. 25-29;
- BARBERO, J. - El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar, <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple3a.html>, acedido a 15 de Julho de 2007
- BUCKMAN, R.; KASON, I. - How to break bad news: A guide for health-care professionals. 1ª edição. [s.l.]: Pan Books, 1994;
- DU GAS, B.W. – Enfermagem Prática – Rio de Janeiro, Editora Guanabara. 1988. Pág.98
- GARCIA, Susana P. – Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. Nursing. ISSN:

João de Carvalho
Licenciado em Enfermagem
Enfermeiro Graduado na
Unidade Hospitalar de Elvas