

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

**HECI**

**PSICOLOGIA - ATENÇÃO AO CÂNCER**

**THAIS SILVESTRE BATISTA**

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM ONCOLOGIA: A  
CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO COMO OBSTÁCULO AOS  
CUIDADOS PALIATIVOS**

**CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES**

**Janeiro /2021**

## COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM ONCOLOGIA: A CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO COMO OBSTÁCULO AOS CUIDADOS PALIATIVOS

COMMUNICATION OF BAD NEWS IN ONCOLOGY: THE CONSPIRACY OF SILENCE AS AN OBSTACLE TO PALLIATIVE CARE

BATISTA, Thais Silvestre<sup>1</sup>  
ZIGONI, Gustavo Ribeiro<sup>2</sup>  
GASPAR, Rosita Angélica<sup>3</sup>

### RESUMO

A comunicação de más notícias em oncologia é uma questão delicada a todos os envolvidos. Ao evitar entrar em contato com temas comumente ignorados na sociedade, como morte e finitude, os profissionais afastam-se da responsabilidade de informar aos pacientes acerca de diagnósticos e prognósticos reservados, desenvolvendo algo que a literatura conceitua como Conspiração do Silêncio. Ao negar informação adequada ao paciente, este converte-se ao estado de objeto do cuidado médico, tendo sua autonomia inviabilizada. Por sua vez, o empecilho do exercício da autonomia se apresenta como uma barreira intransponível aos cuidados paliativos. O estudo se orientou a partir da revisão narrativa, tendo sido realizadas pesquisas nas bases de dados Google Acadêmico, Bvs e Scielo.

**Palavras-chave:** Comunicação; Oncológico; Equipe-paciente; Informação de prognóstico; Conspiração do Silêncio.

### ABSTRACT

Communicating bad news in oncology is a sensitive issue for everyone involved. By avoiding contact with topics commonly ignored in society, such as death and finitude, professionals move away from the responsibility of informing patients about reserved diagnoses and prognoses, developing something that the literature conceptualizes as Conspiracy of Silence. By denying adequate information to the patient, he becomes the object of medical care, his autonomy being unviable. In turn, the obstacle to the exercise of autonomy presents itself as an insurmountable barrier to palliative care. The study was guided by the narrative review, with searches carried out in the Google Scholar, Bvs and Scielo databases.

**Keywords:** Communication; Oncological; Team-patient; Prognosis information; Conspiracy of Silence.

---

<sup>1</sup> Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em atenção ao câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, thaissilvestreb@outlook.com.

<sup>2</sup> Orientador: enfermeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.zigoni@gmail.com.

<sup>3</sup> Co-Orientador: psicóloga, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, rosi.angelica7@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

As principais causas de adoecimento e óbitos na população mundial na atualidade são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo estas, em 2015, responsáveis por 51,6% dos óbitos ocorridos na faixa etária dos 30 aos 69 anos, no Brasil (BRASIL, 2018). Segundo dados apontados pela World Health Organization (2013), as DCNT's mais comuns são as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e diabetes.

O câncer é um problema de saúde pública mundial, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (DE CARVALHO, 2019), correspondendo a 8,8 milhões de mortes em 2015 (SIEGEL et al., 2015; WHO, 2018). Segundo Ferlay (2013), em 2012 ocorreram 14,1 milhões de novos casos e 8,2 milhões de óbitos devido ao câncer.

No que concerne aos aspectos subjetivos do câncer, trata-se de um acometimento que, muito corriqueiramente, relaciona-se com a perda da integridade do portador, mutilações e dores físicas e, por fim, a finitude da vida. Dessa forma, o universo simbólico que envolve a vivência oncológica é permeado de conteúdos de cunho consideravelmente negativo (GIOVANINI; BRAZ, 2013).

Apesar dos inegáveis avanços no tratamento oncológico, inclusive nos países de baixo e médio desenvolvimento, nem sempre é possível alcançar a cura (DINIZ, et al., 2006). Dessa forma, Geovanini e Braz (2013), afirmam que em oncologia, notícias consideradas difíceis rondam todas as fases vivenciadas pelo paciente, desde a descoberta do diagnóstico, as possibilidades terapêuticas e seus efeitos colaterais, bem como a possível progressão da doença e fase de terminalidade e óbito.

No domínio da relação entre profissionais de saúde e pacientes em processo de finitude, a comunicação de más notícias continua a ser uma das situações mais delicadas e complexas, visto que, ao tratarem de terminalidade e cuidados de fim de vida, os profissionais acabam por esbarrar em questões que são comumente evitadas na sociedade, por serem considerados desconfortáveis (BASTOS, 2016).

Entraves na comunicação podem ocorrer em qualquer situação relacional, sobretudo envolvendo questões complexas como doença e morte. No caso

específico do cuidado oncológico, tais questões são agravadas pelo simbolismo referente à palavra câncer, bem como as limitações de ordem pessoal e falta de preparo dos profissionais designados para a realização de tal tarefa (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

As dificuldades relacionadas à comunicação entre médico e paciente contribuem para a ocultação da verdade, para o emprego da mentira piedosa ou mesmo o silêncio, e por muitos anos tal postura foi considerada moralmente correta (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Apesar das atuais orientações a respeito do tema salientarem a importância da honestidade e do direito do paciente de receber informações acerca do seu quadro clínico (FRANCO, 2006), a falta de preparo dos profissionais para a comunicação e o suporte emocional aos pacientes geram silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, com sérios prejuízos à relação terapêutica e ao processo de elaboração dos sentimentos e emoções que atravessam os sujeitos acometidos pelo adoecimento (BASTOS, 2016), bem como impede o exercício da autonomia, fator de fundamental importância aos cuidados paliativos (GEOVANINI, 2013).

Dessa forma, torna-se necessária a discussão a respeito do tema da comunicação entre equipe de saúde e paciente, devido à grande dificuldade dos atores dessa relação no que tange à comunicação de assuntos tão delicados e sensíveis, que envolvem questões de saúde e doença, vida e morte (MENDES, 2009).

As dificuldades de comunicação e falhas na transmissão de informação a respeito do real quadro clínico do paciente manifestam-se como grandes obstáculos no processo de cuidado dos pacientes em situação de progressão de doença, bem como de seus familiares (BARBERO, 2006), o que torna necessária a análise a respeito da qualidade da comunicação entre os agentes de cuidado, família e paciente, e como tais falhas podem interferir negativamente no emprego dos cuidados paliativos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura, a fim de abordar os conteúdos produzidos a respeito do tema, não utilizando de critérios enrijecidos, além de não se estabelecer proposta de esgotar as fontes de informação, dessa forma, a seleção do material e sua interpretação se sujeita a análise crítica do pesquisador (RHOTER, 2007).

Para o levantamento da bibliografia pertinente ao tema foram feitas buscas pelos descritores “comunicação”, “oncológico”, “equipe-paciente” e “informação de prognóstico” nas bases de dados Google Acadêmico, Bvs e Scielo, os descritores foram buscados tanto na língua portuguesa como na língua inglesa e espanhola. O material levantado foi consumido e transformado em fichamento.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Conspiração do silêncio**

No contexto hospitalar, onde os profissionais e usuários deparam-se com questões delicadas e potencialmente dolorosas, a prática de ocultar ou alterar a realidade que será transmitida ao paciente a respeito do seu diagnóstico e prognóstico é frequentemente observada, tornando-se um obstáculo ao processo de comunicação entre equipe de saúde, família e paciente. Tal prática se manifesta de maneira tão emergente nos contextos do cuidado à saúde que passou a ser estudada e, no meio acadêmico, recebe a nomenclatura de Conspiração do Silêncio. Machado (2019) discorre a respeito da Conspiração do Silêncio, definindo como acordo, de forma explícita ou implícita, que, desconsiderando o desejo do paciente pelo conhecimento da verdade, é pactuado entre familiares e membros da equipe de saúde, objetivando alterar ou omitir informações do paciente, se manifestando como ocultação do diagnóstico, e/ou prognóstico, bem como da gravidade da situação.

Nos tradicionais códigos de ética médica do século XIX constavam os incentivos à ocultação da verdade e à mentira considerada piedosa, sob a

justificativa de não provocar dano ao paciente. Após dois séculos, as orientações encontram-se direcionadas para a honestidade, com ênfase no direito do paciente ao conhecimento do seu estado clínico (FRANCO, 2006), contudo, tais orientações nem sempre são empregadas na prática dos serviços de saúde.

A realidade do contexto clínico do paciente, diversas vezes, se mostra mais dura do que seria tolerável aos sujeitos envolvidos, dessa forma, ainda nos dias atuais, os familiares e equipe sentem-se na incubência de criar uma estória que seja suportável a todos, situação em que os sujeitos deliberadamente transformam a realidade em algo considerado tolerável (VOLLES, 2012).

Dessa maneira, diagnósticos ou prognósticos desfavoráveis são omitidos do paciente. Tal fenômeno ocorre em todos os níveis do tratamento, desde a investigação do diagnóstico, ao decorrer dos cuidados, até à cura ou à morte. Em todas as etapas são encontrados pacientes que apresentam dificuldades em compreender as possibilidades terapêuticas reais, raramente tendo a possibilidade de decidir junto aos profissionais quais as melhores opções de cuidado para sua própria vida (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

A conspiração do silêncio também se manifesta ao minimizar a gravidade de alguma situação, ao omitir determinada informação, ao silenciar algum questionamento, ao adiar a comunicação de dados e resultados de exames, entre outras situações (VOLLES, 2012).

O que leva os familiares e profissionais a desejarem filtrar as informações que chegam ao paciente é justamente o desejo de poupar o sofrimento, buscando aliviar sua dor, ansiedade e angústia, sob a justificativa de preconizar sua saúde, já debilitada pela doença. Ao contar a estória que se deseja, ou ainda, a parte que se suporta contar, a família e equipe objetivam minimizar o sofrimento do outro, impedindo que o descontentamento do paciente tome maiores proporções, que venham a afetar negativamente sua saúde e adesão ao tratamento (VOLLES, 2012).

Ao compreender que determinadas informações não devem ser comunicadas, assume-se que alguém externo ao sujeito é capaz de determinar o que se quer e pode saber, mais do que o próprio paciente, figura central de toda a questão. Más notícias dificilmente são esperadas, e nunca são desejadas, mas elas

se encontram inseridas no processo de vida, de forma que o comportamento de impedir que tais informações cheguem ao sujeito doente denota uma subestimação que se faz do outro (VOLLES, 2012).

Ao contrário do que se imagina, o processo de silenciamento não gera o conforto pretendido. Levando em consideração a ideia de que a comunicação não se dá apenas por meio das palavras, é preciso assumir que existem formas de manifestação do não dito, daquilo que se pretende esconder (VOLLES, 2012).

As informações encontram formas não verbais de se fazerem presentes, visto que, para além da palavra, existe o comportamento a ser observado. Há a leitura do não dito, ou, ainda, daquilo que é dito nas entrelinhas. Há tudo aquilo que não se manifesta com clareza, que se expressa de maneira obscura, ruidosa e incerta, mas que se expressa, que denuncia um algo que está ocorrendo nos bastidores, que algo está sendo negado ao sujeito central de toda a situação (VOLLES, 2012).

Os pacientes passarão a estranhar o desconforto dos médicos e familiares, a falta de convicção nas explicações, a demora no processo de cura ou alta, a falta de lógica nas sugestões de mudanças nos protocolos de cuidado, as justificativas sem nexos para internações, visitas estendidas, mudanças de leito e transferências, fazendo com que a confiança seja abalada (VOLLES, 2012).

O desconhecimento acerca do real estado clínico pode, também, promover ao paciente a criação de expectativas irreais, fazendo com que este passe a acreditar em um processo terapêutico ilusório, o que, ao passo em que ocorre a progressão da doença, fará com que este se depare com abrupta quebra de expectativa e esperança (GEOVANINI; BRAZ, 2013), situação potencialmente violenta à sua saúde mental (VOLLES, 2012).

O não saber a respeito daquilo ao qual se é sujeito central pode ser tão, ou mais, angustiante do que a informação em si, visto que o paciente encontra-se submetido a um desconhecido, remetendo a uma total perda de controle da própria vida. A pessoa adoecida é colocada no papel em que precisa lutar contra algo que não existe, ou que não existe nos moldes de seus conhecimentos. Em tal situação, existe grande chance do surgimento de quadros de ansiedade e depressão (VOLLES, 2012).

As informações sobre diagnóstico e prognóstico possibilitam que pacientes e familiares vivenciem o período do adoecimento de forma menos dolorosa, visto que a comunicação de qualidade entre a tríade equipe, família e paciente tem a capacidade de diminuir o impacto emocional, permitindo a assimilação gradual da realidade, bem como possibilita a partilha de sentimentos, dúvidas e desejos (MACHADO, 2019).

### **Comunicação de qualidade**

Ao tratar de comunicação de diagnóstico e prognóstico em oncologia abarca-se um campo onde os discursos são permeados por receios e temores, situação em que se estabelece a crença de que o conhecimento a respeito da condição clínica afetaria negativamente o paciente. Existe, nos familiares e diversos profissionais, o medo de que o conhecimento do diagnóstico ou prognóstico reservado venha a desencadear a piora do estado físico e emocional do sujeito em questão (GEOVANINI; BRAZ, 2016).

Contudo, a literatura sobre o tema aponta evidências de que a informação adequada surte o efeito contrário. Estudos mostram que a satisfação do paciente está diretamente relacionada à quantidade de informação recebida e à possibilidade de que este participe de maneira ativa na tomada de decisões em seu tratamento (DINIZ, 2006).

Uma pesquisa realizada em 2016 aponta que, mesmo ao se informar prognósticos e notícias desfavoráveis, os pacientes afirmam que a comunicação e o cuidado despendido neste momento favorecem o sentimento de esperança. O autor explica que a atenção sensível voltada para o que é informado, de maneira verbal e não verbal, aliada ao manejo de questões físicas e psíquicas, possibilita que o paciente tenha a percepção de que está sendo cuidado, o que potencializa a esperança (BIANCHINI, 2016).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em 2017, que demonstra que pacientes oncológicos demonstram maior aceitação diante do diagnóstico, prognóstico e tratamento de acordo com a qualidade das relações

estabelecidas entre paciente e equipe, bem como da qualidade do processo comunicacional na transmissão das informações (GALVÃO, 2017).

Na prática em oncologia também podemos nos deparar com a crença estabelecida pelos familiares e profissionais da saúde de que o paciente não desejaria ser informado, em caso de más notícias, sobre seu quadro clínico. Contudo, as evidências encontradas em pesquisas sobre o tema apontam para outro cenário.

Estudo realizado no ano de 2006 mostra que 94,35% dos pacientes assistidos em um serviço universitário de Clínica Geral manifestam o desejo de serem informados a respeito do diagnóstico oncológico. Dado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por Chacon et al., em que 80 a 90% dos pacientes manifestaram o desejo de serem informados a respeito de um possível diagnóstico oncológico, mesmo em situação onde a única possibilidade terapêutica seja o tratamento paliativo (DINIZ, 2006).

A informação expressa de maneira adequada tem a capacidade de reduzir o sentimento de isolamento, sendo importante para potencializar a colaboração mútua entre paciente e equipe no decorrer do tratamento (DINIZ, 2006). Ao optar por uma comunicação aberta e franca, respeitando os limites impostos pelo próprio paciente, o sujeito acometido tem a chance de elaborar psicologicamente o adoecimento e o tratamento (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

Dessa forma, é possível notar que a literatura atual demonstra que a informação de más notícias prognósticas de maneira adequada não causam os efeitos negativos comumente temidos pelos familiares e equipe, mas, pelo contrário, aponta que as barreiras estabelecidas durante o processo de comunicação podem representar fator importante para promover dificuldades de adesão do paciente ao tratamento (BIANCHINI, 2016).

A percepção de que o profissional lida de maneira empática e interessada interfere diretamente sobre a adesão do paciente às condutas terapêuticas (BIANCHINI, 2016), visto que o paciente implica-se ao tratamento a medida em que compreende a importância das orientações da equipe, tem percepção clara e real sobre sua doença e compreende as possibilidades de cura ou controle dos sinais e sintomas (GALVÃO, 2017).

Internacionalmente tem sido fortalecida a defesa pela comunicação aberta e franca, respeitando os desejos e as necessidades de informação apresentadas por cada paciente, em cada caso concreto (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

Contudo, o que se observa na prática é uma resistência da equipe à comunicação aberta, mesmo quando esta se apresenta como uma solicitação do próprio paciente. Muitos pacientes afirmam repetidamente seu desejo por maiores informações, mas não têm suas requisições atendidas e respeitadas, e, em outros casos, não se sentem confiantes e confortáveis para sequer expressarem seus desejos por mais informação, tamanho o distanciamento entre profissional e paciente (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

Devido à insegurança dos profissionais acerca da comunicação de más notícias, frequentemente este processo ocorre de maneira a oscilar entre dois extremos, da ocultação de questões importantes à comunicação agressiva e insensível (GEOVANINI; BRAZ, 2013), em ambos os casos, percebe-se um padrão em que o profissional decide pelo paciente a quantidade de informação que deve ser disponibilizada (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

Para que a insegurança a respeito do tema seja contornada, a literatura atual dispõe de técnicas e orientações que visam sistematizar e facilitar o processo de transmissão de más notícias, sendo que um dos métodos mais utilizados é o Protocolo SPIKES (LINO, 2011):

É um mnemônico de seis passos que pode proporcionar mais segurança ao médico e que apresenta quatro objetivos principais: saber o que o paciente e seus familiares estão entendendo da situação como um todo; fornecer as informações de acordo com o que o paciente e sua família suportam ouvir; acolher qualquer reação que pode vir a acontecer e, por último, ter um plano (CRUZ, 2016, p. 107).

Nem todos os pacientes encontram-se aptos para receber informações prognósticas desfavoráveis de maneira objetiva, e isso ocorre devido a uma infinidade de fatores relacionados ao contexto de cada sujeito, à sua história de vida, suas estratégias de enfrentamento e redes de apoio (BIANCHINI, 2016). Dessa forma, a qualidade e quantidade de informação adequada a cada sujeito será diferente, fazendo com que a informação precise ser transmitida de maneira mais

aprofundada ou mais superficial de acordo com cada paciente, respeitando o momento vivido, ao longo de todo o processo de cuidado (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

As diretrizes atuais que orientam a comunicação em saúde definem que o conteúdo e a quantidade de informação transmitida ao paciente precisam ser definidas a partir do estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade, em que o profissional tenha a capacidade de interrogar ao paciente a respeito dos seus desejos e preferências no decorrer de todas as fases do cuidado. Desta forma, a comunicação satisfatória é aquela definida a partir do reconhecimento dos desejos e contextos de cada paciente, o que só pode ser realizado por meio da escuta atenta e interessada por parte do profissional àquilo que é trazido e questionado pelo sujeito em tratamento (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

A informação necessária ao paciente deve estar de acordo com aquilo que o paciente demonstra querer e ter condições emocionais para saber naquele momento, manifestando este limiar por meio de suas falas e questionamentos (GEOVANINI; BRAZ, 2016). Para que o desejo e capacidades do paciente sejam identificados, é necessária a criação de um vínculo verdadeiramente sólido entre equipe e paciente, a partir da escuta atenta e interessada, promovendo algo que Bianchini (2016) conceitua como escuta ativa.

A escuta ativa relaciona-se à capacidade empática de ouvir de forma atenta e de maneira em que o paciente perceba que está sendo escutado e compreendido, de modo a favorecer o fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, sendo ferramenta fundamental em uma relação terapêutica saudável, proporcionando ao profissional a capacidade de compreender quais são os desejos de informação do paciente, e para que este sinta-se confortável para elaborar e expressar perguntas e questionamentos (BIANCHINI, 2016).

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde promoverem uma escuta que possibilite compreender qual a quantidade de informação técnica que o sujeito quer e pode receber, qual o momento apropriado para tal informação e de que forma o paciente poderia dispor para a elaboração daquilo que foi informado (BIANCHINI, 2016).

Sobre o exposto, Gomes e Othero (2016, p. 159) discorrem que:

Deve-se buscar a comunicação aberta e ativa, em um processo de confiança e vínculo com o paciente e a família, considerando-se sempre a disponibilidade de informações através da verdade lenta e progressivamente suportável. Ressalta-se que o trabalho – para ser efetivo – deve ser feito em equipe interdisciplinar, propiciando a real melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares.

Por meio da escuta ativa e do desenvolvimento de uma relação de proximidade e confiança, é possível que o paradigma de comunicação em que o profissional decide o que deve ou não ser revelado ao paciente seja superado, de modo que o próprio paciente passe a ditar o ritmo e a forma de como será informado (BIANCHINI, 2016).

A comunicação pretendida é aquela que considera os diferentes níveis instrucionais dos pacientes e familiares, bem como o uso de vocabulários que sejam adequados à compreensão de cada sujeito. A atenção voltada à compreensão acerca das necessidades do sujeito faz com que o profissional desenvolva a capacidade de não apenas entender a qualidade e quantidade de informação necessária a cada paciente, mas também de avaliar como essa comunicação precisa ocorrer, analisar o que o outro compreendeu do que foi informado e quais os impactos emocionais passíveis de identificação (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

Ao proporcionar as condições adequadas, o profissional confere ao paciente espaço e voz, de maneira a garantir que este sinta-se confortável para expressar suas dúvidas, desejos e necessidades (BIANCHINI, 2016). Ao profissional, cabe respeitar o desejo do paciente de ser informado, respondendo suas perguntas de maneira aberta e franca, por mais desfavoráveis que as respostas possam ser (GALVÃO, 2017).

### **Autonomia como fator fundamental para os cuidados paliativos**

A Organização Mundial da Saúde conceitua os Cuidados Paliativos como uma série de estratégias consolidadas em uma abordagem que objetiva a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que estejam no processo de enfrentamento de uma doença ameaçadora da vida (OMS, 2012). Estes cuidados

visam a prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação, avaliação e intervenção sobre a dor, bem como outras questões físicas, psicossociais e espirituais (OMS, 2012).

Os cuidados paliativos surgiram na década de 1960, no Reino Unido, que tem como marco a criação do St. Christophers Hospice, em Londres (1967). A pioneira na área é a médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders. A partir do trabalho desenvolvido por Saunders, os cuidados paliativos foram estabelecidos como uma prática distinta na área da saúde, que abarca assistência, ensino e pesquisa (DU BOULAY, 2007). Com objetivo de oferecer cuidado a pacientes que encontram-se fora da possibilidade de cura, o movimento é trazido para o continente Americano por meio da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, na década de 1970 (MATSUMOTO, 2012).

As orientações atuais da OMS direcionam o início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, de forma concomitante ao tratamento curativo, de maneira a utilizar os recursos necessários para a compreensão e controle dos sintomas apresentados, visto que a atenção voltada ao controle dos sintomas e promoção de conforto e qualidade de vida podem significar a possibilidade de maior longevidade ao paciente (OMS, 2012).

Gomes e Othero (2016, p. 159) dissertam acerca dos cuidados paliativos:

(...) torna-se possível elencar como principais norteadores da assistência em cuidados paliativos: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional.

Dessa forma, é possível notar que a autonomia se configura como fator fundamental ao exercício dos cuidados paliativos. Para que esta modalidade de cuidado seja oferecida em sua completude é preciso que o sujeito seja encorajado a realizar o seu máximo potencial, objetivando o deslocamento da imagem do paciente como sujeito passivo à compreensão de seu estado como sujeito autônomo em suas próprias vontades e decisões (GOMES; OTHERO, 2016).

O conceito de autonomia refere-se à ideia de que o sujeito deve ser o propulsor do próprio comportamento, levando em consideração o fato de que o

paciente tem o direito de apresentar suas próprias opiniões e fazer escolhas baseadas em suas crenças e valores pessoais. Dessa forma, a promoção da autonomia requer ações voltadas à informação e capacitação do paciente, possibilitando condições adequadas para tomadas de decisões acerca de sua própria vida (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Contudo, quando imperam atitudes paternalistas que impedem o conhecimento do paciente acerca do próprio estado de saúde o que ocorre é a simulação do exercício da autonomia, visto que a participação do paciente no tratamento é impossibilitada devido ao profundo desconhecimento acerca do seu quadro clínico e sobre o que as tecnologias de saúde são capazes de lhe oferecer (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

A informação é imprescindível ao exercício da autonomia visto que para que esta se desenvolva de maneira adequada, o paciente precisa ser capaz de compreender as diversas possibilidades terapêuticas adequadas ao seu quadro clínico, dessa forma, podendo expressar suas dúvidas, crenças e desejos, tendo-os respeitados por todo o decorrer do tratamento (ARRAIAS; JESUINO, 2015).

O conhecimento acerca da própria condição clínica possibilita ao paciente a autogestão de seu tratamento, o que acarreta no desenvolvimento da autossuficiência do paciente, visto que propicia a capacidade de adotar iniciativas apropriadas para alcançar os objetivos do seu tratamento, visando o melhor estado de saúde referente à sua condição real, e não à uma expectativa ilusória de cura (GALVÃO, 2017).

Sem a comunicação adequada acerca do diagnóstico e prognóstico, bem como das possibilidades terapêuticas, não é possível que a autonomia do paciente se desenvolva (ARRAIAS; JESUINO, 2015). Dessa forma, as informações acerca do prognóstico devem ser conferidas o quanto antes, para que, com isso, o paciente tenha a oportunidade de tomar decisões, elaborar o processo vivenciado, bem como trabalhar sobre questões e pendências que considere necessárias (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Permitir que o paciente esteja ciente da sua doença, sua gravidade e possível evolução, dos benefícios e malefícios dos tratamentos propostos é imprescindível para que o paciente tenha a possibilidade de participar ativamente

das tomadas de decisão a respeito do seu processo de cuidado, de acordo com aquilo que deseje e considere importante para a sua própria vida (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Dessa forma, o descumprimento das orientações quanto à comunicação aberta e franca se manifesta como uma inobservância velada do direito do paciente. Representa não apenas o desrespeito à singularidade e à capacidade do sujeito de fazer escolhas baseadas em suas crenças e convicções, mas também um entrave intransponível a toda a estrutura dos cuidados paliativos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A comunicação em oncologia é um assunto delicado que demanda extremo cuidado, mas que não pode ser subestimado. Apesar de toda a carga emocional envolvida na comunicação de más notícias, é preciso que este processo receba a atenção necessária, visto que implica de maneira direta na qualidade do cuidado e, sobretudo, na experiência que será vivenciada pela pessoa adoecida.

A discussão acerca da comunicação de más notícias em oncologia precisa ser difundida, para que tais informações possam fazer parte da formação dos profissionais que lidam de maneira direta com estas questões tão sensíveis, que normalmente são abafadas nas relações diárias.

Dessa forma, a compreensão dos direitos do paciente, de sua capacidade como sujeito autônomo e complexo em seus desejos e crenças deve ser exercida para que, então, se possa falar em oferecimento dos cuidados paliativos.

## **REFERÊNCIAS**

ARRAIS, R. H.; JESUINO, S. L. C. dos S. **A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos: uma perspectiva da Psicologia Analítica.** Revista da SBPH, v. 18, n. 2, p. 22-44, 2015.

BARBERO, J. (2006). **El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar**. Obtido em 12 de Novembro de 2008, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600003&script=sci_arttext)

BASTOS, B. R. et al. **Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 263-266, 2016.

BIANCHINI, D. et al. **A Comunicação profissional-paciente em oncologia: Uma compreensão psicanalítica**. Revista Brasileira de Psicoterapia, v. 18, n. 2, p. 20-36, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a Vigilância de DCNT**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. 2018.

CRUZ, C. de O.; RIERA, R. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES**. Diagn. tratamento, p. 106-108, 2016.

DE CARVALHO, D. S. et al. **Aspectos gerais epidemiológicos da mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil e no mundo**. Anais do Simpósio de Enfermagem, v. 1, n. 1, 2019.

DINIZ, R. W. et al. **O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006.

DU BOULAY, S. **Changing the face of death. The story of Cicely Saunders**. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 24p. 2007.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, **cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon, France: IARC, 2013.

FRANCO, F. **Humanização na saúde: uma questão de comunicação**. In: Epstein I, organizador. A comunicação também cura na relação entre médico e paciente. São Paulo: Angellara; 2006.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. **Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia**. Revista bioética, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos**. Estud. av., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso). access on 29 Aug. 2020.

LINO, C. A. et al. **Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

MACHADO, J. C. et al. **O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa.** Enfermería Actual de Costa Rica, n. 36, p. 92-103, 2019.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), p.23-30, 2012.

MENDES, T. S. R. **A conspiração do silêncio em cuidados paliativos: os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa multidisciplinar.** 2009. Tese de Doutorado.

OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** Genève: OMS, 2012.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007.

SIEGEL, R. L.; et al. **Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians.** Wiley Online Library, v. 65, n. 1, p. 5-29, 2015.

VOLLES, C. C.; et al. **A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho.** Revista da SBPH, v. 15, n. 1, p. 212-231, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** Geneva, 2013.