

Comunicação -2

Quando um doente tem um cancro

The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place

George Bernard Shaw

Dar más notícias aos doentes não é uma tarefa agradável nem fácil (Ver também Comunicação - 1, neste blog). No entanto, não é opcional, é uma obrigação do médico. Opcional é a quantidade de informação, mas essa quantidade deve ser determinada pelo próprio doente. E, para a determinar, é necessário comunicar. Há um aforismo médico muito conhecido “primum non nocere” que significa em primeiro lugar não fazer mal, mas poderíamos, para ilustrar o que aqui se está a querer dizer, usar, ou inventar, outro: “primum communicare”. Quero dizer com isto que a nossa primeira função é comunicar, muito antes de podermos decidir o que fazer e de eventualmente poder fazer mal. O que se diz aos doentes depende menos da doença e da personalidade do doente do que do médico. Os doentes não ficam protegidos pelo desconhecimento, mas ficam isolados. A incerteza é o pior para um doente. É talvez a experiência mais dura com que a mente tem de lidar.

Os doentes quando procuram um médico com um sintoma, um nódulo, uma perda de sangue, já estão preocupados com a possibilidade de terem algo grave, talvez um cancro. Aqui começa a comunicação, que naturalmente incluiu essas preocupações. Estas não devem ser minimizadas. Como a situação pode, de facto, ser grave, não se deve dizer algo como “não esteja preocupado(a), vai correr tudo bem”. Pelo contrário, se a situação for suspeita deve-se não afastar a possibilidade e dizer algo como “pode ser de facto uma coisa séria, mas para termos a certeza temos de fazer alguns exames (eventualmente uma biopsia, se apropriado)”. E podemos desde logo perguntar: “e se for uma coisa séria, o que pretende saber?”. E se o doente não

pretender a informação ou pretender apenas uma informação mínima, podemos perguntar “nesse caso, quem quer que informe?”

Antes de mais é necessário sublinhar que uma má notícia não se pode transformar numa boa notícia, isto é, não se pode esperar que a má notícia não afecte a pessoa que a recebeu. Por mais treino que se tenha, não é possível. É importante manter uma esperança realista no que se pode alcançar.

A comunicação envolve ouvir atentamente o doente, mas isso muitas vezes não acontece (ver também “Comunicação de más notícias”, neste blog), porque o médico não dá tempo para o doente se exprimir, interrompendo-o frequentemente. Mas, só ouvindo os doentes poderemos perceber o que de facto querem saber. É também necessária proactividade, sem a qual muitos doentes não farão perguntas. Alguns, mesmo assim, não farão perguntas, pelo menos no primeiro momento, podendo fazê-las depois. Isto leva-nos a uma observação importante: a comunicação é um processo, não é um momento. Até porque na conversa inicial com o doente, este pode não conseguir ouvir muitas coisas, porque a sua mente pode ter ficado assoberbada pela informação de que tem uma doença grave e, assim, a sua capacidade de ouvir outras coisas está limitada. Portanto, informar o doente é apenas um princípio que terá de ter desenvolvimento em encontros subsequentes. É muito importante ter em consideração que dizer algo não significa que o doente compreenda. Não é raro falar com um doente referenciado por outro médico que diz que não foi informado da referenciação, quando no processo clínico está escrito que a informação foi transmitida. Isto pode acontecer por que o doente se esqueceu ou porque não compreendeu. Por isso, achar que a informação foi transmitida só porque foi dito algo ao doente é um erro.

Antes de falar com o doente é necessário conhecer bem a situação, nomeadamente o diagnóstico e as hipóteses de tratamento ou o tratamento planeado. É necessário saber responder a perguntas que possam ser feitas:

- São necessários mais exames? E quais?
- Qual o tratamento proposto?
- Onde e quando se fará o tratamento?
- O tratamento provoca efeitos adversos? Quais os mais prováveis?
- O tratamento é curativo ou paliativo?
- Como será a evolução da doença?

O processo de informar

Depois da preparação para a conversa, chega o momento do encontro com o doente.

A conversa com o doente deve fazer-se num local privado, assegurando que não haverá interrupções. Pode ser útil que um familiar esteja presente, mas é importante ter presente que a informação pertence ao doente e não aos familiares. Informar os familiares em primeiro lugar pode levar ao pedido de não informar o doente, o que prejudicará a comunicação futura.

O passo seguinte é saber se o doente quer falar nessa altura e, se não quiser, marcar um novo encontro. Se o doente quiser falar, é importante descobrir o que o doente sabe e o que quer saber. As respostas a perguntas abertas como “como se sente quanto ao seu estado?” podem ser reveladoras sobre se: o doente não sabe nada sobre a doença, se suspeita que tem um cancro, se já está bem informado, se quer mais informação ou se está em negação, isto é, se nega a possibilidade de ter cancro. Podem ser reveladores também os termos que o doente usa, se fala de neoplasia maligna, tumor ou nódulo. É preciso notar que nem sempre o doente compreende as palavras que usa.

Depois dos passos anteriores, chega a altura de dar a informação. É necessário ter em mente que os doentes esquecem uma grande parte da informação fornecida e, mais ainda, quando se trata de más notícias. É muito importante abrandar o ritmo da transição entre a percepção do doente de estar bem e a de ter uma doença que lhe pode encurtar a vida. Naturalmente, esse

ritmo depende da informação que o doente já tinha, mas há doentes que estão longe da realidade, sendo necessário aproximá-los dela. Este processo não deve, em princípio, ser brusco, mas progressivo, e por vezes necessita de mais do que uma conversa.

Antes de revelar o diagnóstico é importante preparar o doente com o que se tem chamado “tiro de aviso”. Este pode ser do género “já temos os resultados todos dos exames e não são tão bons como gostaríamos que fossem.” Depois a informação começa a ser prestada com pausas para permitir ao doente, e ao eventual acompanhante, irem-se ajustando. Devem evitar-se os termos técnicos que são incompreensíveis para a maioria das pessoas. Pode ser útil, e se houver oportunidade para isso, questionar o doente em consultas anteriores sobre o que quereria saber se as notícias após os exames não forem boas, como já foi dito atrás.

A parte mais importante da comunicação é a informação sobre o que pode e se irá fazer pelo doente em relação à doença. Então, deve dar-se uma descrição clara do plano de acção. É muito importante que, durante o processo de informação, tenhamos noção de que o que vai sendo dito é compreendido. Isto pode verificar-se com perguntas como “está a ser claro o que estou a dizer-lhe?” e “tem questões que eu possa esclarecer?”. Pode haver ou não dúvidas que o doente ou o familiar possam manifestar na altura, mas certamente as terão mais tarde.

Depois é necessário concluir a discussão e marcar um novo encontro. Dependendo da situação, os passos seguintes podem envolver o seguimento pelo mesmo médico ou pela mesma equipa ou poderá passar pela referenciação para outra especialidade. Porém, o médico assistente que avaliou inicialmente o doente e eventualmente o referenciou para a especialidade adequada, ex., o médico de família, pode e deve continuar a acompanhar o doente.

Depois desta discussão é necessário, na maioria dos casos, voltar a falar sobre o assunto, numa altura em que o doente já teve tempo de pensar mais calmamente no assunto e de discutir com os familiares e/ou os amigos a situação. Nessa altura, que não deve ser muito afastada do

primeiro encontro (se possível no dia seguinte) haverá provavelmente muito mais questões a esclarecer.

Depois disto, sobretudo quando o médico se vê nesta situação pelas primeiras vezes, mas depois também, deve haver uma reflexão sobre o processo. O que correu bem, o que talvez pudesse ter sido respondido de outra maneira, o que faria de diferente, o que faria da mesma maneira, etc. Tal como nos outros aspectos da medicina, a transmissão de más notícias é um processo que se pode aperfeiçoar com a prática.

Bibliografia

Buckman R. How to break bad news: a guide for health-care professionals. Pan Books, 1994. London.

Helpful essential links to palliative care. MACPAC, Centre for Medical Education, Ninewells Hospital & Medical School, Dundee, Scotland.