Artigo relacionado a humanização ou sobre projetos desenvolvidos em unidades de saúde

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: O MÉDICO DE HOJE SABE COM0 FAZER?

Telma Ganc Kremer

Psicóloga Clinica. Especialista pela Universidade de Tel Aviv, Israel.

HISTÓRICO E IDENTIDADE

Através dos tempos, o homem parece estar sempre às voltas com a própria fragilidade. Um folhear distraído em revistas ou jornais, exibe cenas da batalha tão frequente entre o poder da Natureza e a força do intelecto humano. Ainda que bastante em voga, as preocupações ecológicas que veem no desenvolvimento humano uma ameaça ao meio ambiente, não se igualam as preocupações mais profundas, que povoam as almas de todas as raças e cores espalhadas mundo afora. Cada cultura humana elabora formas de lidar com aquilo que não sabe, não controla, não domina. Onipresentes, são as questões sobre a dor, o sofrimento, a doença, a morte – ameaças, ou promessas, que insistimos em desafiar.

Este caminho na busca de respostas a respeito do mundo delineia um sistema que nos orienta nas profundezas de tudo o que não sabemos e tentamos compreender. Para o homem primitivo, o totem; na Antiguidade, a polis, a cidade; na Idade Média, a relação com Deus; a partir do Iluminismo, a razão, soberana ainda nos dias de hoje. A ciência, principalmente a médica, aparece como uma promessa de resolução de angustias que nos assolam, ou pelo menos, uma tentativa de dominação sobre a vida e a morte.

Num despretencioso passeio pela história da Medicina – seu saber e seu fazer – percebemos a fina sintonia que ela mantem com a concepção de mundo e do homem em cada momento histórico.

O homem primitivo, em sinestesia com a Natureza, dela se utilizava para aliviar seus desconfortos. Paralelamente, os *shamans* seriam intermediários entre o mundo dos espíritos e o mundo dos homens.

A medicina chinesa (4000 a.C) trazia uma visão energética, concebendo a doença como desequilíbrio. Os médicos taoístas, viam as experiências humanas individuais como reflexos dos princípios de causalidade que regem o universo como um todo – expressão de decretos do divino. A manipulação de plantas e raízes procurava repor energias perdidas. Em nível tecnológico, já em 56 a.C, um instrumento de Meng, foi o precursor do estetoscópio.

A medicina egípcia (3000 a.C) integrava conhecimentos de anatomia adquiridos nos rituais de mumificação (quando os órgãos internos eram retirados do corpo), uma tradição empírica

de observação, e rituais ligados a espíritos que deveriam ser afastados do corpo durante a cura.

No mundo grego onde vivia Hipocrates, nasce a medicina racional, disciplinada por um severo criticismo e praticada por leigos, que substituíram a magia pela investigação. Produziu-se então um volume impressionante de conhecimento e através da observação de pacientes, sintomas passaram a ser associados a certas enfermidades e a medicina separou-se de outros campos de conhecimento aos quais estava ligada. Ainda assim, o sistema de *"humores"* era usado para explicar o que se passava. Apesar das controvérsias quanto a sua origem, vem daí o Juramento que ate hoje figura como rito de iniciação em centenas de escolas e universidades no mundo todo.

Durante a Idade Média, a medicina esteve mais do que nunca a sombra da ideologia vigente – no caso religiosa. O Cristianismo concebia a doença como um castigo divino ao pecado. Como castigo, a doença era também penitência e absolvição proporcionando um sentido para o sofrimento. O acesso ao conhecimento herdado dos gregos era restrito aos monges e sob sua guarda permaneceu. Nas Universidades, também controladas pela Igreja, cria-se o titulo de *"Doutor"*, mas os cientistas da época temiam a associação a bruxaria ou ao alquimismo e se mantinham fiéis a Escolástica.

Enquanto isso, na Espanha muçulmana, médicos árabes e judeus (os dois grupos então conviviam em paz) expandiam os conhecimentos de Hipócrates e Galeno, introduzindo enormes progressos nas mais diversas áreas. Avicena (Ibn Sina), por exemplo, foi autor de uma importante obra, o Canon, que até o século 17 serviu como texto básico das escolas de medicina.

Mas as coisas começaram a mudar. O interesse em valores humanísticos, a expansão capitalista, o surgimento da imprensa e consequente divulgação do conhecimento – tudo vai corroborando com uma ruptura entre ciência e religião. Isso tem consequências profundas tanto na liberdade intelectual adquirida, quanto na definição do que será legitimado como cientifico.

Durante a Revolução Industrial, surge o conceito de profissão e com ele suas características atuais. O conhecimento passa a ser organizado e aprendido em instituições que por um lado organizam as demandas da sociedade, e por outro providenciam condições para que os profissionais possam atender a tais demandas – na forma de currículos acadêmicos apropriados.

A crescente especialização, as técnicas elaboradas, os instrumentos mais poderosos, delineiam uma medicina cada vez mais objetiva, baseada em evidências. Hoje, trata-se de protocolos, algoritmos, meta analises, globalização, sistemas unificados de saúde. O "*melhor jeito de se fazer algo*", ao lado dos bons resultados estatisticamente comprovados, acaba muitas vezes impedindo a criatividade, a curiosidade, a ousadia que tantas linhas escreveram na historia do conhecimento humano.

O saber humano passa a se colocar do lado do objeto. A objetividade torna as relações humanas mais distantes e menos significativas. A medicina exige de seu praticante, a capacidade de juntar grandes quantidades de pistas, e chegar a um diagnóstico unívoco. A subjetividade, antes representada ou expressa pela religião, perde seu lugar na prática médica. A medicina deixa de estudar o homem doente e passa a se concentrar na doença.

O médico moderno deve ser objetivo e preciso, oferecendo a perspectiva de controle do corpo, da doença, da angústia e, quem dera, da morte. A figura deste médico se aproxima da figura de Deus. Dentro desta medicina, me pergunto se há espaço para uma relação médico-paciente, ou se o ato médico se dá num dialogo entre a patologia e o conhecimento. Há o discurso médico, e há a

doença. O doente some por trás da doença e o médico se cala pela voz de seu saber.

No entanto, não basta isso. O médico frio, distante, o técnico irrepreensível já não ganha tantos pontos. Novas habilidades se fazem necessárias.

O médico de hoje tem que ser um pouco de tudo. Um *shama*, que entende de flores e de ecologia; um taoísta que libera energias; um egípcio na preservação quase que mumificadora da beleza; um monge que domina os próprios sentimentos e guarda bem seus segredos; um grego que jura dedicação integral a profissão, com desprendimento de si e do que é material; um barbeiro que não se hesita em cortar a pele como a sua; um estudioso, um pesquisador, um clínico, um amigo, um homem de família, um capitalista, mas também um humanista. E acima de tudo, tem que ser perfeito e nunca errar.

Nas últimas décadas, pesquisadores do mundo todo se ocupam das relações médico-paciente. Fala-se muito em "*Medicina Centrada no Paciente*". Cuidar e não só tratar. A Educação Médica tem repensado a formação de médicos: Será possível formá-los também cuidadores humanizados, sensíveis, preparados para lidar consigo e com seus pacientes?

O jovem médico – talvez até jovem demais para ser médico! - de hoje se vê numa situação complicada: De um lado, uma educação competitiva, para o autocontrole, para o distanciamento profissional, para a tecnologia e a eficiência segundo parâmetros econômicos; de outro lado, a expectativa de um ombro amigo, uma mão que afaga, uma conversa mais longa, uma palavra de consolo. Como integrar demandas tão opostas? Pode a mão que afaga, cortar a carne? Se me identifico com meu paciente, posso ainda tratá-lo? Quantos paradoxos!

Um dos momentos mais complicados na rotina já exaustiva de um médico, e aquele onde algo deu errado, onde ele precisa dar uma *má notícia*. Faz parte do âmbito que a medicina atual não aborda. É o tipo de assunto que não faz parte do currículo médico clássico.

A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Apesar dos avanços da medicina e da melhora no prognóstico de tantas doenças, a má noticia ainda é uma constante no dia-a-dia do profissional de saúde. Mas se antes, isso em geral se referia a proximidade da morte, o médico hoje se vê constantemente discutindo com o paciente e sua família, as diversas opções frente a uma notícia ruim. Hoje, a cura raramente é a única opção.

Lembremos que o conceito de *Má Notícia* é plástico, individual, relativo e cultural. Uma definição possível de Má Notícia é "*qualquer informação que afete negativa e seriamente a visão que o individuo tem de seu futuro*". Mas só podemos estimar seu impacto, conhecendo quem a recebe. Seja como for, a má notícia sempre leva o médico a uma posição desconfortável, já que contraria o principal motivador de seu trabalho, que é o de salvar vidas.

Dar más noticia é uma tarefa complexa, porque envolve muitas coisas além da comunicação concreta dos dados: responder as reações emocionais do paciente, envolve-lo na tomada de decisões, gerenciar o estresse criado pelas expectativas de cura, o envolvimento dos membros da família, e o dilema de como manter a esperança quando a situação e desesperadora.

A tarefa de dar más notícias ainda hoje é descrita como "*jogar uma bomba*" e o médico, como mensageiro, sofre seus efeitos – ansiedade, estresse, frustração, culpa, responsabilidade, vergonha, impotência e medo de ser julgado.

Um médico despreparado ou inseguro quanto a própria capacitação para dar notícias ruins pode esquecer detalhes importantes, apegar-se ao jargão

médico incompreensível ao paciente, transmitir um otimismo injustificado, não levar em consideração as necessidades e desejos do paciente, levando-o a assumir uma postura passiva que o exclui da tomada de decisões e planejamento do futuro.

Uma primeira providência seria estabelecer os objetivos de uma entrevista desse tipo:

1. Obter informações do paciente, determinar seu conhecimento, suas expectativas e prontidão para escutar as más notícias.
2. Oferecer informações inteligíveis, de acordo com suas necessidades e desejos.
3. Apoiar o paciente, a fim de reduzir seu isolamento emocional e abrir seus canais cognitivos.
4. Desenvolver uma estratégia em forma de plano de tratamento, com as contribuições e a cooperação do paciente.

PROTOCOLO SPIKES

O protocolo SPIKES é um dos utilizados ao redor do mundo, na tentativa de organizar e facilitar esta tarefa. Ele apresenta de forma simples e clara, em seis etapas, como é possível contornar as dificuldades e atingir os objetivos desta que pode ser uma das mais difíceis conversas que um médico tem com seu paciente.

1º PASSO: S – SETTING UP – Preparando a entrevista

- Planeje. Reveja mentalmente o que pretende dizer, como vai responder e reagir as emoções esperadas na situação. Aceite seus sentimentos de frustração ou responsabilidade.
- Privacidade. Uma sala de consultas seria o ideal, mas se não for possível, feche as cortinas em torno do leito do paciente. Tenha lenço de papel para o caso do paciente chorar.
- Pessoas significativas devem estar envolvidas, mas isso deve ser uma escolha dele e seu papel e fazer com que seja respeitado.
- Sente-se. Isso relaxa o paciente e também um sinal de que você não vai sair correndo. Procure não ter barreiras físicas entre o paciente e você.
- Conecte-se. Mantenha o olhar, toque seu braço ou ombro, segure sua mão.
- Tempo e interrupções. Informe ao paciente de quanto tempo dispõe e se espera ser interrompido. Silencie seu celular ainda que por alguns minutos. Aquele é um momento crucial e marcante na vida de outro ser humano.

2º PASSO: P – PERCEPÇÃO – Analise a percepção do paciente

Durante os passos 2 e 3, você implementa o axioma "*antes de contar, pergunte*". Use questões abertas para compreender como o paciente percebe a situação médica. Por exemplo, *"O que lhe contaram sobre sua situação até aqui?"* Isso também permite descobrir se ele esta engajado em alguma forma de negação da doença, ou se tem expectativas irreais de tratamento.

3º PASSO: I – INVITATION – Seja convidado pelo paciente

A maioria dos pacientes quer informações completas sobre seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. No entanto, evitar informação é um mecanismo psicológico válido de enfrentamento. Em outras palavras, há pacientes que preferem *"não saber, não ouvir, não falar"*. Espere que ele demonstre que esta pronto para ouvir o que você tem a dizer. Se não quer saber detalhes neste momento, deixe claro que pode mudar de idéia em seguida.

4º PASSO: K – KNOWLEDGE – Informando o paciente

Avise ao paciente de que tem notícias ruins – isso ajuda a prepará-lo para receber e processar informações. Fale no nível de compreensão e vocabulário dele, o que não inclui jargão médico. Evite ser excessivamente direto. Ofereça informações

em pequenas doses e cheque periodicamente sua compreensão. Mesmo que o prognóstico seja ruim, não seja fatalista. Muitos pacientes tem outros objetivos terapêuticos importantes tais como controle da dor e alivio de sintomas.

5º PASSO: EMPATIC RESPONSES – Responder empaticamente as emoções do paciente

As reações emocionais do paciente podem variar do silêncio a descrença, choro, choque, isolamento, negação ou raiva. Lembre-se que em situações traumáticas qualquer reação é normal. O tempo em geral restabelece padrões adaptativos de enfentamento.

Observe as emoções e seus sinais. De tempo ao paciente para expressar seus sentimentos. Verbalize, nomeie e legitime o que esta vendo e como compreende o que se passa.

Até que uma emoção seja trazida a tona, será difícil discutir outros assuntos. Ainda que tenha pouco tempo, será mais produtivo dar espaço as emoções, evitando que elas entupam os canais cognitivos do paciente. Por surpreendente que pareça, quando os médicos comunicam sua própria tristeza ("*Eu também gostaria que as notícias fossem melhores*"), diminuindo a distância entre si e seu paciente, são percebidos como empáticos e mais humanos e o paciente sente-se menos isolado.

Se o paciente está silencioso, não deduza que não há emoções. Faça uma pergunta exploratória. Se o paciente está raivoso, não se defenda, não se ofenda, não contra- ataque. Lembre-se que estas são reações normais ao choque e ao medo.

Pacientes olham seus médicos como uma de suas mais importantes fontes de apoio psicológico, e a combinação de frases exploratórias, validatorias e empáticas é uma das mais poderosas fórmulas para oferecer apoio

6º PASSO: S – STRATEGY and SUMMARY – Estratégia e Síntese.

Pacientes que tem um plano claro para o futuro ficam menos ansiosos. Considerar e corrigir erros de compreensão durante esta discussão, diminui a confusão quanto a eficácia e os objetivos do tratamento.

Lembre-se que muitos pacientes já tem alguma idéia a respeito da gravidade de sua doença e das limitações do tratamento. Eles só tem receio de perguntar. A conversa em si pode aliviar esta tensão. Quando seu paciente tem expectativas equivocadas ("*Me disseram que você faz milagres*"), peça que descreva a história de sua enfermidade em suas próprias palavras. Isso vai revelar medos, preocupações e emoções escondidas.

Pacientes podem olhar a cura como uma solução global para diversos problemas diferentes (ex: perda de emprego, incapacidade de cuidar da família). A conversa aberta vai permitir que o problema seja separado dos demais. Esclarecer objetivos (seus e dele) ajuda a delinear o que é possível e abre portas para uma esperança baseada em dados de realidade.

Demonstre SIM as suas emoções, não tenha medo de perder a autoridade. Pacientes gostam de saber que há sangue igual ao deles correndo nas suas veias.

Resumindo: Trate seu paciente exatamente da forma como gostaria de ser tratado. Se fizer isso, não vai errar !

REFERÊNCIAS

1. Arora NK, McHorney CA. Patients preferences for medical decision-making: Who really wants to participate? Medical Care. 2000; 38: 335-41.
2. Baile WF et al. Communication skills training in oncology: Description and preliminary outcomes of workshops on Breaking Bad News and managing patient reactions to illness. Cancer. 1999; 86: 887-897.
3. Baile, W.F. et al. SPIKES – A six-steps protocol for breaking bad news: application for the cancer patient. The Oncologist 2000,5,302-311.
4. Balint, M. O médico, seu paciente e a doenca. Livraria Atheneu, RJ. 1988.
5. Bartlett EE et al. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. Journal of Chronic Diseases 1984; 37,755-764.
6. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. Annals of Internal Medicine 1980; 93,718-722.
7. Caprara A and Franco ALS. A Relacao paciente-medico: para uma humanizacao da pratica medica. Cad. Saude Publica 1999; 15(3): 647-654
8. Crandall SJ & Loemker V. Medical students' attitudes toward providing care for the underserved: Are we training socially responsible physicians? Journal of the American Medical Association 1993;19,2519-2523.
9. Dimatteo MR et al. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. Health Communication 1994,6,253-265.
10. Faden R et al. Disclosure of information to patients in medical care. Medical Care 1981,19,718-733.
11. Fogarty LA et al. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety ? Journal of Psychosocial Oncology 1999;17,371-379.
12. Gandhi P. Breaking Bad News to Patients – a Challenge for Residents. Clinical Correlations. 2008
13. Groopman J. How Doctors Think. New York: First Mariner Books. 2008
14. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. Academic Medicine 1998;73,403-407.
15. Hall JA et al. Liking in the physician-patient relationship. Patient Education and Counselling 2002; 48, 69-77.
16. McKinlay JB. Who is really ignorant – Physician or patient ? Journal of Health and Social Behaviour 1975; 16,3-11.
17. Pickering G. Therapeutics: Art or Science ? Journal of the American Medical Association 1979;242,649-653.
18. Platt FW et al. Tell me about yourself: The Patient-Centered Interview. Ann Intern Med. 2001; 134: 1079-1085.
19. Roter DL e Hall JA. Doctors talking to Patients/Patients talking to doctors. Westport: Praeger. 2006
20. Shneider CE. The practice of authonomy: Patients, doctors and medical decisions. New York: Oxford University Press. 1998
21. Stephen RL. Medical Professionalism: a Parsonian view. The Mount Sinai Journal of Medicine 2002;69, 363-369.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:
Telma Ganc Kremer
E-mail: telmakremer@oi.com.br