ENTENDENDO O HOSPITAL

Como aproveitar a conversa com a equipe médica

Quando alguém da família está internado, a conversa diária com o médico é curta. Saber o que perguntar e como organizar a família ajuda a aproveitá-la melhor.



O boletim médico costuma acontecer num corredor, numa sala pequena ou por telefone. Dura dez, quinze minutos. A família chega cansada, às vezes depois de uma noite sem dormir, ouve termos que não conhece e sai com a sensação de que entendeu. No caminho de volta surgem as perguntas que não foram feitas. À noite, o irmão liga para saber como foi, a tia conta uma versão diferente para os primos e, no dia seguinte, três pessoas telefonam para a UTI pedindo a mesma informação.

Essa cena é comum em hospitais públicos e privados. A conversa entre família e equipe é difícil porque envolve medo, termos técnicos e, muitas vezes, decisões importantes tomadas sob pressão, mas alguns cuidados simples tornam esse momento mais produtivo.

Por que essa conversa importa tanto

Ter um familiar internado, especialmente em terapia intensiva, é muito desgastante. Ansiedade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático são frequentes entre parentes de pacientes graves e podem persistir por meses.

A forma como a equipe se comunica influencia esse desfecho. Num ensaio clínico realizado em 22 UTIs francesas e publicado no New England Journal of Medicine, familiares de pacientes em fim de vida que participaram de uma reunião mais longa e estruturada, com mais espaço para falar e perguntar, apresentaram menos sintomas de estresse pós-traumático três meses depois (45%, contra 69% no grupo que recebeu o atendimento

habitual). As diretrizes internacionais de cuidado centrado na família em terapia intensiva também sugerem reuniões periódicas entre equipe e familiares.

A maior parte dessa responsabilidade é da equipe, mas a família também pode se preparar para essas conversas.

Antes da conversa, escolha o essencial

Diante de uma notícia difícil, é comum esquecer o que se queria perguntar. Anotar as dúvidas no papel ou no celular ajuda, desde que a lista seja curta. Como o tempo da conversa é limitado, duas ou três perguntas bem escolhidas rendem mais do que uma lista extensa, e as que dizem respeito ao dia de hoje devem vir primeiro.

Leve também as informações que a equipe pode não ter, como a lista de remédios de uso habitual, doenças e cirurgias anteriores, alergias e o contato do médico que acompanha o paciente fora do hospital. Conte ainda como era a rotina da pessoa antes da internação e o que ela costumava dizer sobre os tratamentos que aceitaria ou não caso ficasse gravemente doente.

Quatro perguntas que bastam na maioria dos dias

- Qual é o principal problema neste momento?
- Desde a última conversa, ele está melhor, pior ou igual?
- Qual é o próximo passo?
- O que seria sinal de melhora ou de piora?

Durante a conversa

Se o médico usar termos como sepse, droga vasoativa ou intubação, peça que explique. São palavras do dia a dia do hospital, e ninguém espera que a família as conheça.

Ao final, experimente repetir com suas palavras o que entendeu. “Então ele está com uma infecção no pulmão, precisa do aparelho para respirar e hoje vão ver se o antibiótico está fazendo efeito, é isso?” Essa checagem permite corrigir mal-entendidos na hora.

Se a notícia for muito difícil, é legítimo dizer que precisa de um tempo e pedir para retomar o assunto em outro momento. Informação recebida em estado de choque costuma ser pouco absorvida, e uma segunda conversa, horas depois, muitas vezes rende mais do que a primeira.

O boletim tem tempo contado

Enquanto conversa com uma família, o médico tem outros pacientes para avaliar e outras famílias à espera de notícias. Numa enfermaria ou numa UTI, a mesma equipe atualiza muitas famílias no mesmo dia, e o tempo de cada boletim precisa ser dividido entre todas.

O boletim serve para informar o que mudou desde a última conversa. Explicar toda a história da doença, cada exame e as decisões mais delicadas exige outro momento. Quando se tenta

resolver tudo de uma vez, a conversa se alonga, cansa os dois lados e a família sai com menos clareza do que antes.

A compreensão de uma doença grave se constrói ao longo dos dias, com as informações de cada boletim. Temas que exigem mais tempo, como a escolha entre tratamentos ou até onde levar medidas invasivas, podem ser discutidos numa reunião marcada com a equipe. Foi esse tipo de encontro, programado e com tempo para conversar, que o estudo francês citado acima avaliou.

Por que o prognóstico nem sempre é claro

“Ele vai ficar bom?” é uma das perguntas mais frequentes e mais difíceis de responder. A resposta costuma vir cheia de ressalvas, o que muitas famílias interpretam como evasiva ou falta de sinceridade.

Na maioria das vezes, essas ressalvas refletem a incerteza real da situação. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico, a mesma idade e exames parecidos podem ter evoluções muito diferentes, porque a resposta ao tratamento depende de fatores que nem sempre são visíveis no primeiro dia. Por isso o prognóstico de um paciente grave tende a ficar mais claro com o passar dos dias, à medida que se observa como o organismo responde.

Um estudo americano com 229 familiares de pacientes em ventilação mecânica mostrou que, em mais da metade dos casos, a expectativa da família sobre a chance de sobrevivência era bem diferente da estimativa do médico, e com frequência mais otimista. As diferenças se deviam tanto a mal-entendidos sobre o que havia sido dito quanto à necessidade de manter a esperança, à convicção de que o paciente tinha uma força que o médico desconhecia ou à fé. As estimativas médicas foram mais precisas, embora também estivessem sujeitas a erro.

É possível manter a esperança sem perder o realismo. Profissionais que cuidam de doenças graves resumem essa ideia na expressão “esperar o melhor e se preparar para o pior”. Para a família, isso pode significar perguntar qual é o melhor e o pior cenário realista, ou simplesmente se o médico está mais preocupado ou mais tranquilo do que no dia anterior. Perguntas assim costumam gerar respostas mais claras do que pedir uma porcentagem.

Um porta-voz para a família

Quando cada parente liga em um horário pedindo a mesma informação, o tempo gasto ao telefone sai do cuidado e as versões se multiplicam. Por isso, muitas equipes pedem que a família escolha um interlocutor, que recebe as informações, faz as perguntas combinadas e repassa o que foi dito aos demais.

Para essa função, disponibilidade e serenidade contam mais do que o grau de parentesco ou a idade. O porta-voz precisa ouvir notícias difíceis com relativa calma e transmiti-las sem aumentar nem suavizar. Se houver um profissional de saúde na família, ele pode ajudar a traduzir termos, mas não precisa ser o escolhido. Convém definir também um substituto para os dias em que o principal não puder estar presente.

Muitas queixas de falta de informação têm origem dentro da própria família. O boletim é passado de manhã ao filho que acompanha a internação e, à tarde, chega uma irmã que não recebeu notícia alguma e reclama que ninguém avisa nada, quando a informação foi dada e apenas não foi repassada.



Isso acontece com mais frequência quando há conflito entre os cuidadores, por desentendimentos antigos ou pela divisão desigual das tarefas. Nesses casos, cada lado tende a procurar a equipe por conta própria, às vezes para conferir a versão do outro, o que gera conversas repetidas, relatos desencontrados e desconfiança, inclusive em relação aos profissionais.

Mesmo quando há divergências antigas, vale combinar durante a internação um porta-voz aceito por todos, o registro por escrito do que foi dito, por exemplo numa mensagem no grupo da família, e o compromisso de repassar a informação no mesmo dia. Quem chega depois deve procurar primeiro esse porta-voz, em vez de pedir à equipe que repita o boletim. Quando a divergência é grande, o serviço social e a psicologia do hospital, onde existirem, podem ajudar a mediar.

Enquanto o paciente estiver consciente e em condições de decidir, é ele quem define quem pode receber informações sobre sua saúde, e o médico deve respeitar essa escolha. O porta-voz também não decide sozinho. Nas reuniões sobre decisões importantes, como iniciar ou não um procedimento invasivo, é bom que estejam presentes todos os envolvidos, depois de conversarem entre si. A pergunta que orienta essas decisões é o que o paciente escolheria se pudesse falar por si.

A família conhece a pessoa

As melhores decisões nascem, em geral, de conversas em que os dois lados contribuem. A equipe conhece a doença, os exames e as probabilidades, enquanto a família conhece os valores, os medos e a história do paciente.

Perguntar o essencial, avisar quando algo não ficou claro e manter todos os parentes informados facilita o trabalho da equipe e, principalmente, ajuda o paciente.

Caio Túlio Cordeiro Palheta
Médico especialista em Clínica Médica
CRM-SP 220148 | RQE 153629

Referências

1. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356(5):469-478. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa063446
2. White DB, Ernecoff N, Buddadhumaruk P, et al. Prevalence of and factors related to discordance about prognosis between physicians and surrogate decision makers of critically ill patients. JAMA. 2016;315(19):2086-2094. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2521967
3. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103-128. https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/10.1097/ccm.0000000000002169
4. Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best, and prepare for the worst. Ann Intern Med. 2003;138(5):439-443. https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-5-200303040-00028
5. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

Este texto tem caráter informativo e não substitui a conversa com a equipe responsável pelo paciente.