

Cefaleia como sentença de morte

Headache as a death sentence

Adriana de Almeida Soares¹, Fernando Jacó Silva Moreira², Mariana Leite Pereira², Rayssa Fernandes de Souza Coelho², Allyson Coelho Ribeiro³, Augusto César Beserra Martins³, Ítalo Araújo Rios Brandão³, July Lima Gomes³, Kamilla Gomes de Sales Souza³, Laysa Moura Cardoso Leal³, Luís Gustavo Silva Bacelar de Andrade³, Vanessa Nepomuceno da Fonseca Meneses³, Raimundo Pereira Silva-Néto⁴

¹Nutricionista, Centro de Neurologia e Cefaleia do Piauí, Teresina, PI, Brasil

²Estudante de Medicina da Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil

³Estudante de Medicina da Faculdade Integral Diferencial, Facid/DeVry, Teresina, PI, Brasil

⁴Professor Assistente de Neurologia, Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil

Soares AA, Moreira FJS, Pereira ML, Coelho RFS, Ribeiro AC, Martins ACB, et al.

Cefaleia como sentença de morte. *Headache Medicine*. 2016;7(1):11-14

INTRODUÇÃO

Em um ambulatório de cefaleias, o neurologista depara-se, frequentemente, com situações em que o diagnóstico é uma sentença de morte. Assim sendo, é de sua responsabilidade dar essa notícia ao paciente, uma das tarefas mais difíceis.^(1,2)

Nessa forma de comunicação, o médico depende de sua experiência e julgamento pessoais em relação à decisão de informar ao paciente sobre o seu diagnóstico, bem como sobre a melhor maneira de comunicá-lo.⁽³⁻⁵⁾

Revelar o diagnóstico ao paciente é dever do médico e está previsto em seu código de ética profissional.⁽⁶⁻⁸⁾ A não revelação só é permitida em casos de pacientes pediátricos, ou quando suas condições físicas ou psicológicas não permitem uma correta compreensão de sua doença, devendo, nesse caso, o diagnóstico ser dito à família ou responsável.⁽⁹⁾

CEFALEIAS POTENCIALMENTE GRAVES

A *International Classification of Headache Disorders, Third edition (beta version)* (ICHD-3β) é dividida em cefaleias primárias e secundárias, neuralgias cranianas e dores faciais. Desta classificação, apenas as cefaleias secundárias, ou seja, menos de 10% de todas as cefaleias, são potencialmente graves.⁽¹⁰⁾

As cefaleias secundárias se caracterizam por apresentar uma lesão estrutural que pode levar a um risco iminente de morrer ou de causar alguma seqüela irreversível. Na ICHD-3β, são de reconhecida gravidade as cefaleias atribuídas a trauma cefalálico, doença vascular e transtorno intracraniano não vascular.⁽¹⁰⁾

Cefaleia pós-traumática aguda atribuída à lesão cefálica grave

Esta cefaleia é decorrente de um trauma cefálico grave, podendo o paciente evoluir com perda da consciência por mais de trinta minutos, diminuição do nível consciência (escala de coma de Glasgow < 13), amnésia pós-traumática por mais de 48 horas e/ou demonstração por imagem de lesão traumática encefálica, tais como, hematoma cerebral, hemorragia intracerebral e/ou subaracnoidea, contusão cerebral e/ou fratura de crânio.⁽¹⁰⁾

Cefaleia atribuída a hematoma intracraniano traumático

É uma cefaleia de início agudo, sem outras características típicas conhecidas, que aparece dentro de 24 horas após o desenvolvimento de um hematoma epidural ou subdural. Este hematoma é decorrente de um trauma craniano e pode ser evidenciado através de exame de neuroimagem.⁽¹⁰⁾

O paciente poderá apresentar transtornos da consciência e a presença de sinais neurológicos focais. Seu tratamento depende da drenagem do hematoma e se constituiu numa emergência médica.⁽¹⁰⁾

Cefaleia atribuída à hemorragia intracraniana não traumática

É uma cefaleia aguda que surge simultaneamente ou em relação temporal muito estreita com uma hemorragia intracerebral, intracerebelar ou subaracnoidea de origem não traumática.⁽¹⁰⁾

Geralmente, a cefaleia é obscurecida por déficits focais ou coma, mas pode ser o sintoma precoce mais proeminente da hemorragia intracerebelar, a qual requer descompressão cirúrgica de emergência.

Cefaleia atribuída à malformação vascular não rota

É uma cefaleia nova e aguda causada por aneurisma sacular, malformação arteriovenosa ou fístula arteriovenosa dural, os quais são evidenciados por exames de neuroimagem.⁽¹⁰⁾

Comumente, a cefaleia está associada a lesões dolorosas de nervos cranianos, como, por exemplo, paralisia do terceiro nervo, no aneurisma sacular; e oftalmoplegia, nas fístulas carotídeo-cavernosas.⁽¹⁰⁾

Cefaleia atribuída à arterite de células gigantes

A cefaleia é decorrente do comprometimento autoimune de artérias sistêmicas, preferencialmente as de maior calibre, como as temporais, carótidas, vertebrais e aorta. No entanto, quando afeta as artérias ciliares, oftálmicas e central da retina, o paciente poderá evoluir com crises repetidas de amaurose fugaz.⁽¹⁰⁾

O risco de amaurose é o surgimento de neurite óptica isquêmica anterior que poderá levar à cegueira irreversível, mas que pode ser evitada pela administração imediata de corticosteroides.

Cefaleia atribuída diretamente à neoplasia intracraniana

É descrita como uma cefaleia progressiva, localizada, que piora pela manhã e é agravada ao tossir ou inclinar a cabeça para frente. A neoplasia é demonstrada por exames de neuroimagem.⁽¹⁰⁾

Cefaleia atribuída à meningite bacteriana

A cefaleia é o sintoma mais comum da meningite bacteriana e pode ser o primeiro. Faz parte da tríade de

sintomas da síndrome meníngea, a qual é composta por cefaleia, vômitos e rigidez de nuca.⁽¹⁰⁾

REAÇÃO DOS PACIENTES

Quando o paciente sabe que sua cefaleia é gravíssima, como, por exemplo, decorrente de uma neoplasia intracraniana, ele não entende isso como uma sentença, mas como uma execução de morte. De imediato, antevê as possibilidades de sofrimento, decadência, exclusão social e toda horda de horrores que costumam acompanhar a morte.⁽¹¹⁾

Em geral, ao receber a notícia, alguns pacientes não exibem reações identificáveis. Outros choram desconsoladamente e, enquanto fazem isso, sua face fica, misteriosamente, vazia.^(11,12)

Muitos começam a morrer, antes de qualquer desfecho. Morrem seus planos, projetos, aspirações ou convicções.⁽¹¹⁾ Poderão abandonar a ideia de envelhecer ao lado do cônjuge ou de passar as próximas férias no Parque Nacional Serra da Capivara ou no Parque Nacional de Sete Cidades, no interior do Piauí, ou ainda, de conhecer seus futuros netos.

COMO DAR A NOTÍCIA AO PACIENTE

Inevitavelmente, o médico terá que revelar o diagnóstico de uma cefaleia potencialmente grave ao paciente ou aos seus familiares. Alguns comunicam essa notícia de modo conciso: "sinto muito", mas, efetivo. Outros, na tentativa de amenizar a situação, aproveitam-se do eufemismo e substituem palavras como "câncer" por outras, tais como, "neoplasia" ou "tumor". O diagnóstico continua o mesmo: um câncer é um câncer, não importa a palavra usada para nomeá-lo.^(3,6,12,13)

Há, ainda, aqueles médicos que usam a linguagem não verbal. Nesse caso, a transmissão da mensagem inclui a linguagem corporal, gestos, expressões, inflexões e, até mesmo, o silêncio. Quando alguém permanece silencioso, está de fato, se comunicando, ao deixar claro que não quer se comunicar.^(13,14)

Na verdade, não existe uma fórmula de como abordar o paciente, mas devem-se respeitar as individualidades de cada um. Para isso, o médico deve escutá-lo com a finalidade de conhecer o seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e seu preparo para receber a má notícia.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Existe uma ferramenta que tem ajudado nas faculdades da área de saúde, elaborada pelo médico inglês

Robert Alexander Buckman (1948-2011). Trata-se do protocolo SPIKES, cujas letras dessa palavra são as iniciais das seis etapas descritas, de maneira didática, para comunicar más notícias: *Setting up*, preparando-se para o encontro; *Perception*, percebendo o paciente; *Invitation*, convidando para o diálogo; *Knowledge*, transmitindo a informação; *Emotions*, expressando emoções; *Strategy and Summary*, resumindo e organizando estratégias.^(17,18)

Na primeira etapa, o médico deve planejar a entrevista. É importante rever os dados que fundamentam o diagnóstico: resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e informações gerais sobre o paciente. O médico precisa avaliar seus próprios sentimentos, positivos e negativos, sobre a transmissão da má notícia para esse paciente.^(17,18)

Na segunda etapa, o médico deve procurar saber como o paciente percebe sua doença, se é grave ou não. Questionar o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais, internet etc., qual é a sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos os exames. É fundamental corrigir desinformações e moldar a má notícia para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.^(17,18)

Na terceira etapa, o médico deve avaliar o desejo do paciente em saber que tipo de cefaleia tem. Deve, também, investigar se o paciente deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos.^(17,18)

Na quarta etapa, o médico deve transmitir a notícia e as informações ao paciente. O diagnóstico deve ser anunciado com delicadeza. Preferentemente, o profissional deve evitar os termos técnicos e adaptar-se ao vocabulário e ao nível de compreensão do paciente. Deve, também, evitar a dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários. Se o prognóstico for ruim, não transmitir desesperança e desistência, mas valorizar os cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário.^(17,18)

Na quinta etapa, o médico deve expressar seus sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções dos pacientes e de familiares. É necessário acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo de pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade do acompanhamento.^(17,18)

Na sexta e última etapa, as principais questões abordadas devem ser resumidas e uma estratégia traçada para

ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros. O médico deve compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente. Isto pode reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do médico, quando o tratamento não é bem-sucedido. É preciso ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes.^(17,18)

REFERÊNCIAS

1. Diaz FG. Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue. *Med Intensiva*. 2006 Dec; 30(9): 452-9. [Article in Spanish].
2. Dosanjh S1, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*. 2001 Mar;35(3):197-205.
3. Aitini E, Aleotti P. Breaking bad news in oncology: like a walk in the twilight? *Ann Oncol*. 2006;17(3):359-60.
4. Arnold SJ, Koczwara B. Breaking Bad News: Learning Through Experience. *J Clin Oncol*. 2006 Nov 1;24(31):5098-100.
5. Leite AM, Caprara A, Coelho Filho JM. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.
6. Cavalcanti DR. Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê? *Pan-American Family Medicine Clinics*. 2005;1:41-5.
7. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial Da União, 1988. p. 1574-7.
8. Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *ev Assoc Med Bras*. 2007;53(1):68-74.
9. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):312-9.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33(9):629-808
11. Juca NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGCH, et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):57-64.
12. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. 2001 Apr 1;19(7):2049-56.
13. Tapajós R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Comunic Saude Educ*. 2007;11(21):165-72.
14. Chacon JP, Kobata CM, Liberman SPC. A "mentira piedosa" para o canceroso. *Rev Assoc Med Bras*. 1995;41(4):274-6.
15. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):331-5

16. Fujimori M, Oba A, Koike M, Okamura M, Akizuki N, Kamiya M, et al. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *J Cancer Educ.* 2003; 18(4): 194-201.
17. Baile WK, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka APS. SPIKES - a Six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4) 302-11.
18. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(1):52-7.

Correspondência

R. P. Silva-Néto
Universidade Estadual do Piauí
Rua Olavo Bilac, 2335 - Centro
PI 64001-280 –Teresina, PI, Brasil
Tel. + 55 86 3221-4749
E-mail: neurocefaleia@terra.com.br

Recebido: 02 de março de 2016

Aceito: 10 de março de 2016