

Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso

When prostate-specific antigen takes us to Balint: a case report

Cuando el antígeno específico de la próstata conduce a Balint: relato de un caso

Cristina Isabel Duarte Silva

Resumo

O benefício do rastreio do câncer da próstata na redução da mortalidade continua controverso. O risco de intervenção médica excessiva, diagnóstica e terapêutica, é significativo, pelo que não devem ser descurados os princípios éticos da prevenção quaternária. A decisão deverá ser sempre partilhada. Mas, para que isto aconteça, é fundamental uma boa comunicação/relação médico-doente. O caso que se descreve aborda estes e demais aspectos, pondo em causa a não utilidade do rastreio. Trata-se de um homem jovem com adenocarcinoma da próstata metastizado que, anos antes, já apresentava uma elevação do antígeno específico da próstata (PSA) que não foi valorizada. Um doente por si só já difícil e cujo diagnóstico desafiou ainda mais a tentativa de criação de uma relação empática. Obstáculo que acabou por ser ultrapassado com sucesso depois do médico de família participar num grupo Balint.

Abstract

The benefit of prostate cancer screening in reducing mortality remains controversial. The risk of excessive medical, diagnostic and therapeutic intervention is significant, reason why ethical principles of quaternary prevention should not be overlooked. A shared-decision should be in order. But for this to happen, good communication/doctor-patient relationship is critical. The case described here under addresses these and other issues, questioning the non-usefulness of the screening. The case relates to a young man with metastatic prostate adenocarcinoma who, years before, presented already an increase of prostate-specific antigen (PSA) that was not valued. A difficult patient, whose diagnosis made it even harder to create an empathic relationship between doctor and patient. This situation was successfully overcome further to a participation of the family doctor in a Balint group.

Resumen

El beneficio de la detección del cáncer de próstata en la reducción de la mortalidad sigue siendo controvertido. El riesgo de la excesiva intervención médica, diagnóstica y terapéutica es significativo, por lo cual no se deben olvidar los principios éticos de la prevención cuaternaria. La decisión debe siempre ser compartida y para que eso ocurra es esencial una buena comunicación/relación médico-paciente. El caso que se describe trata estos y otros aspectos, cuestionándose la inutilidad de la detección. Se trata de un hombre joven con metástasis de adenocarcinoma de la próstata que, años antes, ya presentaba un incremento del antígeno específico de la próstata (PSA) que no fue valorado. Un paciente en sí difícil y cuyo diagnóstico desafió aún más el intento de crear una relación empática. Ese obstáculo fue por fin sobrepasado con éxito después del médico de familia participar en un grupo Balint.

Palavras-chave:

Antígeno Específico da Próstata
Câncer
Prevenção Quaternária
Psicoterapia de Grupo
Empatia

Keywords:

Prostate-Specific Antigen
Cancer
Quaternary Prevention
Psychotherapy Group
Empathy

Palabras clave:

Antígeno Específico de la Próstata
Cáncer
Prevenición Cuaternaria
Psicoterapia de Grupo
Empatía

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 14/04/2017.
Aprovado em: 14/01/2018.

Como citar: Silva CID. Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1518](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1518)

Introdução

O câncer prostático é um dos problemas médicos mais importantes no homem. Atualmente, não existe evidência científica suficiente que suporte o rastreio. Contudo, o PSA poderá ser prescrito a doentes que o solicitem, após informação sobre os benefícios e riscos.¹ Esta decisão partilhada e esclarecida depende, em parte, das características biopsicossociais do doente, com o qual nem sempre é fácil dialogar, e constitui, por si só, um paradigma da medicina centrada na pessoa.² A empatia é, por isso, um instrumento fundamental na comunicação médico-doente e deve ser treinada.³

O grupo Balint surge como um facilitador desta aprendizagem. O caso clínico que se descreve, de forma narrativa e recorrendo a perguntas retóricas encadeadas, enfatiza o papel do grupo Balint como motor de transformação da prática clínica de um médico de família (MF) que sente a sua competência comunicacional desafiada não só pelas controvérsias em torno do rastreio do câncer prostático, mas também da própria prevenção quaternária.

Detalhamento do caso

Identificação

Homem branco de 48 anos. Natural de Lisboa. Reside com sua mãe de 86 anos. Divorciado há 10 anos, sem filhos. Desempregado. Trabalhava em artes gráficas. Ex-fumante de 24 unidades maço/ano, há 10 anos. Etilista ocasional (30g de álcool puro por semana).

Antecedentes Pessoais

Disfunção sexual erétil (DE) com 8 anos de evolução, pouco abordada pelo doente em consulta, personalidade hipocondríaca com várias consultas por queixas somáticas do aparelho musculoesquelético.

Antecedentes Familiares

Mãe com diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial essencial. Pai falecido por causa desconhecida. Filho mais novo, tem um irmão e uma irmã, com os quais tem pouco contato. Sem antecedentes familiares oncológicos ou urológicos.

História da Doença Atual

O recipiente com urina

Em outubro de 2015, numa consulta com o MF refere quadro intermitente, com um ano de evolução, de nictúria, diminuição do jato urinário e dificuldade em iniciar a micção. Preocupado, quase indignado, por nunca ter realizado o rastreio do câncer prostático, verbaliza de forma rude que “já deveria ter feito há muito tempo, desde os 40 anos”. Embora não havendo uma acusação direta, é nesta fase que o MF começa a sentir os seus conhecimentos técnico-científicos postos em causa.

O médico, conhecendo a personalidade ansiogênica do doente, relativiza aquele comentário. Tranquiliza-o, explica as evidências atuais do rastreamento do câncer prostático e porque ainda não tinha sido realizado. Esclarece que, uma vez sintomático, a investigação pode ser pertinente. Contudo, o doente recusa toque retal.

Em janeiro de 2016, visivelmente ansioso, traz um frasco de mel com urina concentrada que, na sua interpretação, constituía um sinal suspeito. Traz um PSA total de 77ng/ml e uma ecografia prostática transretal com uma glândula de 40cm³, contornos ligeiramente indefinidos e bosselados, assimétrica à custa do lobo direito, onde se esboça nódulo com 12mm hipocogênico, associado à redução do ângulo vesicoprostático. Ecografia vesical com espessamento parietal difuso (~8,4mm) e resíduo pós-miccional de 62cm³. Com aquela atitude, o MF, perplexo, prevê, pela primeira vez, as dificuldades relacionais que iriam surgir no futuro, especialmente se o desfecho fosse maligno. Referencia-se urgentemente a consulta hospitalar de urologia e inicia tansulosina para controle sintomático.

As consultas hospitalares

Em abril de 2016, na primeira consulta de urologia, refere um PSA total prévio em 2009 de 7ng/ml, cuja informação era desconhecida pelo MF atual. Especula-se que aquela análise teria sido prescrita por outro médico na sequência das queixas de DE e cujo resultado não foi valorizado pelo doente nem por esse médico. Autoriza toque retal, palpando-se próstata de contornos irregulares e consistência dura à direita.

Agenda-se biópsia prostática transretal, cujo exame anatomopatológico revela um adenocarcinoma acinar Gleason 9 (4+5) com angio e neuroinvasões tumorais, pelo que inicia bloqueio androgênico completo. Documenta-se, por cintigrafia óssea, metastização de pequenas dimensões na região parietal direita, escápula e gradil costal esquerdos. Inicia quimioterapia, num total de 6 ciclos mensais, que decorreram sem intercorrências. Último em outubro de 2016. Atualmente, com um PSA normal e melhorado dos sintomas miccionais.

“A vitória”

Paralelamente, em junho de 2016, após alguns meses de ausência no MF, vem dar conhecimento do diagnóstico, acompanhado pela irmã. Durante a consulta, objetiva-se uma dissociação entre a gravidade da situação e o estado emocional do doente, o qual não esboça sinais ou sintomas de tristeza, revolta ou negação, que seriam expectáveis, mas um quadro clínico sentido pelo médico como uma satisfação por provavelmente ter conseguido demonstrar que afinal sofria de uma doença grave.

Ao contrário das consultas anteriores, o doente apresentava-se calmo, com fâcias eufímicas, um discurso organizado, de timbre delicado, intercalado com sorrisos, sem heteroagressividade, destacando-se citações como “Eu bem lhe disse que tinha alguma coisa grave”, como se estivesse satisfeito por provar que os médicos erraram ou fizeram o diagnóstico com atraso.

Mais uma vez, o MF sente-se acusado de negligência e ambivalente quanto ao comportamento do doente. Seria hipocrisia? Ou estaria genuinamente tranquilo? Tranquilo por saber o que tinha? Para ele seria um diagnóstico mais importante que o seu prognóstico? A presença da irmã, que se sabe não ser próxima do doente, vem, precisamente por isso, reforçar este sentimento de culpa e erro.

Grupo Balint

Previa-se, pelo curso da doença, um acompanhamento próximo do MF, que não conseguia empatizar com aquele doente. Assim, surgiu, pela primeira vez, a necessidade deste MF procurar um grupo Balint, como forma de desabafo e busca de aconselhamento sobre como “chegar mais próximo” daquele doente difícil, provocador e desconfiado.

O grupo, de acesso livre e destinado a MF, decorria mensalmente nas instalações da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Um dos conselhos sugeridos pelo grupo foi “redirecionar o foco”, ou seja, o MF debruçar-se mais sobre os sentimentos do doente, em vez de se focar somente nos seus e na interpretação que atribuía a cada palavra ou gesto do doente.

Finalmente, em setembro de 2016, procura-se explorar os sentimentos do doente em relação ao seu estado de doença. Responde “Até estou impressionado comigo. Pensei que reagisse pior. Acho que ainda não interiorizei a gravidade da situação. Parece um quadro gripal. O meu único receio é sofrer. Como ainda não estou a sofrer estou a reagir bem”.

Procurou-se saber, também, como estava a funcionar a sua rede de suporte, designadamente, a reação dos familiares, ao que responde “A minha mãe está como eu. Só tenho receio que ela sofra se alguma coisa me acontecer. A minha irmã preocupou-se no início quando soube. Até me queria levar a um bruxo para que com os seus poderes sobrenaturais me curasse do câncer. Mas também nunca mais se aproximou de mim”.

Esta conversa foi frutífera porque despertou em ambos um comportamento diferente nas consultas subsequentes. O discurso do doente sentido pelo MF passou de censura a desabafo e a postura de inquietação para serenidade. Em relação ao MF, outrora centrado em si, passa a adotar uma escuta ativa e reconsidera a viabilidade das suas interpretações feitas em consultas anteriores.

Nunca houve uma acusação direta. Haveria, de fato, uma acusação implícita nas palavras do doente? Ou teria o MF sobrevalorizado essas palavras, em parte pela própria personalidade, e em parte pela ambivalência de se sentir responsável por um doente e simultaneamente incapaz de o ajudar perante um tema que lhe suscitava incertezas?

Nas consultas seguintes continuou-se a pôr em prática algumas estratégias sugeridas no grupo. Com o tempo, verificou-se o desenvolvimento progressivo de uma relação empática de parte a parte, e um crescimento pessoal e profissional do MF.

Discussão

O papel do grupo Balint

O MF, pela longitudinalidade, continuidade e holismo dos seus cuidados biopsicossociais, requer uma forte competência comunicacional. Haverá sempre doentes “difíceis”, quer pela sua personalidade quer pelas situações clínicas que os envolvem. E são estes casos que nos desafiam a adaptar a forma como comunicamos. A necessidade de formação em comunicação é, pois, fundamental na prática médica e devia ser mais valorizada.⁴

No caso descrito, o grupo Balint foi um impulsionador de mudança. Centrou-se nos sentimentos, bloqueios relacionais e emocionais do médico, mas também no que isso podia indicar quanto aos sentimentos do doente, assim ajudando o médico a “desconstruir” o caso e a permitir que ao doente fosse reconhecida a possibilidade de expressar as suas emoções.

Assim que o médico começou a explorar os sentimentos do doente, verificou uma maior abertura sua; que as pessoas têm as suas estratégias de *coping* e gestão das emoções, por vezes contrárias àquelas socialmente consideradas como adequadas; sentiu-se mais aliviado e apercebeu-se que a atitude do doente não se prendia com a conduta do médico, mas com a forma como ele próprio percecionava o seu estado de doença. Como dizia Michael Balint, o grupo induziu “uma mudança limitada, embora considerável, na personalidade do médico”.⁵

O papel da investigação adicional

Este caso não é um exemplo de rastreio em indivíduo assintomático. Desde o início, o doente apresenta sintomas do trato geniturinário, pelo que se justificava investigação. Em 2009 (com 40 anos), por queixas de DE, realiza um PSA de 7ng/ml, que não foi valorizado por nenhum dos intervenientes e a investigação não avançou.

O MF atual desconhecia esta avaliação prévia, mas tinha conhecimento, ainda que pouco explorado, da DE. Na verdade, o doente encontrava-se divorciado, sem atividade sexual desde então, pelo que nunca sentiu necessidade em abordar aquele assunto, nem o MF considerou relevante aprofundá-lo, pelo que o mesmo terá caído no esquecimento.

Anos depois, o doente refere sintomas intermitentes do trato urinário. Analisando o comentário sobre o dever do rastreio “há muito tempo, desde os 40 anos”, se se tratasse de um doente assintomático e não havendo fatores de risco, a deteção precoce, à luz da evidência atual, não tinha fundamento. Mas o doente tinha sintomas. É, contudo, pertinente refletir se, ainda assim, a investigação se justificava. Não seria legítimo pensar numa patologia benigna, medicar, monitorizar e investigar apenas se ausência de melhoria clínica?

Repare-se que a hiperplasia benigna da próstata pode afetar alguns homens precocemente, a partir dos 40 anos. Sucede que este doente tinha também sintomas de DE com início em idade jovem e, sobretudo, um PSA prévio de 7ng/ml. Possivelmente, se o MF conhecesse aquela avaliação não teria relutância em investigar nem percecionaria o comportamento do doente como uma afronta aos seus conhecimentos científicos. E se o MF já fosse “balintiano” naquele momento, em vez de se concentrar nas suas incertezas, teria averiguado o motivo daquele comentário. Nas entrelinhas, o doente quis partilhar que tinha razões (a DE e o PSA elevado) que suportavam a investigação adicional logo aos 40 anos.

Prevenção quaternária – sim ou não?

Nem todos os atos médicos beneficiam as pessoas da mesma forma. Muitos podem originar prejuízo e morbidade, violando o primado do *primum non nocere* . Um exemplo é o excesso de programas de rastreio.⁶ Um dos princípios que justifica ou não um rastreio é a efetividade das medidas preventivas na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida.

De fato, são limitadas as evidências que indicam que a detecção e tratamento precoces do câncer prostático têm melhores resultados na mortalidade. O mesmo já não se pode dizer da morbidade provocada pelo câncer metastático. Uma sub-análise do *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC) de 2012 revelou que o rastreio diminuía o risco de desenvolver metástases em 30%.⁷

Este estudo continua em curso, pelo que se especula que se acentuem as diferenças não só na qualidade de vida, mas também na mortalidade específica da doença. Posto isto, pensa-se que se este doente tivesse sido devidamente investigado em 2009, quando o PSA era de 7ng/mL, o câncer ainda estaria confinado ao órgão e a morbidade atual não se verificava.

Conclusão

Neste caso, afiguram-se dois protagonistas: um doente difícil que, motivado por resultados clínicos e analíticos anteriores, acredita ter uma doença grave; e um médico que, desconhecendo esses resultados, identifica uma dificuldade empática que entende resultar do temperamento do doente e da doença controversa que é o câncer prostático.

A participação no grupo Balint provou que pequenas mudanças na estratégia comunicacional podem fazer diferença na relação com o doente e, através desta, na abordagem da doença. A evidência quanto ao custo-efetividade do rastreio do câncer prostático persiste e o mesmo deverá ser decidido de forma partilhada, informada e adaptada às expectativas do doente.

A evidência quanto ao custo-efetividade da investigação prévia a um tratamento empírico em doentes sintomáticos, deverá ser, também, analisada caso a caso e está dependente de uma anamnese completa e um exame físico dirigido. Na opinião do autor, prevenção quaternária sim, mas adaptada às características biopsicossociais do homem que se senta à nossa frente.

Referências

1. Barreira JF, Moreira AC, Silva MI, Pinto N. Prevenção do cancro da próstata: o dilema do “excesso” ou do “defeito”. *Patient Care*. 2016;21(225):21-4. Disponível em: <http://www.admedic.pt/arquivo/o-papel-do-medico-de-familia-na-abordagem-do-tremor-no-adulto.html>
2. Santos JA. Rastreio do cancro prostático: o actual paradigma da medicina centrada na pessoa. *Rev Port Med Geral Fam*. 2014;30(2):122-8. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11286>
3. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Clin Geral*. 2012;28(3):224-6. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10944>
4. Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24(4):505-12. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>
5. Brandão J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(6):733-44. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10430>
6. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(3):289-93. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10361>
7. Schröder FH, Hugosson J, Carlsson S, Tammela T, Määttänen L, Auvinen A, et al. Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Eur Urol*. 2012;62(5):745-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.068>

USF Ars Medica - ACES Loures Odivelas. Lisboa, Portugal. cristina.ds88@gmail.com
(Autora correspondente)