

COMUNICAÇÃO MÉDICO DOENTE EM ONCOLOGIA

ZULMIRA SANTOS, GRAÇA SANTOS, PAULO ABRANTES

Serviço de Psiquiatria. Hospital da Universidade de Coimbra. Coimbra

RESUMO

Analisa-se a problemática da comunicação médico doente em oncologia, com enfoque particular na questão da informação do diagnóstico. Em breve revisão teórica da matéria, debatem-se as razões que levam ao desequilíbrio de poder na relação médico-doente. Traça-se um panorama da evolução das atitudes médicas ao longo dos últimos 25 anos em vários países, no que respeita à informação do diagnóstico, considerando, entre outros aspectos, as diferenças culturais. Procuram-se vislumbrar razões conducentes a uma mudança neste campo. Os autores auscultaram a classe médica e as suas atitudes face à informação do diagnóstico de cancro. Para isso, elaboraram um questionário e entrevistaram 80 médicos do Hospital da Universidade (HUC) e do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC). Dos resultados obtidos salienta-se: -59% dos médicos entrevistados habitualmente não revela toda a verdade sobre o diagnóstico. - O receio das reacções emocionais do doente, constitui a razão mais apontada para *evitar informar*. - Existe a impressão entre os clínicos, de que conhecer a verdade tem habitualmente um efeito positivo na relação médico-doente.

SUMMARY

Doctor/Patient Communication in Oncology

The authors analyse the problems of doctor/patient communication in Oncology with a particular incidence on the matter of diagnosis information. In a short theoretical review on the subject are debated the reasons that lead to an unbalanced power in doctor/patient relation, ships. It is pointed a general view of medical attitude along the last 25 years in several countries concerning diagnosis information and cultural differences, among other aspects. The AA seek to foresee reasons that may lead to a change on this matter. The medical class has been questioned about it's attitude on the diagnosis information of cancer. For that purpose a questionnaire was made and 80 doctors of HUC e CHC were interviewed. From the results the AA consider it is to be noted the following: - 59% of the colleagues interviewed usually don't reveal the whole truth about the diagnosis; - Fear of patient's emotional reactions, is the most frequent reason to *not to inform*; - There's the feeling among doctors that the knowledge of the truth has communly a positive effect on doctor/patient relations.

INTRODUÇÃO

No conceito tradicional de relação médico doente, atribui-se ao doente um papel de colaboração passiva. Parsons (1951)^{1,2} definiu um modelo de paciente considerado ideal, o qual teria como deveres procurar uma ajuda técnica competente, estar motivado para a cura, confiar no médico e aderir ao tratamento. Em contrapartida, estar doente conferir-lhe-ia certos privilégios, tais como isenção de responsabilidades face ao seu estado de saúde e de outras sociofamiliares¹.

Ao médico caberia o papel activo de diagnosticar a doença, estabelecer o tratamento e conferir estatuto de doente ao paciente. Várias razões têm conduzido à persistência deste desequilíbrio na relação médico doente. Apon-tam-se entre outras:

- O médico possui vastos conhecimentos teórico-práticos e ao doente, pode faltar capacidade intelectual para receber e processar a informação dada pelo médico.

- O médico considera que informar, propor o tratamento e aceitar que o doente tome decisões, lhe ocupa muito do seu tempo.

- É frequente nos médicos, a crença de que informar o doente sobre a sua condição médica lhe aumenta a ansiedade.

- Muitos médicos pensam que conhecem as necessidades e a vontade dos seus doentes, agindo sem os inquirir.

Pela parte do doente também existem razões que levam à aceitação da passividade na relação médico doente. Assim:

- Estar doente interrompe o curso da vida e evoca a inevitabilidade da morte, modelando um estado psicológico conducente à aceitação do consolo paternalista.

- O doente atribui ao médico o poder de curar como se ele fosse *todo poderoso*.

- Muitos doentes não querem ou receiam assumir responsabilidades nas decisões, entregando-se *nas mãos do seu médico*.

- Os doentes não o interpelam por receio de aquele os não considerar *um bom doente*¹⁻⁶.

Culturalmente, estes papéis, activo (médico)/passivo (doente), têm sido bem aceites. Nos EUA, por razões que têm a ver com mudanças sociais, nomeadamente a valorização da autonomia individual e a contestação de todas as formas de poder, o referido modelo tem vindo a ser posto em causa. Na prática, a estrutura do sistema de saúde e as obrigações legais que o médico tem que cumprir, também não são compatíveis com o poder directivista do médico^{9,10}.

Julgamos que a comunicação médico-doente em oncologia é indissociável destes aspectos relacionais, tal como o demonstra o que vem acontecendo em diversas culturas e ao longo das últimas décadas, no que tem a ver com a informação acerca do diagnóstico, prognóstico e tratamentos, fornecida pelo médico.

Assim, nos EUA, nos últimos 25 anos tem-se assistido a uma mudança nas atitudes médicas em relação ao doente com cancro de que a literatura sobre o assunto nos vem dando testemunho⁶⁻¹⁴.

Em 1961 (Oken), numa amostra de 269 médicos hospitalares, 90% geralmente não informava o doente do seu diagnóstico⁷.

Novack, em 1979, encontrou que, numa amostra de 264 médicos hospitalares, 97% preferia informar o diagnóstico ao doente com cancro, o que denota uma completa mudança de atitude⁸.

A Sociedade Internacional de Psico-oncologia fez em 1984, um inquérito internacional sobre as atitudes e prática no revelar do diagnóstico de cancro. Os dados levaram à distribuição dos respondentes dos vários países por dois grupos: num deles incluíam-se a Austria, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia e Suíça. Neste grupo os membros da Sociedade estimavam que nos respectivos países a percentagem de médicos que revelava o diagnóstico de cancro era superior a 80%. No outro grupo, respondentes de África, Hungria, Japão, Panamá, França, Itália, Portugal e Espanha estimavam que menos de 40% dos seus colegas revelavam o diagnóstico. Contudo em todos os países a família era informada¹².

Este estudo reforça a ideia de que a prática de revelar ou não o diagnóstico se integra num contexto cultural. Por exemplo na América, a revelação do diagnóstico é indispensável para obter o consentimento legal para o tratamento e para além disso, ser sabedor da sua condição confere ao indivíduo doente, a autonomia e a capacidade de tomar decisões, dando-lhe uma noção de controlo do seu próprio destino e permitindo-lhe lutar contra a doença⁷⁻¹¹.

Em contraste, os valores de outras culturas, tais como países da Europa do Sul, da África ou Japão, entram em conflito com esta forma de abordar o problema, sendo considerado cruel a revelação do diagnóstico ao doente, pelo que a informação é dada directa e primeiramente à

família cabendo a esta, decidir quanto e quando o seu familiar doente deve saber. A família adquire assim, uma importante posição de intermediário entre o médico e o doente, uma vez que, constitui um suporte essencial em períodos de crise^{9,10,12,13}.

Descortinam-se no entanto, alguns sinais de mudança, que a nosso ver se prendem com as seguintes razões:

- Os clínicos apercebem-se que a ausência de uma comunicação franca remete o doente para o isolamento da *conspiração do silêncio* e mina a confiança de que a relação médico-doente deve estar embuída. Este é um aspecto de muito peso, dada a longa tradição humanista da medicina;

- Também, os avanços da tecnologia médica têm permitido melhorar o prognóstico de muitas situações anteriormente consideradas fatais. Cancro deixou de ser sinónimo de morte, quer para o médico, que assim mais honestamente pode inculcar esperança, quer para o doente que olha a doença como uma luta a travar;

- Por seu lado, a complexidade dos exames de diagnóstico e dos tratamentos exige uma maior cooperação do doente, sendo necessário informar;

- Assite-se ainda, a um incremento de acções de prevenção do cancro, através da divulgação de informação e começa a ser frequente, nos meios de comunicação, o testemunho de figuras públicas que veiculam a sua experiência pessoal na luta contra o cancro, o que esbate o estigma destas doenças^{1,3,8,11,12}.

MATERIAL E MÉTODOS

No sentido de avaliarmos a atitude actual dos nossos médicos, no que concerne à revelação do diagnóstico de cancro, entrevistámos 80 médicos hospitalares dos HUC e do CHC, colocando-lhes as seguintes questões:

- *É sua norma informar o doente do diagnóstico de cancro?*;

Quando a resposta era negativa pedíamos que apresentasse até 3 razões principais que a seu ver justificavam esta atitude;

- *Quais os factores de que faz depender a informação que dá a um determinado doente?*;

- *A experiência clínica fê-lo alterar o modo de encarar este problema?*;

- *Considera que o facto de o doente conhecer a verdade tem habitualmente um efeito positivo ou negativo:*

1. *Na forma de lidar com a doença,*

2. *Na relação médico-doente,*

3. *Na tolerância ao tratamento,*

4. *No planeamento do futuro*

5. *No estado psicológico do doente ao longo da doença?.*

Neste caso, as respostas possíveis eram: *Sim, positivamente; Sim, negativamente variável.*

RESULTADOS

Na amostra de 80 médicos, com idades compreendidas entre os 27 e os 54 anos, 40% eram do sexo feminino e 60% do masculino. Repartiam-se por várias especialidades, estando as especialidades médicas representadas maioritariamente (médicas - 64%; cirúrgicas - 36%) e havendo uma divisão sensivelmente equitativa entre internos de especia-

lidade e especialistas (internos - 46%; especialistas- 54%), (Figs. 1 e 2).

Os resultados encontrados mostraram que 59% dos médicos habitualmente não revelava ao doente toda a verdade sobre o diagnóstico, isto é, se dava alguma informação retirava-lhe a conotação de malignidade.

Num estudo de 1981 de Sarmento Pires et al. em que foram entrevistados médicos de vários serviços hospitalares de Coimbra, 21,2% dos médicos nunca revelava toda a verdade e 48,4% só o fazia algumas vezes, o que perfaz 70% de médicos cuja prática habitual era a de não dar uma informação completa (Quadro 1)⁵.

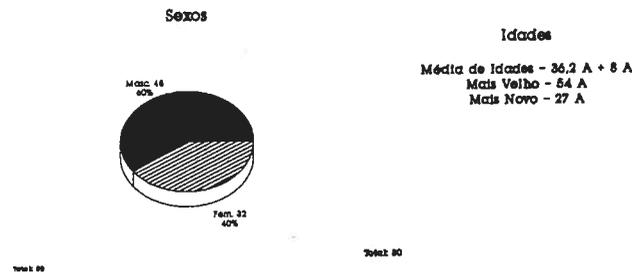


Fig. 1 - Características da Amostra (N = 80).

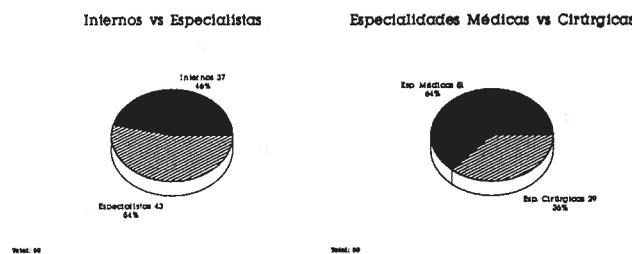


Fig. 2 - Distribuição da Amostra (N = 80).

QUADRO 1 - Informação Sobre o Carácter Maligno da Doença

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| Nossa amostra (1993) | 80 médicos hospitalares de Coimbra → | 59% habitualmente não informa |
| Sarmento Pires e cols. (1981) | 33 médicos hospitalares de Coimbra → | 21,2% nunca informa 48,4% informava só às vezes |
| Total | | 70% |

Acreditamos que estes dados indiciem uma mudança de atitude, no sentido de uma maior informação ao doente.

No nosso inquérito, as 3 razões mais invocadas para que, por norma, o diagnóstico não fosse comunicado ao doente, foram: receio do impacto psicológico que a revelação teria sobre o doente, meio cultural português e dificuldade do próprio médico. No Quadro 2, encontram-se referenciadas todas as respostas obtidas e respectivas percentagens. Pelos resultados, podemos constatar que o receio das reacções emocionais do doente constitui a razão mais

QUADRO 2 - Razões Apontadas para não Revelar o Diagnóstico

| | |
|---|-------|
| • Receio do impacto psicológico | 31,3% |
| • Meio cultural português | 12,5% |
| • Dificuldade do próprio médico | 11,3% |
| • O doente não quer saber | 8,8% |
| • O doente não está preparado para saber | 7,5% |
| • Proteger o doente | 7,5% |
| • Não retirar a esperança | 6,2% |
| • Conhecer a verdade prejudica a qualidade de vida | 5,0% |
| • Evitar a depressão | 5,0% |
| • Conhecer a verdade tem efeito negativo na forma de lidar com a doença | 3,7% |
| • Evitar a não colaboração nos tratamentos | 3,7% |
| • Não dar uma sentença de morte/peso do diagnóstico | 3,7% |
| • Incapacidade de o doente compreender | 2,5% |
| • Incerteza do médico em relação ao prognóstico | 2,5% |
| • Efeito psicológico a longo prazo | 2,5% |
| • Conhecer a verdade prejudica a evolução da doença | 1,2% |
| • Conhecer a verdade prejudica o relacionamento familiar | 1,2% |
| • O médico na mesma situação não gostaria de saber | 1,2% |
| • O doente reage mal | 1,2% |
| • Evitar comportamentos maladaptativos | 1,2% |

QUADRO 3 - Factores Consideradas Importantes na Decisão de Informar o Doente

| | |
|---|-------|
| • Nível intelectual/cultural | 70,0% |
| • Características de personalidade | 32,5% |
| • Vontade de saber | 27,5% |
| • Prognóstico | 22,5% |
| • Estado psicológico | 20,0% |
| • Idade | 16,3% |
| • Suporte sócio-familiar | 13,8% |
| • Gravidade da situação médica | 8,8% |
| • Deterioração intelectual do doente | 5,0% |
| • O que o doente pergunta | 5,0% |
| • Vontade dos familiares | 5,0% |
| • Quando há recusa à terapêutica | 3,7% |
| • Problemas de vida a resolver | 3,7% |
| • Reacções prévias do doente às informações | 3,7% |
| • Vivências anteriores | 1,2% |
| • Boa relação médico doente | 1,2% |
| • Grau de conhecimento prévio | 1,2% |

apontada para a atitude de *evitar informar*. Na realidade, o revelar do diagnóstico de cancro é responsável por reacções de grande intensidade emocional, às quais se seguem por vezes, estados de ansiedade e/ou depressão. Interessante é notar que, as dificuldades do próprio médico em lidar com estas reacções são a terceira razão mais referenciada.

A realidade cultural portuguesa é outro dos aspectos a que os médicos se mostram sensíveis, reflectindo-se assim, na abordagem deste problema, o que é culturalmente considerado como a atitude mais humana.

Respostas tais como *o doente não quer saber, o doente não está preparado para saber, para proteger o doente*, sugerem que o médico considera o doente incompetente para compreender ou lidar em termos emocionais, com informações médicas. Estes dados aproximam-se do pensamento de Freidson, quando afirma, que esta inferência

do médico é uma das principais razões que dá suporte à tendência médica de não dizer a verdade^{4,16}.

Outros dados interessantes reportam-se ao facto de que, para dar a informação ao doente, o médico valoriza factores relacionados particularmente com o doente e com a doença em causa (Quadro 3).

Assim, o clínico da nossa amostra tende a fornecer mais informação ao doente com bom nível intelectual e cultural, equilibrado do ponto de vista emocional e com bom suporte sociofamiliar. A idade também é um factor ponderado, sendo a verdade tanto mais escondida quanto mais jovem ou mais idoso é o doente em questão.

A vontade de saber parece ser um dado de muito peso já que 22 médicos o consideraram e mais 4 referiram não deixar sem resposta as perguntas do doente, o que no total representa 32,5% da amostra. Interrogamo-nos porém, até que ponto a passividade do doente na relação, o leva a não manifestar o seu desejo de conhecer a verdade. Pratt e Seligman hipotetizam, que muitas vezes o doente espera que o médico tome a iniciativa da informação, enquanto este, por sua vez, interpreta a reserva do doente como uma indicação de este não querer saber. Num estudo que efectuaram, encontraram que, os doentes a quem é fornecida alguma informação colocam mais questões ao médico do que aqueles a quem não é dada nenhuma informação, concluindo, que da atitude do médico de informar ou não, resulta um padrão de maior ou menor interacção do doente na relação terapêutica^{4,17}.

No que tem a ver com a doença, a gravidade do prognóstico e da situação clínica relacionam-se com uma menor informação. Estes resultados, no seu todo, são coincidentes com o já referido estudo de Novack (1979), no qual os clínicos apontavam também que desejo expresso pelo doente, estabilidade emocional, idade e inteligência, eram factores importantes na decisão de informar o doente⁸.

Das respostas à última questão, que procurava avaliar a impressão do médico sobre o efeito do conhecer a verdade na forma de lidar com a doença, na relação médico-doente, etc., podemos inferir que, apesar de a informação completa não ser prática maioritária, existe a impressão entre os vários clínicos, de que aquela é benéfica para os diferentes itens inquiridos, particularmente o da relação médico doente (84% dos médicos) (Fig.3).

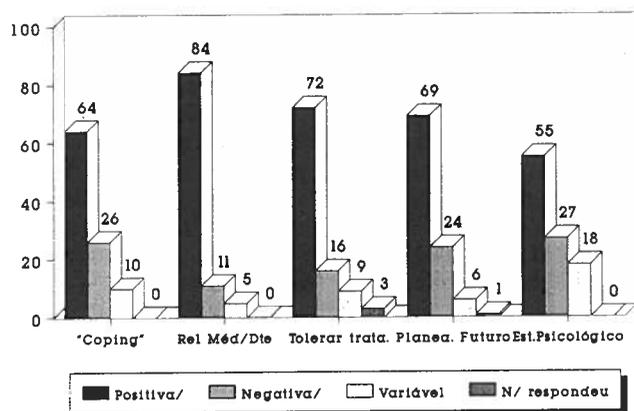


Fig3 - Informar o doente afecta...

Curiosamente, constata-se que apesar de o impacto psicológico do doente ter sido uma razão apontada para não dizer a verdade, só em 27% das respostas foi referido que o estado psicológico ao longo da doença era afectado negativamente pelo conhecimento da patologia.

Sendo a evolução nesta área tendente a uma maior franqueza, procurámos também saber, até que ponto o próprio médico alterava a sua atitude à medida que a sua experiência clínica ia decorrendo. Neste ponto retemos alguns dados, sem entrarmos em juízos de valor. Assim, quer nos internos, quer nos especialistas não era notória uma mudança de atitude. Porém, entre especialidades médicas e cirúrgicas desenhavam-se algumas diferenças, com as cirúrgicas a mostrarem-se menos susceptíveis à mudança, talvez pela preponderância das técnicas intervencionistas em detrimento do tempo passado com o doente (Fig. 4).

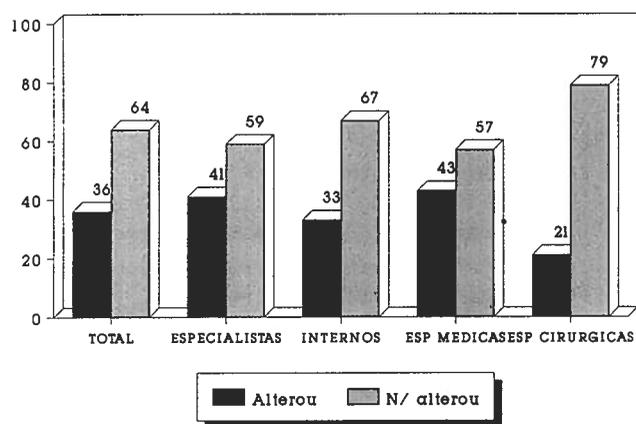


Fig 4 - Informação ao Doente e Experiência Clínica.

CONCLUSÃO

Com este trabalho, propusemo-nos avaliar a realidade que nos rodeia e a partir dos dados obtidos, tecer algumas considerações que possam levar o leitor a reflectir sobre esta problemática. Se voluntariamente, nos demitimos de defender o revelar ou não o diagnóstico ao doente, não podemos porém, deixar de salientar que uma mudança de atitude *no dizer a verdade*, ter-se-à que acompanhar forçosamente de uma maior preocupação, por parte dos médicos, em desenvolverem aptidões que lhes permitam propiciar o suporte emocional que estes doentes carecem¹⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. PARSONS T. The Social System. New York: The Free Press; 1951.
2. BRODY DB: The Patient's Role in Clinical Decision-Making - Ann Intern Med 1980; 93:718-722.
3. GREENFIELD S, KAPLAN S, WARE JE: Expanding Patient Involvement in Care: Effects on Patient Outcomes. Ann Intern Med 1985; 102: 520-528.
4. LERMAN CE, BRODY DS; CAPUTO GC, SMITH DG, LAZARO CG, WOLFSON HG: Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to Attitudes about Illness and Medical Care. J Gen Intern Med 1990; 5:29-33.

5. ROTER DL: Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. *Health Education Monographs* 1977; 5: 281-315.
6. DELBANCO TH: Enriching the Doctor-Patient Relationship by Inventing the Patient's Perspective *Ann Intern Med* 1992; 116: 414-418.
7. SPEEDLING EJ, ROSE DN: Building an Effective Doctor-Patient Relationship: From Patient Satisfaction to Patient Participation. *Soc Sci Med* 1985; 21: 115-120.
8. OKEN D: What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes. *JAMA* 1961;175:1120-1128.
9. NOVACK DH, PLUMER R, SMITH RL, OCHITILL H, MORROW GR, BENNETT JM: Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. *JAMA* 1979; 241: 897-900.
10. BEYENE Y: Medical Disclosure and Refugees: Telling Bad News to Ethiopian Patients. *West J Med* 1992; 157: 328-332.
11. WILCOX DP, THOMPSON HA: From Informed Consent to Informed Refusal. *Texas Med* 1990; 86: 38-40.
12. SCHOENE-SEIFERT B, CHILDRESS JF: How Much Should the Cancer Patient Know and Decide?. *Cancer Journal for Clinicians* 1986; 36 (2):85-94.
13. HOLLAND JC, GEARY N, MARCHINI AB A, TROSS S: An International Survey of Physician Attitudes and Practice in Regard to Revealing The Diagnosis of Cancer. *Cancer Investigation* 1987; 5(2): 151-154.
14. LONG SO, LONG BD: Curable Cancers and Fatal Ulcers: Attitudes Toward Cancer in Japan. *Soc Sci Med* 1982;16: 2101-2108.
15. FIOREN: Fighting Cancer: One Patient's Perspective. *N Eng J Med* 1979; 300(6): 284-289.
16. PIRES EMS, OLIVEIRA JAC, PEREIRA JMM, PONCIANO E E PENA B: Alguns Aspectos da Relação Médico-Doente em Oncologia. *Psiquiatria Clínica* 1987; 2(2): 121-127.
17. FREIDSON E: Professional Dominance. Chicago, Aldine, 1970.
18. PRATT L, SELIGMAN A, READER G: hysician's Views on The Level of Medical Information Amog Patients. *Am J Public Health* 1957; 47:1277.
19. YAMAMOTO J, ACOSTA FX, EVANS LA, SKIBECK WM: Orienting Therapists about Patients' Needs to Increase Patient Satisfaction. *Am. J. Psychiat.* 1984;141: 274- 277.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Gouazé A: Une Certaine Idée du Pouvoir Médical. *Expansion Scientifique Française*. Paris. 1991.
- Código Deontológico. *Revista Ordem dos Médicos* 1985; 3.