

CARLOS AKIO SASAKI



**A FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA E
MÉDICOS RESIDENTES PARA O RELACIONAMENTO
COM PACIENTES COM CÂNCER.**

**Dissertação apresentada como requi-
sito parcial à obtenção do grau de
Mestre.**

**Mestrado em Educação - Área de
Concentração - Pedagogia Universi-
tária, Pontifícia Universidade Cató-
lica do Paraná.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Heloísa Lück.

CURITIBA

1997

**À minha esposa, Mieko; aos meus
filhos Márjorie, Renan e a pequenina
Vívian; aos meus pais, Tokinobu e
Teiko;**

**à Prof^a Dr^a Heloísa Lück, pela sua
extraordinária dedicação à formação
humana.**

AGRADECIMENTOS

Ao **Profº Dr. Saburo Sugisawa**, entre tantas virtudes, singular inspiração para seus alunos do significado do humanismo na medicina.

Aos **Professores do Curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**, pela excelência de suas participações, com especial consideração à **Profª Drª Zélia Milléo Pavão**, pela sua inestimável contribuição e doação à educação universitária.

Aos amigos, **Dr. Taqueo Sugisawa, Dr. Antonio Katsumi Kay, Dr. Flávio Heuta Ivano e Dr. Rogério Takeshi Miyake**, pelo incondicional apoio e consideração.

À **Srta. Margareth Klamas Marzani**, pelo incansável auxílio técnico na informatização dos dados.

Aos **Estudantes e Médicos Residentes** participantes deste estudo, que prontamente se dispuseram a colaborar nessa avaliação.

À zelosa dedicação dos **Funcionários do Curso de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**, em especial à **Sra. Regina Labatut**.

À **Direção da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**, pela preocupação constante com a qualificação profissional e humana dos seus docentes.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	ix
RESUMO	xi
SUMMARY	xiii
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
1 Delimitação do problema	4
2 Objetivos	5
3 Metodologia	6
CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
1 O atual paradigma da medicina	8
2 A visão holística: um repensar na prática pedagógica da medicina	12
2.1 A visão dos estudantes sobre determinadas doenças	14
2.2 Propostas para uma prática pedagógica no ensino médico com bases numa abordagem holística	15
2.2.1 O currículo de medicina	16
2.2.1.1 O estudo da morte e o morrer	18
2.2.1.2 O humanismo dentro da formação médica	21
2.2.2 A aprendizagem pelo exemplo	25
2.2.3 A formação pedagógica do professor de medicina	27
3 A posição de médicos quanto à favorabilidade ou não em revelar o diagnóstico de câncer	29
3.1 A evolução da posição dos médicos americanos quanto a questão da comunicação de um diagnóstico de câncer	30
3.2 A posição de médicos do Brasil e de outros países	33
4 Fatores envolvidos na questão da comunicação ou não de um diagnóstico de câncer ao paciente	34

4.1	Mitos sobre o câncer e suas repercussões:	34
4.1.1	O medo do surgimento de um câncer.	36
4.1.2	As repercussões do medo sobre os programas de prevenção ao câncer.	38
4.1.3	Outras repercussões causadas pelo medo do câncer.	40
4.2	O receio do médico em causar reações ou conseqüências desfavoráveis ao revelar um diagnóstico de câncer:	41
4.2.1	O receio do médico em provocar danos emocionais no paciente.	41
4.2.2	O receio do suicídio.	47
4.2.3	O receio de interferências no tratamento.	48
4.3	A influência de fatores demográficos dos pacientes na decisão médica:	53
4.3.1	O paciente pediátrico e o adolescente.	53
4.3.2	Os pacientes idosos (com mais de 65 anos).	57
4.3.3	A classe social do paciente.	59
4.3.4	O sexo dos pacientes	63
4.4	O estágio e localização da doença.	64
4.5	Fatores intrínsecos aos médicos:	66
4.5.1	O preparo psicológico do médico.	66
4.5.2	A manutenção do poder do médico sobre a vontade do paciente.	68
4.5.3	A experiência profissional do médico.	69
4.6	A família do paciente.	70
4.7	A interferência da mídia sobre a imagem do câncer para a população.	74
4.8	O ponto de vista da ética sobre a comunicação de um diagnóstico ao paciente.	75
CAPÍTULO III - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS		84
1	Nível de formação e sexo dos participantes.	84
2	Posicionamento dos participantes sobre como deveria agir o médico	

	com relação à comunicação de um diagnóstico de câncer ao paciente. ..	85
3	Justificativa do fator formador da posição adotada.	86
4	Variação dos posicionamentos adotados, considerando-se a idade do paciente.	87
5	Variação da posição tomada em decorrência do estágio da doença.	89
6	Variação da posição tomada em decorrência do nível social e cultural do paciente.	91
7	Posicionamento dos entrevistados sobre quem deveria ser primeiramente informado do diagnóstico de câncer: a família ou o paciente.	93
8	Ocorrência de um caso de câncer na família dos respondentes.	94
9	Interferência de uma experiência familiar com um caso de câncer, sobre a disposição em revelar ou não o diagnóstico a um paciente.	94
10	Posição dos participantes sobre a atitude de um médico caso revelasse um diagnóstico de câncer diretamente ao paciente, sendo este seu parente direto.	96
11	Opinião quanto a utilização pelo médico da palavra “câncer” ao se dirigir à doença diante do paciente.	97
12	Sentimentos despertados nos estudantes e médicos residentes durante um relacionamento com um paciente portador de câncer.	98
13	Indicação quanto ao recebimento de uma orientação formal sobre como se portar diante de um paciente com uma doença potencialmente fatal. .	101
14	Desejo dos entrevistados em receber uma orientação formal sobre como se portar diante de um paciente com uma doença potencialmente fatal.	102
15	Avaliação quanto a forma preferida para receber uma orientação sobre	

como se portar diante de um paciente com uma doença potencialmente fatal.	102
16 Indicação da interferência de uma orientação formal quanto a favorabilidade ou não em revelar o diagnóstico a um paciente com câncer.	103
17 Graduação pelos participantes para algumas justificativas ou posicionamentos éticos que habitualmente são consideradas na decisão quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer ao paciente.	105
17.a A interpretação pelos participantes de posicionamentos éticos que habitualmente são consideradas na decisão quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer ao paciente.	105
17.b Noções sobre as possíveis reações dos pacientes ao diagnóstico.	107
17.c A opinião quanto a participação e a motivação dos médicos em reverter a imagem do câncer.	111
18 Classificação pelos participantes quanto ao nível de importância da justificativas apresentadas na questão anterior.	112
19 Posição dos participantes quanto ao desejo em saber do diagnóstico caso virem a contrair um câncer.	116
20 Graduação de algumas justificativas para os respondentes que afirmaram que gostariam de ser informados do diagnóstico se um dia virem a ter um câncer.	117
21 Graduação de algumas justificativas para os respondentes que afirmaram que não gostariam de ser informados do diagnóstico se um dia virem a ter um câncer.	119
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO	122
1 A posição dos participantes.	122
2 Variações e contradições nos posicionamentos dos participantes.	122
2.1 A influência dos fatores demográficos dos pacientes na opinião dos entrevistados.	123
2.2 A posição dos participantes quanto às questões éticas envolvidas. .	124
2.3 A visão dos participantes com relação ao câncer como doença.	125
2.4 O uso do termo “câncer” no relacionamento com o paciente.	127

3	A diferença de posicionamento entre estudantes e médicos residentes. .	127
	CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	131
	ANEXO - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA	135
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUANTO AO NÍVEL DE FORMAÇÃO E SEXO.	85
TABELA 2	POSICIONAMENTO DOS PARTICIPANTES SOBRE COMO DEVERIA AGIR O MÉDICO COM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.	86
TABELA 3	INDICAÇÃO DOS FATORES GERADORES DE POSICIONAMENTO.	87
TABELA 4	INDICAÇÃO DA POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE A FAVORABILIDADE OU NÃO, QUANTO À COMUNICAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE ACORDO COM A IDADE DO PACIENTE.	89
TABELA 5	INDICAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA COM RELAÇÃO AO ESTÁGIO DA DOENÇA: DOENÇA PRECOCE E COM CHANCE DE CURA; LESÃO INCURÁVEL OU EM FASE TERMINAL.	91
TABELA 6	INDICAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA DE ACORDO COM O NÍVEL SOCIAL E CULTURAL DO PACIENTE.	92
TABELA 7	POSICIONAMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE QUEM DEVERIA SER PRIMEIRAMENTE INFORMADO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.	93
TABELA 8	OCORRÊNCIA DE UM CASO DE CÂNCER NA FAMÍLIA DOS ENTREVISTADOS.	94
TABELA 9	INTERFERÊNCIA DE UMA EXPERIÊNCIA FAMILIAR COM UM CASO DE CÂNCER, SOBRE A DISPOSIÇÃO EM REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE.	95
TABELA 10	POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE A ATITUDE DE UM MÉDICO CASO REVELASSE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DIRETAMENTE AO PACIENTE, SENDO ESTE SEU PARENTE DIRETO.	97
TABELA 11	OPINIÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO PELO MÉDICO DA PALAVRA “CÂNCER” AO SE DIRIGIR À DOENÇA DIANTE DO PACIENTE.	98
TABELA 12	SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS ESTUDANTES E MÉDICOS RESIDENTES DURANTE UM RELACIONAMENTO COM UM PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER.	100

TABELA 13	INDICAÇÃO QUANTO A RECEBIMENTO PRÉVIO DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL	101
TABELA 14	DESEJO DOS ENTREVISTADOS EM RECEBER ORIENTAÇÃO FORMAL SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.	102
TABELA 15	AVALIAÇÃO QUANTO À FORMA PREFERIDA PARA RECEBER UMA ORIENTAÇÃO SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL. ...	103
TABELA 16	INDICAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL QUANTO A FAVORABILIDADE OU NÃO EM REVELAR O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE COM CÂNCER. ...	104
TABELA 17.a	A INTERPRETAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DE POSICIONAMENTOS ÉTICOS QUE HABITUALMENTE SÃO CONSIDERADAS NA DECISÃO QUANTO À REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.	107
TABELA 17.b	NOÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS REAÇÕES DOS PACIENTES AO DIAGNÓSTICO.	110
TABELA 17.c	OPINIÃO QUANTO À PARTICIPAÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS EM REVERTER A IMAGEM DO CÂNCER.	112
TABELA 18	CLASSIFICAÇÃO PELOS PARTICIPANTES QUANTO AO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS NA QUESTÃO ANTERIOR.	114
TABELA 19	POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO DESEJO EM SABER DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.	117
TABELA 20	GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.	118
TABELA 21	GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE NÃO GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER	120

RESUMO

Os objetivos da pesquisa foram realizar uma fundamentação teórica sobre o atual paradigma da medicina, enfocando aspectos relacionados à formação médica quanto ao relacionamento médico-paciente, especialmente nos casos de câncer, bem como aspectos relacionados a mitificação da doença na sociedade; conhecer as posições de estudantes de medicina e médicos residentes, quanto à favorabilidade ou não em revelar um diagnóstico de câncer ao paciente, de modo a levantar considerações a respeito de sua formação sobre esse tema; projetar as possíveis implicações do tipo de formação recebida sobre a qualidade no relacionamento médico-paciente nos casos de câncer e, também, quanto ao próprio prognóstico da doença.

A pesquisa de campo foi realizada aplicando-se um questionário estruturado, de múltipla escolha, a 365 estudantes de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica do Paraná, e a 70 médicos residentes participantes dos programas de residência médica oferecida pelas três instituições, no período compreendido entre agosto de 1995 a julho de 1996. Os questionários foram obtidos aplicando-os em sala de aula ou por retorno via carta resposta pelo correio. Os dados foram submetidos a uma análise estatística pelo teste de diferença de proporções.

O estudo demonstrou que a maioria dos participantes (86%, $p < 1\%$) demonstraram ser a princípio, favorável a revelar o diagnóstico de câncer ao paciente. No entanto, verificou-se uma nítida alteração nesse posicionamento inicial ao adicionar-se variáveis como aspectos demográficos dos pacientes ou o estágio de evolução da doença. Apesar do interesse demonstrado pelos participantes em receber uma orientação sobre como conduzir um relacionamento médico-paciente em doenças potencialmente fatais, apenas um terço refere ter recebido alguma noção a esse respeito. Esta falta de orientação por parte dos agentes formadores poderia justificar esta oscilação de opiniões, sugerindo uma deficiência no atual paradigma de formação médica. Os dados da literatura são unânimes em reafirmar a inadequação de uma orientação puramente biomédica nos cursos de medicina, que enfatiza o estudo da enfermidade sem considerar o paciente como um todo.

Surpreendentemente notou-se uma significativa diferença de opiniões entre o grupo de estudantes e médicos residentes em todos os aspectos abordados. O grupo dos médicos residentes se caracterizou por apresentar uma tendência em se posicionar sempre menos favorável a revelar o diagnóstico ao paciente ($p < 1\%$). A posição dos médicos residentes parece estar num estágio intermediário, entre o idealismo dos estudantes e o comportamento médio dos médicos brasileiros em

RESUMO

Os objetivos da pesquisa foram realizar uma fundamentação teórica sobre o atual paradigma da medicina, enfocando aspectos relacionados à formação médica quanto ao relacionamento médico-paciente, especialmente nos casos de câncer, bem como aspectos relacionados a mitificação da doença na sociedade; conhecer as posições de estudantes de medicina e médicos residentes, quanto à favorabilidade ou não em revelar um diagnóstico de câncer ao paciente, de modo a levantar considerações a respeito de sua formação sobre esse tema; projetar as possíveis implicações do tipo de formação recebida sobre a qualidade no relacionamento médico-paciente nos casos de câncer e, também, quanto ao próprio prognóstico da doença.

A pesquisa de campo foi realizada aplicando-se um questionário estruturado, de múltipla escolha, a 365 estudantes de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica do Paraná, e a 70 médicos residentes participantes dos programas de residência médica oferecida pelas três instituições, no período compreendido entre agosto de 1995 a julho de 1996. Os questionários foram obtidos aplicando-os em sala de aula ou por retorno via carta resposta pelo correio. Os dados foram submetidos a uma análise estatística pelo teste de diferença de proporções.

O estudo demonstrou que a maioria dos participantes (86%, $p < 1\%$) demonstraram ser a princípio, favorável a revelar o diagnóstico de câncer ao paciente. No entanto, verificou-se uma nítida alteração nesse posicionamento inicial ao adicionar-se variáveis como aspectos demográficos dos pacientes ou o estágio de evolução da doença. Apesar do interesse demonstrado pelos participantes em receber uma orientação sobre como conduzir um relacionamento médico-paciente em doenças potencialmente fatais, apenas um terço refere ter recebido alguma noção a esse respeito. Esta falta de orientação por parte dos agentes formadores poderia justificar esta oscilação de opiniões, sugerindo uma deficiência no atual paradigma de formação médica. Os dados da literatura são unânimes em reafirmar a inadequação de uma orientação puramente biomédica nos cursos de medicina, que enfatiza o estudo da enfermidade sem considerar o paciente como um todo.

Surpreendentemente notou-se uma significativa diferença de opiniões entre o grupo de estudantes e médicos residentes em todos os aspectos abordados. O grupo dos médicos residentes se caracterizou por apresentar uma tendência em se posicionar sempre menos favorável a revelar o diagnóstico ao paciente ($p < 1\%$). A posição dos médicos residentes parece estar num estágio intermediário, entre o idealismo dos estudantes e o comportamento médio dos médicos brasileiros em

atividade, que preferem não revelar o diagnóstico aos seus pacientes. No entanto, a literatura médica atual é quase unânime em condenar este tipo de conduta. Omitir ou falsear o diagnóstico é relacionado como causa de diminuição na qualidade do relacionamento médico-paciente, além de perpetuar preconceitos com relação à doença, influenciando negativamente na participação da população nos programas de prevenção.

Portanto, confrontando os dados da literatura com a posição dos participantes deste estudo, haveria então motivos para ser revisto a forma como é conduzido atualmente a formação médica quanto ao relacionamento médico-paciente, em particular, nos casos de câncer.

atividade, que preferem não revelar o diagnóstico aos seus pacientes. No entanto, a literatura médica atual é quase unânime em condenar este tipo de conduta. Omitir ou falsear o diagnóstico é relacionado como causa de diminuição na qualidade do relacionamento médico-paciente, além de perpetuar preconceitos com relação à doença, influenciando negativamente na participação da população nos programas de prevenção.

Portanto, confrontando os dados da literatura com a posição dos participantes deste estudo, haveria então motivos para ser revisto a forma como é conduzido atualmente a formação médica quanto ao relacionamento médico-paciente, em particular, nos casos de câncer.

SUMMARY

The objectives of the research were to accomplish a theoretical basis about the present paradigm of medicine, focusing aspects related to the medical education regarding the doctor-patient relationship especially in cases of cancer, as well as aspects related to the myth of the disease in the society; to know the positions of the medical students and resident doctors regarding the pros and cons in revealing a cancer diagnosis to the patient, so as to raise considerations about their education on this theme, to project the possible implications of the type of education received about the quality on the physician-patient relationship in cases of cancer and also as for the illness prognosis itself.

The field research was held applying a structured multiple choice questionnaire to 365 medicine students of the Pontificia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná and Faculdade Evangélica do Paraná, and to 70 resident doctors participant of programs of medical residency offered by those three institutions, in the period from August 1995 to July 1996.

The questionnaires were obtained applying them in classrooms or returned by mail. The data were submitted to statistic analysis by the test of difference of proportions.

The study has shown that the majority of the participants (86%, $p < 1\%$) showed to be at first, favorable to revealing the cancer diagnosis to the patient. Nevertheless, it was verified a clear change on that first position by adding variables like demographic aspects of the patients or stage of evolution of the illness.

Despite the interest shown by the participants in receiving orientation on how to conduct a relationship between physician and patient in potentially fatal illness, only one third of them said they had received a notion about it. This lack of orientation by the forming agents could justify this oscillation of opinions, suggesting a deficiency in the present paradigm of medical education. The literature data are unanimous in reaffirming the inadequate state of an orientation purely biomedical in the medicine courses, which emphasize the study of infirmity without considering the patient as a whole.

Surprisingly it was verified a significant difference of opinions between the group of students and resident doctors in all the aspects dealt with. The group of resident doctors was characterized by presenting a tendency in positioning always less favorably in revealing the diagnosis to the patient ($p < 1\%$). The position of the resident doctors seem to be in an intermediate level, between the idealism of the students and the average behavior of the Brazilian physicians in activity, who prefer not to reveal the diagnosis to their patients. However, the present medical literature

SUMMARY

The objectives of the research were to accomplish a theoretical basis about the present paradigm of medicine, focusing aspects related to the medical education regarding the doctor-patient relationship especially in cases of cancer, as well as aspects related to the myth of the disease in the society; to know the positions of the medical students and resident doctors regarding the pros and cons in revealing a cancer diagnosis to the patient, so as to raise considerations about their education on this theme, to project the possible implications of the type of education received about the quality on the physician-patient relationship in cases of cancer and also as for the illness prognosis itself.

The field research was held applying a structured multiple choice questionnaire to 365 medicine students of the Pontificia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná and Faculdade Evangélica do Paraná, and to 70 resident doctors participant of programs of medical residency offered by those three institutions, in the period from August 1995 to July 1996.

The questionnaires were obtained applying them in classrooms or returned by mail. The data were submitted to statistic analysis by the test of difference of proportions.

The study has shown that the majority of the participants (86%, $p < 1\%$) showed to be at first, favorable to revealing the cancer diagnosis to the patient. Nevertheless, it was verified a clear change on that first position by adding variables like demographic aspects of the patients or stage of evolution of the illness.

Despite the interest shown by the participants in receiving orientation on how to conduct a relationship between physician and patient in potentially fatal illness, only one third of them said they had received a notion about it. This lack of orientation by the forming agents could justify this oscillation of opinions, suggesting a deficiency in the present paradigm of medical education. The literature data are unanimous in reaffirming the inadequate state of an orientation purely biomedical in the medicine courses, which emphasize the study of infirmity without considering the patient as a whole.

Surprisingly it was verified a significant difference of opinions between the group of students and resident doctors in all the aspects dealt with. The group of resident doctors was characterized by presenting a tendency in positioning always less favorably in revealing the diagnosis to the patient ($p < 1\%$). The position of the resident doctors seem to be in an intermediate level, between the idealism of the students and the average behavior of the Brazilian physicians in activity, who prefer not to reveal the diagnosis to their patients. However, the present medical literature

is almost unanimous in condemning this kind of conduct. Omitting or faking the diagnosis is related as the cause of diminishing in the quality of the patient-physician relationship, besides perpetuating the prejudices regarding the disease, influencing negatively in the participation of the population in the programs of prevention.

Therefore, confronting the data of the literature with the position of the participants in this research, there would be reasons enough to review the way how the medical education is conducted nowadays regarding the relationship between physician and patient, particularly in cases of cancer.

is almost unanimous in condemning this kind of conduct. Omitting or faking the diagnosis is related as the cause of diminishing in the quality of the patient-physician relationship, besides perpetuating the prejudices regarding the disease, influencing negatively in the participation of the population in the programs of prevention.

Therefore, confronting the data of the literature with the position of the participants in this research, there would be reasons enough to review the way how the medical education is conducted nowadays regarding the relationship between physician and patient, particularly in cases of cancer.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A formação médica atual tem priorizado mais o aspecto técnico do ensino, tendendo a uma análise isolada da doença, dissociada do paciente em si. O doente é visto apenas como um “veículo para se demonstrar as características de uma doença” (ENGEL, G. L., 1971). Contudo, conceber o paciente em toda a sua dignidade como pessoa, constitui-se em tendência de um novo paradigma que leva a re-
ver os rumos do atual ensino médico. Como cita GOLEMAN, D. (1995:180) “... há motivos compulsórios para considerar a realidade psicológica e social dos pacientes como parte do campo médico, e não distinta dele. A essa altura, pode-se defender cientificamente que se ganha uma margem de eficácia médica, na prevenção e no tratamento, tratando-se o estado emocional das pessoas juntamente com seu problema médico, ... falta à moderna assistência médica inteligência emocional”.

Particularmente no atendimento a pacientes portadores de câncer, seria imprescindível tanto para o estudante de medicina, como para o médico, desenvolver habilidade e sensibilidade maior ainda para se relacionar satisfatoriamente com

esses pacientes (ARNOLD et al, 1987). Em relação a outras doenças, o câncer oferece dificuldades adicionais, por se tratar de uma doença estigmatizada por medos e preconceitos presentes na população, como também dentro da área médica (BREWIN, T.B., 1977; HOLLEB, A. I. e BRAUN, M., 1986). A doença é vista como uma enfermidade altamente dolorosa, que resulta inexoravelmente em isolamento e morte (VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978; BROOKS, A., 1979; HOLLAND, J., 1977; KRACKOV et al., 1990; RODRIGUES et al., 1991; PAIVA, L. E., e PINOTTI, H. W., 1988; KAYE et al., 1981; MARGOLIES et al., 1983; COHEN et al., 1982; CASSILETH, B. R., e EGAN, T. A., 1979; COOPER et al., 1980; SOUHAMI, R., 1978). Uma preocupação com o câncer também se justifica pela sua elevada incidência. Cerca de um milhão de norte-americanos desenvolvem a doença por ano (FREEMAN, H. P., 1989) e representa a segunda principal causa de morte na população norte-americana (VERONESI, U., e MARTINO, C., 1978). Em Curitiba, o câncer também representa a segunda principal causa de morte na população, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (PREFEITURA DA CIDADE DE CURITIBA, ago/set 1995). Os fatores que reconhecidamente podem atuar no sentido de diminuir este índice de mortalidade seriam a prevenção dos fatores de risco, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (BROOKS, A., 1979; SCHAMALE, et al., 1983; HACKETT, T. P., et

al., 1973). Portanto, uma atuação médica sobre estes fatores contribuiria para melhorar o prognóstico da doença.

Os médicos podem auxiliar a neutralizar os mitos em torno da doença, reforçando ou transmitindo a imagem de uma doença curável (VERONESI, U., MARTINO, C., 1978; HOLLAND, J., 1977; FERSTER, C. B., 1973). No entanto, divulgar os casos curados em nosso meio, significaria contrariar o contexto atual da cultura médica brasileira, que prefere não revelar o diagnóstico aos pacientes, com o receio de acrescentar danos emocionais considerados desnecessários (DELGADO, G. L., e ARAÚJO, G. N., 1988; SCHWARTSMANN et al., 1985). Contudo, muitos estudos vêm alertando sobre a inadequação desta forma de raciocínio por desprezitar princípios éticos, por não satisfazer as necessidades psicológicas do paciente e por interferir no controle epidemiológico da doença ao perpetuar os mitos, inibindo a participação da população em programas de prevenção (VERONESI, U., e MARTINO, C., 1978; MOSCONI et al., 1991; HENRIQUES et al., 1980; HOLLAND et al., 1987; ACHTE, K. A., e VAUHKONEN, M. L., 1967; RADOVSKY, S. S., 1985; FADEN, R. R. et al., 1981; STEVENS, D. P., et al., 1977; CASSILETH, B. R., et al., 1980; PREMI, J. N., 1981; SMITH, D. H., E MCCARTY, K., 1992; DEWYS, W., 1976; LYNCH, H. T., e KRUSH, A. J., 1968; PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W., 1988; HACKETT, et al., 1973).

Portanto, adicionando-se à atual preocupação com o resgate de uma formação médica que vise um relacionamento médico-paciente mais humano e menos técnico, no caso de pacientes com câncer, soma-se também uma preocupação com relação às repercussões que teria uma formação médica inadequada às necessidades sociais.

1- Delimitação do problema.

Como visto, a qualidade da formação médica atual tem sido questionada principalmente devido à sua tendência em desconsiderar questões humanísticas ou que tratam do relacionamento interpessoal. Uma concentração do currículo de medicina nas áreas puramente técnicas, tem se mostrado insuficiente para proporcionar uma adequada formação a estudantes de medicina e médicos residentes.

Portanto, para melhor entender a forma como um médico conduz um relacionamento médico-paciente, particularmente nos casos de câncer, seria interessante retroceder ao período de sua formação profissional. Com a finalidade de levantar considerações a este respeito, procurou-se estabelecer como questão inicial a posição de estudantes e médicos residentes a respeito da favorabilidade ou não em revelar um diagnóstico de câncer ao paciente, juntamente com outros temas correlacionados. O entendimento destes posicionamentos foi considerado

importante para se inferir aspectos da formação médica relativos ao relacionamento médico-paciente.

2- Objetivos.

1. Realizar uma fundamentação teórica sobre o paradigma atual do ensino médico quanto ao relacionamento médico-paciente e sobre as principais causas da mitificação do câncer e suas interferências na área médica, procurando abranger os principais trabalhos publicados na literatura médica a partir de 1960.
2. Realizar uma pesquisa descritiva exploratória em acadêmicos de medicina de todos os níveis e médicos residentes de várias especialidades com as seguintes finalidades:
 - 2.1- Conhecer a posição dos estudantes de medicina e médicos residentes quanto à favorabilidade ou não em revelar um diagnóstico de câncer ao paciente.
 - 2.2- Estimar como são preparados para se relacionar com pacientes que apresentam uma doença potencialmente fatal.
 - 2.3- Projetar as possíveis repercussões que o estágio atual de formação teria sobre a qualidade do relacionamento com pacientes com câncer e sobre o prognóstico da doença.

3- Metodologia.

A pesquisa foi realizada através de questionário estruturado, de múltipla escolha, aplicado a estudantes de medicina de todas as séries e de médicos residentes de diferentes especialidades.

O período da pesquisa foi entre Agosto de 1995 a Julho de 1996. Foram entrevistados 365 estudantes de graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica do Paraná; e a 70 médicos residentes participantes dos programas de Residência Médica oferecida pelas três instituições. A identificação nominal dos questionários não era obrigatória. Somente dados de identificação demográfica foram solicitados para serem preenchidos.

O mesmo questionário foi apresentado tanto para os estudantes como para os médicos residentes. Cerca de 65 por cento dos estudantes participantes da pesquisa receberam o questionário na sala de aula, onde os mesmos foram aplicados, durante o ano letivo e ocupando parte do horário de uma aula normal cedido pelos professores. Não era estipulado um tempo para o seu preenchimento. Observou-se que o tempo médio para responder o questionário foi de 15 minutos. O restante dos estudantes participou mediante uma distribuição individual dos questionários e solicitados para que retornassem a resposta pelo correio em envelopes tipo carta-

resposta. Foram distribuídos desta forma 400 questionários. Destes, foram devolvidos 165 questionários preenchidos.

A maior parte dos médicos residentes (61%) responderam quando participavam de alguma atividade em grupo do seu estágio. Foram distribuídos e entregues pessoalmente mais 150 questionários a outros médicos residentes para que respondessem e retornassem por meio de carta-resposta. Destes, foram devolvidos 27 questionários preenchidos. Obteve-se um total de 70 participações nesse grupo.

CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados as características do atual paradigma da medicina, o enfoque proporcionado pela educação médica atual quanto ao relacionamento com pacientes neoplásicos, a visão dos estudantes e médicos residentes sobre o câncer e citadas algumas propostas para melhorar a formação médica quanto ao relacionamento médico-paciente. Em seguida, serão revistos as causas e consequências dos preconceitos que envolvem o câncer; os aspectos éticos, psicológicos, e de relacionamento médico-paciente envolvidos; uma correlação do comportamento médico diante de pacientes com câncer em alguns países e suas possíveis implicações epidemiológicas para a doença.

1- O atual paradigma da medicina

A medicina ocidental tem sido freqüentemente criticada por sua natureza fragmentada, exemplificada pelo reducionismo em múltiplas especializações, com perda da visão sintética do paciente, o qual é considerado como simples “objeto” de

estudo (BRANDÃO, M. S, e CREMA, R., 1991). A origem desta forma de concepção classicamente é atribuída aos postulados filosóficos do matemático e filósofo René Descartes em cuja obra “Discurso do Método” elabora um sistema filosófico análogo à matemática, aceitando como verdades apenas as “idéias claras e distintas” (citado por CARDOSO, C. M., 1995). O método analítico e reducionista de Descartes consistia em fragmentar pensamentos ou problemas em uma ordem lógica para melhor compreensão da verdade absoluta, ou seja, a busca do significado das partes para a compreensão do todo (CAPRA, F. 1982:55).

O empirismo proposto pelos filósofos Bacon, Hobbes, Locke e Hume, igualmente contribuiu para o atual paradigma da ciência, ao propor que a experiência sensível ou a experimentação sucessiva seriam as únicas fontes legítimas para se chegar à verdade (citado por CARDOSO, C. M., 1995).

Isaac Newton, ao sintetizar as duas correntes filosóficas anteriores, reforça igualmente uma concepção mecanicista da natureza, assinalando que tanto experimentos sem interpretação sistemática, quanto a dedução a partir de princípios básicos sem evidência experimental não conduziriam a uma teoria confiável (citado por CAPRA, F., 1982:59).

Desta forma, surgiram as bases do atual paradigma denominado newtoniano-cartesiano, tendo a ciência e a tecnologia como os únicos meios para a solução de todos os problemas. Apesar de contribuir inegavelmente para o progresso científico

e tecnológico atual, este mesmo paradigma tem sido responsabilizado por estimular a competitividade, a elitização do poder econômico, o conflito entre capital e trabalho, a depredação dos sistemas ecológicos, a desagregação social e pessoal, a fragmentação do conhecimento e, na medicina, a dicotomia entre corpo e mente (CARDOSO, C. M., 1995; BONTEMPO, M., 1995).

Na medicina, o postulado de Descartes de que “não há nada no conceito de corpo que pertença à mente, e nada na idéia de mente que pertença ao corpo”, levou a ruptura da dimensão psicológica das doenças, além de negligenciar o paciente como um todo (citado por CAPRA, F., 1982:55). Este modelo biomédico, que considera o corpo humano como uma máquina e, portanto, analisável por partes, deu origem a uma tendência dos médicos em tratar partes específicas do organismo, criando as especializações (citado por CAPRA, F., 1982:141). O exemplo classicamente citado como influência deste paradigma é o modelo americano para a saúde proposto por Flexner (citado por SANTOS, J.O., 1986) . Este autor seguiu as regras de análise cartesiana racionalista quando formulou seu modelo de funcionamento do corpo humano. A doença era vista como um processo natural e puramente biológico, excluindo-se a causalidade social da doença e, conseqüentemente, a visão de totalidade do paciente.

Contudo, atualmente muito se tem escrito sobre a necessidade de uma nova abordagem ou de um novo paradigma para a medicina ocidental (CAPRA, F., 1988;

TÄHKÄ, V., 1988; LÓPEZ, M., 1997). Ferguson (1993), em seu livro *Conspiração Aquariana* aponta o surgimento de uma “reforma profunda”, uma “conspiração benigna” em vários segmentos da sociedade, para a construção de uma nova visão de mundo. Não seria necessariamente a negação do antigo paradigma, mas uma superação das limitações deste por um outro contexto que seria mais completo. O novo paradigma da saúde e medicina incorpora os inegáveis progressos tecnológicos, mas reforça o valor da interação mente, corpo e ambiente. Esta nova concepção em saúde tem sido convencionalmente chamada de “medicina holística”, que trataria de questões referentes à prevenção, diagnóstico e tratamentos das doenças, de forma convencional alopática ou não.

O termo holístico deriva do grego *holos*, significando totalidade (BONTEMPO, M. 1995). O sentido do termo “medicina holística” atualmente tem sido empregado como denominação ou sinônimo de medicina natural ou medicina alternativa, que leva em consideração formas de concepção e tratamento das doenças de uma forma pouco ortodoxa. Algumas vezes a valorização por profissionais da medicina alternativa, chega a colocá-la como a única via possível de se chegar à compreensão e a resolução de todos os males da humanidade. No entanto, ao definir a medicina holística ou a saúde somente nestes termos, corre-se o risco de recair novamente num reducionismo extremo (CHALTON, B. G., 1993).

O sentido do holismo na medicina que se quer dar aqui seria a necessidade do resgate da proposição de integridade e unidade paciente-doença, a partir de uma formação médica com perfil mais humanista, sem prejuízo da competência técnica.

2- A visão holística: um repensar sobre a prática pedagógica na medicina.

Os cursos de medicina e as residências médicas têm se preocupado em melhorar a qualidade do relacionamento médico-paciente, apesar de ainda não ser uma qualidade devidamente valorizada (GOLDSCHMIDT, R. H. e HESS, P., 1987; REYNOLDS, P. M., et al., 1981; SLEVIN, M. L., 1987). Permanece grande a ênfase para conhecimentos técnicos, atitudes gerais "...voltadas mais para as doenças do que para o doente, mais para a cura médica do que para o cuidado médico" (ENGEL, G., 1973). Com uma medicina mais tecnológica, onde o estudante dispõe de um arsenal grande de recursos diagnósticos, valoriza-se cada vez menos a história clínica ou o exame físico, perdendo-se o contato humano com o paciente (JENSEN, P. S., 1981).

No Brasil, a partir da década de 60, houve um rápido aumento das escolas médicas, mas com prejuízo na qualidade do ensino aplicado (PEREIRA, G., 1985). A partir do final da década de 60 e na década de 70, houve também um grande aumento dos programas de residências médicas, igualmente carecendo de bases pedagógicas técnico-científicas, além de servir apenas como complementação das es-

colas de graduação, além de servirem de fonte para um trabalho médico de baixo custo (FURTADO, T., 1985; FERREIRA, H., 1996).

O ensino na área da saúde, por exemplo, tem poucas disciplinas que abordam o aspecto emocional da relação médico-paciente, nem demonstra muito interesse em pesquisas nesta área (CASSORLA, R. M. S., 1991; REYNOLDS, P. M., et al., 1981; TAYLOR, K. M., 1988). Em decorrência disso, os médicos frequentemente estão pouco preparados para entender e descobrir as necessidades emocionais dos seus pacientes, o que pode resultar desnecessariamente em estresses e incertezas no paciente (LANGLANDS, A., 1991; QUILL, T. E. e TOWNSEND, P., 1991). No entanto, apesar de sua importância e da exigência que o novo paradigma tem apresentado à medicina, seriam insuficientes as considerações a respeito desta lacuna na formação do médico (BARTON, D., 1972) e, quando realizadas na forma de textos médicos, são considerados de pequeno valor (LANGLANDS, A., 1991). Embora se reconheça a importância de se considerar os fatores psicossociais no manuseio do paciente com câncer, poucas escolas de medicina e programas de residência ainda se preocupam, por exemplo, com treinamentos sobre como revelar más notícias (PREMI, J. N., 1981; RICHARDS, A. L. e SCHMALE, A. H., 1974). Como resultado, os médicos residentes comumente não estão preparados para revelar aos pacientes quando estes são portadores de câncer, o que é lamentável, já que talvez

nenhuma outra relação médico-paciente requer mais clareza, sensibilidade e mútuo entendimento do que esta (GOLDSCHIMIDT, R. H. e HESS, P., 1987).

2.1- A visão dos estudantes sobre determinadas doenças.

Ao ingressar no curso de medicina, o estudante tem atitudes e crenças devido a sua personalidade, por influências familiares, culturais, religiosas, educacionais e por experiências tidas durante a sua vida (HALEY, J. B., et al., 1977). A exemplo da população geral, tanto estudantes como os médicos residentes já entram na universidade com preconceitos contra algumas doenças, tendo uma tendência a evitar pacientes com câncer, psiquiátricos ou que tenham um mau prognóstico (KAYE, J., et al., 1981; RODRIGUES, C. et al., 1991; MARGOLIES, R. et al., 1983; COHEN, R. E., et al., 1982; CASSILETH, B. R. e EGAN, T. A., 1979; KAYE, J., et al., 1981; COOPER, S., et al., 1980; SOUHAMI, R., 1978). Estes preconceitos interferem na forma como os estudantes se relacionarão com estes pacientes. Por exemplo, durante o curso de graduação os estudantes, em contato com pacientes com câncer, freqüentemente sentem-se intimidados pela doença ou pelo doente (MARGOLIES, R., et al., 1983). Ao se tornarem médicos residentes, quando iniciam um contato mais direto com pacientes oncológicos, têm mais tendência a desenvolverem uma visão negativa do câncer por influências do seu período de graduação (COHEN, R. E., et al., 1982). Como conseqüência natural de um preparo

psicológico inadequado para lidar com estes pacientes, os médicos residentes têm grande dificuldade em cuidar e se relacionar por muito tempo com pacientes terminais, freqüentemente adotando uma postura defensiva e não raramente tornando-se depressivos ou desanimados (ARTISS, L. K. e LEVINE, A. S., 1973). COOPER, S. et al. (1980) alertam que haveria uma responsabilidade dos professores por estes serem incapazes de interagir satisfatoriamente com pacientes portadores de câncer, o que contribuiria para reforçar e perpetuar uma atitude negativa nos estudantes frente ao câncer.

Por conseguinte, não podem, os cursos de formação médica, deixar de enfocá-los, de maneira cuidadosa e profunda, os aspectos psicossociais das doenças e o seu impacto emocional tanto sobre o paciente, como sobre o próprio médico.

2.2- Propostas para uma prática pedagógica no ensino médico com bases numa abordagem holística.

Atualmente os estudantes demonstram mais interesse por aspectos biológicos e tecnológicos do que propriamente pelo paciente (MAHEUX, B; BÉLAND, F., 1986). Reconhecendo as dificuldades de formação do estudante de medicina e do médico residente, várias propostas para melhorar a educação médica são apresentadas na literatura.

2.2.1- O currículo de medicina.

Antes da análise do currículo médico, alguns autores demonstram uma preocupação com relação ao processo de seleção ou admissão dos estudantes que pleiteiam uma vaga no curso de medicina. O critério de escolha não deveria se restringir ao conteúdo de conhecimentos, mas deveria valorizar também a presença de uma sensibilidade nos estudantes para a questão do relacionamento interpessoal, a empatia, de qualidades humanísticas, em particular, com os portadores de câncer (COOPER, S., et al., 1980; ARNOLD, R. M., et al., 1987; JENSEN, P. S., 1981; REZLER, A. G., 1974).

O currículo de medicina tem sido responsabilizado pela deficiência de formação do médico por ter as disciplinas do ciclo básico desarticuladas com o período final do curso, por enfatizar mais a doença e a competência técnica, raramente preparando o estudante para compreender o doente como um todo (ENGEL, G. L., 1971; PEREIRA, G., 1985). No entanto, quando se discute uma mudança curricular, em geral se limita a ajustes na carga horária e de reposicionamento de disciplinas (FERREIRA, J. R. citado por SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J., 1994).

No entanto, estudos têm demonstrado que é possível influenciar positivamente a formação médica, em especial a formação quanto ao relacionamento com o paciente com câncer. Por exemplo, alguns estudos indicam que cursos opcionais de educação oncológica seriam úteis, tanto por acrescentar conteúdos de interesse mé-

dico específico, como também sensibilizariam os participantes para outras questões referentes ao relacionamento médico-paciente. PETERS, A. S., et al. (1986) demonstraram que os estudantes que detinham mais conhecimentos sobre o câncer, eram os que apresentavam mais atitudes positivas com relação à doença; LANCASTER, D. M. et al. (1986) reportaram que um conhecimento maior sobre a doença e o doente, diminui o desconforto que os estudantes têm ao lidar com pacientes oncológicos; BLANCHARD, C. G. et al. (1981) demonstraram que um curso de oncologia para estudantes universitários resultou em significativas mudanças de suas atitudes frente à doença, com os estudantes passando a se posicionar mais a favor de que pacientes e médicos passem a ter um papel mais ativo no processo terapêutico. Alguns autores (TORABI, M. R. e SEFFRIN, J. R., 1989; CASSILETH, B. R. e EGAN, T., 1979) também demonstraram que um curso para estudantes de medicina, direcionado a mudar as atitudes preconceituosas sobre o câncer, melhorar os conhecimentos sobre a doença e conscientizar da importância dos aspectos preventivos do câncer, também mostrou-se efetivo. Segundo CASSILETH, B. R. e EGAN, T. A. (1979), os participantes de cursos desta natureza passam a apresentar uma sensibilidade maior às necessidades psicológicas dos pacientes, melhoram suas habilidades de comunicação interpessoal e perdem o pessimismo inicial sobre a doença.

Uma preocupação semelhante se tem com a formação ética dos estudantes e médicos residentes. A necessidade de resgatar os princípios éticos, deve-se à própria evolução da ciência moderna, que valorizou antes de tudo a eficiência, a neutralidade, desconsiderando os conflitos de valores envolvidos, promovendo a dicotomia entre sujeito e objeto (CARDOSO, C. M., 1995). Apesar da necessidade o estudo da ética ainda tem sido motivo de pouco interesse por parte dos alunos, com tendência destes concentrarem os seus interesses em áreas científicas (BARBER, B., 1976). Os professores também são responsabilizados pelo desinteresse dos alunos quanto às questões éticas, pois deveriam se mostrar mais preocupados em discutir esses assuntos com mais freqüência nas salas de aula, em pesquisas ou visitas médicas à beira do leito nas enfermarias (BARBER, B., 1976). SIEGLER, M. et al. (1982) demonstraram que há uma repercussão positiva nos estudantes de medicina, após freqüentarem um seminário intensivo sobre ética médica. Os estudantes demonstraram mais predisposição a uma reflexão mais profunda sobre questões éticas, justificando a manutenção do ensino da ética nos currículos médicos.

2.2.1.1- O estudo da morte e o morrer

Para PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W. (1988) o fato do estudante ser formado somente para devolver a saúde, tornaria penoso abrir-se para falar sobre a morte, explicando também o grande desgaste emocional dos médicos ao lidar com

pacientes terminais. Esta incapacidade de administrar suas emoções, seria uma das principais causas do esgotamento psicológico dos médicos, que muitas vezes é atribuída à natureza do seu trabalho (REMEN, R. N., 1993). Segundo Remen, a constante cobrança da sociedade para com os médicos quanto a sua dedicação, onisciência e eficácia, motivam o profissional a continuar mantendo esta imagem de infalibilidade, reprimindo certos aspectos de sua natureza humana e sendo motivo dos altos índices de divórcios, suicídios e doenças psicossomáticas.

No Brasil há poucos programas ou currículos que abordem o tema morte e o morrer (SAYD, J. D., 1993). Ao contrário, o constante contato com doenças crônicas, terminais ou raras nos hospitais escolas, contribuem para que o estudante rejeite estes pacientes e bloqueie seus próprios sentimentos a respeito da morte. Apesar de não representar para os estudantes a maior parte de seus futuros clientes, estes pacientes nos hospitais escola contribuem para uma desvalorização da vida (SAYD, J. D., 1993).

BARTON, D. (1972) cita que a morte e o morrer têm uma dimensão psicossocial, em vista do que a formação médica deveria enfocar, com especial atenção, esse aspecto. Principalmente quando o assunto envolve a morte ou o morrer, seria necessária uma habilidade de comunicação que usualmente não é ensinada no treinamento médico (BUCKMAN, R., 1984; HOY, A. M., 1985; SANSON-FISHER, R. e MAGUIRE, P., 1980; PREMI, J. N., 1981). As raras ocasiões em que os estu-

dantes se envolveriam mais com o assunto morte, seriam quando solicitam ou presenciavam uma autópsia (BARTON, D., 1972; CASSORLA, R. M. S., 1991; HALEY, J. B., et al., 1977). WAITZKIN, H. (1985) sugere que o processo da comunicação na medicina envolveria mais do que uma troca de informações. A ligação emocional entre o médico e o paciente transcenderia ao limite cognitivo de dar e receber informações em virtude da natureza do relacionamento. Reconhece que os médicos teriam que participar mais no sentido de tentar compreender os reais desejos dos pacientes, procurando manter sempre um espírito de autocrítica. REISER, S. J. (1980) também cita que os educadores médicos deveriam explorar as origens de suas próprias atitudes emocionais e intelectuais, com respeito a dar e receber más notícias, para poderem orientar melhor os seus alunos.

Uma preocupação com o estudo da morte e do morrer nos Estados Unidos, por exemplo, tem merecido atenção desde o curso secundário. Cursos de educação sobre a morte, com os mais variados tipos de materiais e programas, são oferecidos em vários níveis de escolaridade, do 1º ao 3º grau. Em 1974, já havia mais de 165 cursos universitários e 41 escolas médias orientando sobre tal questão (CASSORLA, R. M. S., 1991). Estes programas de educação em pessoas jovens, realizadas em escolas secundárias, podem, segundo VERONESI, U. e MARTINO, C. (1978), auxiliar a modificar completamente a imagem de doenças como o câncer no futuro.

2.2.1.2- O humanismo dentro da formação médica.

O objetivo da graduação em medicina é o de formar um profissional competente, humano e compassivo, portanto, compondo-se de elementos cognitivos e afetivos (PELLEGRINO, E. D., 1974). É mesmo improvável que alguém discorde que se deva agir de forma humana com os pacientes. No entanto, estas opiniões são adotadas de “forma intelectual, sentidas em nível emocional, mas não manifestadas em atos” (REMEN, R. N., 1993). Segundo Pelegrino (1988) os principais fatores que exerceriam influências reduzindo o humanismo na medicina seriam a excessiva valorização do arsenal tecnológico disponível, a perda da individualidade dos pacientes ao serem atendidos por vários médicos e a tendência por uma visão reducionista na abordagem da doença. Segundo Spiro, H. (1992), ao se observar as qualidades essenciais no médico, como a empatia, verifica-se que os estudantes de medicina vão perdendo sua capacidade de serem empáticos quando começam a focalizar-se apenas na ciência médica; e, os médicos residentes, perderiam o restante devido ao esgotamento físico por prolongadas jornadas de trabalho nos hospitais escola e pela banalização das tragédias humanas que vivenciam no dia a dia. Para este autor, a empatia deveria nortear as qualidades do médico humanista, devendo ser uma qualidade de todo o profissional médico. A competitividade nos programas de residência médica igualmente prejudicaria o surgimento de qualidades humanísticas como a integridade, a compaixão, a honestidade e a humildade, por inibir uma ini-

ciativa de relacionamento com outros colegas e fomentar a necessidade de concentrar-se em si mesmo, impedindo ações altruístas (SUBCOMMITTEE ON EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES IN THE INTERNIST, 1983).

Alguns médicos acreditam que não seja possível ensinar qualidades como compaixão, honestidade ou respeito (GORLIN, R.; ZUCKER, H. D., 1983). No entanto, segundo Pelegrino (1974), é consenso que a educação médica deva insistir e ter como princípio, uma pedagogia humanística.

Nos Estados Unidos, há uma proliferação de programas nas escolas médicas que ensinam humanismo ou comportamento humanístico (GORLIN, R. e ZUCKER, H. D., 1983; BANKS, S. A. e VASTYAN, E. A., 1973). Para ARNOLD, R. M., et al. (1987) as tentativas habituais de se formar um médico mais humano seguiriam basicamente dois tipos de modelos. Um deles, seria contratar um humanista, freqüentemente um filósofo, para ensinar princípios éticos (CLOUSER, citado por ARNOLD, R. M., et al., 1987). Este modelo subentende que os médicos aprenderiam a serem mais humanos se alguém lhes ensinasse o que seriam atitudes humanas. O outro método enfatizaria a ciência comportamental aplicada, ou seja, concentraria-se nos processos de relacionamento interpessoal, numa tentativa de aprimorar habilidades de comunicação e interação médico-paciente (LIPKIN et al, citados por ARNOLD, R. M., et al., 1987). Isto incluiria melhorar as habilidades comportamentais como a empatia e habilidades cognitivas, como aprender a ouvir e in-

interpretar as linguagem corporais dos pacientes (linguagem não verbal). Ambos os modelos teriam a finalidade de melhorar a habilidade do acadêmico e do residente em interagir sensitivamente com os pacientes. FINE, V. K. e THERRIEN, M. E. (1977) também demonstraram que é possível desenvolver nos estudantes habilidades para empatizar-se com os pacientes, o que melhoraria sensivelmente a capacidade de relacionamento com o doente e não somente com a doença.

No entanto, alguns autores alertam para certos fatores que poderiam interferir neste tipo de formação. Por exemplo, FINE, V. K. e THERRIEN, M. E. (1977) advertem que uma ênfase aplicada à parte técnica do ensino médico, poderia pôr a perder esta capacidade de relacionamento interpessoal. Mesmo que se ensine aos estudantes habilidades para empatizar-se com pacientes, se não houver uma revisão periódica do tema, após três anos pode não haver mais repercussões deste aprendizado no comportamento do estudante (SANSON-FISHER et al, citados por SANSON-FISHER, R. e MAGUIRE, P., 1980). SANSON-FISHER, R. e MAGUIRE, P. (1980) alertam também que muitas tentativas em ensinar ciências comportamentais e sociais nas escolas médicas tiveram apenas efeitos limitados por não visar uma utilização prática na vida do médico. BANKS, S. A. e VASTYAN, E. A. (1973) citam igualmente que uma simples aquisição de conteúdos sobre um determinado tema, não é uma garantia que os mesmos sejam incorporados ou converteriam-se em uma virtude. Um estudo teórico do humanismo pela filosofia também parece não ser

suficiente para alterar a atitude do estudante (ARNOLD, R. M., et al., 1987). Poderia apenas fornecer algum conhecimento filosófico ou encorajar análises críticas, mas não mudaria o comportamento. Por exemplo, poucas evidências existem para afirmar que os cursos de ética médica tornariam alguém mais ético (ARNOLD, R. M., et al., 1987). Além disto, prosseguem ARNOLD, R. M. et al. (1987) mesmo o conhecimento associado com uma boa intenção não seria suficiente. Seria inútil o acadêmico e o residente reconhecer e respeitar todos os direitos dos pacientes se não conseguir se comunicar adequadamente com ele. Mesmo somando estas qualidades anteriores, ainda não se garantiria um médico mais humano, já que habilidades interativas podem ser usadas para violar princípios morais ou finalidades médicas. Por exemplo, um paciente pode ser levado a concordar com um tratamento mesmo sendo contrário aos seus princípios. Portanto, uma boa intenção sem habilidade para realizá-la seria inútil, e uma habilidade sem uma finalidade humanitária poderia ser moralmente perigosa. Finalizam os autores recomendando que seria melhor estruturar o currículo incluindo princípios filosóficos humanísticos e habilidades comunicativas, mas como métodos interdependentes.

Segundo BONFIM, N. F., et al (1996), entre as oitenta e uma escolas médicas brasileiras, apenas trinta e seis (44%) oferecem disciplinas de cunho humanístico de forma optativa ou obrigatória, chegando a concluir que a maioria dos currículos são tecnicistas. Sobre este tipo de deficiência alerta Tähkä, V. (1988), uma

programação curricular médica que inclua apenas aspectos técnicos contribui para uma tendência a tratar o paciente como simples objeto de estudo. A inclusão no currículo de medicina do estudo de ciências sociais, fornecendo noções sobre psicologia, filosofia, antropologia médica e sociologia seria útil para melhorar a capacidade de comunicação, fornecer uma visão holística e para tentar promover um atendimento médico mais humano (REMEN, R. N., 1993; NEGhme, A., 1978; WILLIAMS, E. I., 1985; FOX, N. J., 1989). No entanto, haveria algumas dificuldades a serem vencidas para a implantação de disciplinas nestas áreas, como exemplos, a resistência dos próprios estudantes, o isolamento da disciplina e dos professores dentro da área médica, a falta de seguimento do aprendizado e o pouco incentivo financeiro dos professores (FIELD, D., 1988). A rigidez dos currículos, portanto, pode repercutir negativamente na forma como o estudante vai se relacionar com os seus pacientes futuramente (PELLEGRINO, E. D., 1974).

2.2.2- A aprendizagem pelo exemplo.

Na educação médica, o ensino pelo exemplo parece desempenhar um papel valioso (LÓPEZ, M., 1997). Segundo López (1997), o professor quando se constitui como exemplo de formação humana no contato com seus pacientes, seria o meio mais eficiente para a educação dos estudantes sobre este tópico na sua formação.

Ao contrário, se a educação for limitada a conceitos puramente biomédicos, desconsiderando o paciente como um todo, seria o motivo principal para uma formação desumana. Os estudantes que não tiveram a chance de discutir com seus professores as dificuldades de conversar com um paciente com câncer, adverte SOUHAMI, R. (1978) podem, após formados, considerar o assunto muito desagradável. Os estudantes aproveitariam mais se fosse aplicado o mesmo método para o ensino de doenças físicas, ou seja, observando o comportamento do professor em contato com um paciente com câncer. Mas, justamente quando o médico discute com o paciente questões delicadas sobre a sua doença, os estudantes não estariam presentes (SOUHAMI, R., 1978; PREMI, J. N., 1981).

Além de cursos específicos, alguns autores sugerem que se poderia mudar a percepção que os estudantes têm do câncer, ampliando-lhes a visão sobre o paciente oncológico. Por exemplo, os estudantes que lidam somente com pacientes oncológicos internados, têm uma visão mais negativa sobre a doença, pois estes geralmente estão em piores condições ou estão em fase terminal (SOUBEYRAN, P. et al., 1992; BAKEMEIER, R. F. e MYERS, W. P. L., 1984). Logo, seria necessária uma maior interação do estudante com o paciente oncológico. Para isto, seria útil conhecer as opiniões positivas que os oncologistas atuantes teriam e também colocá-los mais em contato com os pacientes ambulatoriais, que geralmente estão em melhores condições (COHEN, R. E., et al., 1982; HALEY, J. B., et al., 1977; LÓPEZ, M.,

1997). LEBOVITS, A. J. et al. (1984) sugerem que um curso oncológico no início do curso de medicina, na qual seja enfatizado um contato do estudante com pacientes ambulatoriais, pode alterar consideravelmente as atitudes dos estudantes com relação ao câncer.

2.2.3- A formação pedagógica do professor de medicina.

Apesar da capacidade de desenvolverem habilidades profissionais inegáveis, os médicos que se dedicam ao magistério superior carecem muitas vezes de habilidades de ensino e de comunicação (SANTANA, J.P.; ALMEIDA, M. J., 1994). Este fato se deve, em grande parte, por não haver uma dedicação exclusiva dos médicos ao ensino e pela falta de um curso formal sobre teoria ou métodos educacionais que os qualificassem à docência (LÓPEZ, M., 1997). Além destes fatores, segundo este autor, os critérios usados tanto para o acesso como para a progressão na carreira universitária priorizam excessivamente a participação do candidato em atividades de pesquisa, administração acadêmica e a publicação de trabalhos científicos em periódicos, em detrimento de habilidades pedagógicas. O fato dos professores dentro das universidades prosseguirem dando maior atenção às atividades de pesquisa ou de atividades que proporcionem um reconhecimento profissional e, conseqüentemente, maior retorno financeiro, contribui ainda mais para diminuir suas qualidades como professor e médico.

Entre as qualidades de um bom professor estaria a de honrar em cada estudante a sua individualidade, prezando os seus valores e o seu potencial de criatividade e aprendizagem (EDUCACION 2000. UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA, 1991). Ao invés de exigir respostas exatas, caberia ao professor despertar a curiosidade, agir como um instigador de perguntas em seus alunos sobre questões que os angustiam, motivando-os ao aprendizado contínuo (FERGUSON, M., 1993). Ainda segundo Ferguson (1993), os professores não deveriam ter como fim apenas a conclusão de um objetivo pedagógico predeterminado, mas se preocupar basicamente com o processo de aprendizagem em si.

Muitos trabalhos, portanto, demonstram uma preocupação com uma formação médica mais ampla. O médico, escreve PELLEGRINO, E. D. (1976) quando receber uma educação formal em ciências morais, saberá como definir questões éticas e os seus fundamentos; saberá como reconhecer teorias opostas sobre o que é direito, bom ou de valor, e como superar valores conflitantes. CASSILETH, B. R. e EGAN, T. A. (1979) citam que substituindo o enfoque puramente biomédico na oncologia e adicionando-se conhecimentos em termos epidemiológicos sobre aspectos econômicos, psicológicos e sociais, posicionaria a doença em um contexto mais útil e interessante. COOPER, S. et al. (1980) alertam que o estigma ligado ao câncer em nossa sociedade não é matéria que possa ser corrigida apenas pela escola de medicina ou seus estudantes. Entretanto, a “cultura médica” poderia contribuir para cor-

rigir preconceitos, estereótipos e falsos conceitos ao invés de perpetuar atitudes e comportamentos negativos. Para Minayo (1991), a formação médica ideal não deveria se restringir à praxis cotidiana de reprodução de conhecimentos, mas deverá estar constantemente preocupada em transmitir uma realidade lógica e coerente com o sistema social a que pertence.

Além destes aspectos citados acima, com o objetivo de melhor fundamentar a formação do médico a respeito da comunicação ou não do diagnóstico de câncer, torna-se necessário analisar os aspectos que diferenciam o câncer de outras situações clínicas.

3- A posição de médicos quanto à favorabilidade ou não em revelar o diagnóstico de câncer.

A cultura de um povo pode determinar o comportamento de uma sociedade com relação aos aspectos relacionados à saúde (McWHINNEY, I. R., 1972). Segundo FABREGA, citados por KLEIMAN, A. et al. (1978), estudos antropológicos e sociológicos justificam a distinção entre doença e o estar doente. A doença como paradigma ocidental seria o mau funcionamento ou má adaptação biológica ou psicofisiológica de um indivíduo; enquanto que o estar doente representa uma reação

cultural, pessoal e interpessoal à doença ou ao desconforto, modelado por fatores culturais, com influências familiares e sociais (ENGEL, G., 1979; LITMAN, citados por KLEIMAN, A. et al., 1978). O comportamento frente às doenças, portanto, não seria sempre uniforme, devendo sofrer variações entre as várias culturas.

O câncer em particular, pelo seu significado na sociedade, é causa de um dos grandes dilemas do médico e deve-se à questão se este deveria revelar ou não o diagnóstico ao paciente (HOLLAND, J. C., 1989). Em alguns países anglo-saxões e nos Estados Unidos esta situação já foi muito discutida e definida em favor de revelar sempre a verdade (ENGEL, D. 1994; HOLLAND, J. C., et al, 1987). No entanto, em vários países ainda está por se definir a melhor conduta.

3.1- A evolução da posição dos médicos americanos quanto a questão da comunicação de um diagnóstico de câncer.

A posição atual dos médicos americanos sobre esta questão foi precedida por muitos debates, contribuindo com os principais trabalhos na literatura médica que tratam do assunto. Portanto, seria interessante rever os principais motivos que os levaram a adotar sua atual política.

Em 1961, OKEN, D. entrevistou 200 médicos americanos sobre a prática quanto a revelar ou não o diagnóstico ao paciente. Constatou na época que 90 por cento dos entrevistados não revelavam integralmente o diagnóstico ao paciente, ci-

tando que o relacionamento médico-paciente se restringia a uma troca mínima de informações, o suficiente apenas para obterem uma cooperação no tratamento. Segundo o autor, os médicos agiam desta forma por considerar que os pacientes não querem ou não se beneficiariam em saber do diagnóstico. No entanto, a partir da década de 60, a questão se o paciente deveria saber do seu real diagnóstico, passa a ser mais discutida. Começa a emergir a idéia de que a franqueza poderia ser mais benéfica no relacionamento médico-paciente, e de que uma política de silêncio falharia por produzir mais estresses (REISER, S. J., 1980). Na década de setenta, KÜBLER-ROSS, E. (1970) foi um dos principais autores que defendiam a franqueza no relacionamento médico-paciente. Alertava para a consciência que o paciente tem dos fatos acerca de sua doença mesmo sem que alguém lhe diga, pois perceberia a gravidade de seu estado ao observar uma mudança de atitude nas pessoas que o cercam, assim como de sua própria condição física. VANDERPOOL, H., e WEISS, G. (1987) fizeram um levantamento de artigos na literatura médica sobre ética e câncer entre 1945 e 1984 e relataram que este foi o assunto merecedor de mais atenção, principalmente a partir de 1970.

Talvez o surgimento de um sentimento social acerca do direito do paciente de saber a verdade tenha exercido maior influência para que os médicos passassem a mudar de atitude, fornecendo mais o diagnóstico aos pacientes (REISER, S. J., 1980). Passa a vigorar uma preocupação maior com responsabilidades individuais e

direitos de cada um em decidir sobre a sua vida ou morte (CASSILETH, B. R., et al., 1980). No caso da cultura americana, a liberdade do indivíduo exercer com autonomia suas decisões passou a ser uma das prerrogativas mais defendidas, tanto na saúde como na doença (ALI, N. S. et al., 1993; HAUG, M. e LAVIN, B., 1979).

Em 1979, NOVACK, D. H. et al., apresentaram um estudo importante pois registram uma mudança radical ocorrida no comportamento dos médicos americanos que passaram a revelar mais o diagnóstico a seus pacientes. Ao investigar as mesmas questões propostas por OKEN, D. (1961), aquele pesquisador observou que, dezoito anos mais tarde, 98 por cento dos médicos eram favoráveis à comunicação da verdade. Constatam que 100 por cento dos médicos gostariam de ser informados caso um dia viessem a ter um câncer, contrastando com o estudo de OKEN, D. (1961) onde apenas 60 por cento gostariam de ser informados desse diagnóstico. Estas mudanças teriam sido influenciadas por vários fatores, dentre as quais: orientações obtidas nas universidades e residências médicas; estudos demonstrando que os receios dos médicos em omitir o diagnóstico eram infundados; melhora nos resultados dos tratamentos, onde o câncer passa a não ter mais uma conotação de morte; o aumento da divulgação do tema ao público, através de celebridades como BETTY FORD; campanhas de educação pública promovidas pela AMERICAN CANCER SOCIETY; divulgação maior sobre o processo da morte e o morrer; a imposição da necessidade do consentimento-informado nos protocolos de pesquisa;

alterações sociais e culturais onde o direito dos pacientes passa a ser mais valorizado, conflitando com o regime paternalista vigente.

3.2- A posição de médicos do Brasil e de outros países.

HOLLAND, J. C. et al. (1987) fizeram um levantamento da opinião de oncologistas de vários países para verificar suas posições quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer. Estes autores estimaram que menos de 40 por cento dos médicos da África, França, Hungria, Itália, Japão, Panamá, Portugal e Espanha revelavam o diagnóstico. No Brasil, observamos um comportamento semelhante. Um estudo brasileiro (DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988) realizado no estado de São Paulo, revelou que mais de 50 por cento dos médicos tendem a esconder o diagnóstico de seus pacientes. SCHWARTSMANN, G. et al. (1985) realizaram um estudo com pacientes brasileiros portadores de câncer e chegaram a concluir que quase todos demonstraram saber do diagnóstico, mas apenas 36 por cento referiram que tinham recebido o diagnóstico do seu médico. Esta atitude brasileira frente ao câncer seria motivada por influências culturais (LANE, J.C., 1983). Uma justificativa cultural também é reportada no sul da Europa, particularmente na Espanha, onde apenas 15 por cento dos pacientes recebem o diagnóstico (STIEFEL, F. e SENN, H. J., 1992), e também na Itália (MOSCONI, P. et al, 1991). ESTAPÉ, J. et

al. (1992), descrevendo a situação nestes locais, relatam que o câncer permanece como doença tabu, existindo como modo usual do processo de comunicação médico-paciente, ao que chamou de “conspiração do silêncio”. Na Espanha, citam ESTAPÉ, J. et al (1992) revelar todo o diagnóstico poderia não ser construtivo, sendo necessário uma melhor educação sobre o câncer para eliminar gradualmente o preconceito que ainda existe na sociedade espanhola. Observa-se, portanto, que nesses países ainda há grande prevalência de mitos em geral e de comportamentos estereotipados, em relação aos demais países da Europa.

4- Fatores envolvidos na questão da comunicação ou não de um diagnóstico de câncer ao paciente.

Como visto, a comunicação de um diagnóstico de câncer, varia consideravelmente entre alguns países. No caso do câncer, isto se justifica pelo significado que a doença tem na sociedade. Portanto, seria interessante uma referência a alguns fatores que tornam a doença uma situação especial dentro da área médica, particularmente quanto ao relacionamento médico-paciente.

4.1- Mitos sobre o câncer e suas repercussões.

Em algumas civilizações primitivas, a doença em geral era interpretada como um misterioso e ameaçador ato de punição de um Deus raivoso, em vista do que o

tratamento envolvia orações e encantamentos (FREEMAN, H. P., 1989). Atualmente a imagem do câncer ainda está ligada a uma imagem de doença misteriosa e incurável (VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978; BROOKS, A., 1979). Há uma idéia de morte dolorosa, desesperança, impotência frente ao curso da doença, mutilação (perda da imagem corporal), isolamento pelo medo de um possível contágio, associação a um castigo ou mesmo a uma interferência sobrenatural (CASSORLA, R. M. S., 1991; RODRIGUES, C. et al, 1991; NORTHOUSE, P. G. e NORTHOUSE, L. L., 1987; VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978; KÜBLER-ROSS, E., 1970; NOVACK, D. H. et al, 1979; BROOKS, A., 1979; RAIMBAULT, E., 1985; SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; WOODARD, L. J. e PAMIES, R. J., 1992; HOLLAND, J. C. et al., 1987; HOLLAND, J., 1980; KONIOR, G. S. e LEVINE, A. S., 1975). Por estes fatores, para alguns pacientes, o câncer é visto como uma doença humilhante e que deve ser ocultada das outras pessoas (RAIMBAULT, E., 1985).

Esta forma de mitificação da doença estaria relacionada a uma bagagem psicossocial e cultural, que criaria uma imagem irreal sobre o curso da doença e os efeitos colaterais do seu tratamento (VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978, SMITH, D. H. e McARTY, K., 1992). Isto geraria uma interpretação equivocada do câncer em relação às outras doenças crônicas ou degenerativas como as doenças cardiovasculares, cuja gravidade seria no mínimo igual à das neoplasias e com uma

freqüência bem maior, portanto, com maior risco para as pessoas. (RAIMBAULT, E., 1985; VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978; CASSORLA, R. M. S., 1991).

4.1.1 O medo do surgimento de um câncer.

Segundo a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, citados por BROWN, R. S. e LEES-HALEY, P. R. (1992), o medo seria uma resposta racional a um evento que nos ameaça, atuando como um meio de auto-preservação. Há vezes em que o medo não parece justificável. Muitas pessoas sofrem extrema ansiedade quando percebem estímulos como agulhas, lugares altos, lugares fechados, multidões ou insetos. Nestas simples fobias, a introdução do agente ou situação pode causar transpiração, taquicardia e até mesmo dificuldade para respirar. No entanto, na maior parte das vezes, estas situações não interferem muito na vida do paciente. Algumas vezes, o medo não envolve um objeto ou situação, mas uma possibilidade futura ligada a saúde. O medo de doenças não é um fenômeno recente. Desde o medo antigo do contágio da lepra e tuberculose e, atualmente com o medo do câncer, há um impacto emocional que varia desde um receio apenas, até a um terror extremo. Atualmente, o medo do câncer só seria superado pelo medo da AIDS (BROWN, R. S., LEES-HALEY, P. R., 1992; CASSORLA, R. M. S., 1991;

SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; WOODARD, L. J. e PAMIES, R. J., 1992).

O medo irracional das pessoas pelo câncer pode ser fruto de ignorância ou de incertezas sobre a doença (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992). O paciente com câncer enfrenta várias dúvidas como a incógnita sobre a sua causa, sobre o curso natural da doença, como o receio da dor, da recorrência, e da progressiva deterioração, dependência e morte (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; BROWN, R. S., e LEES-HALEY, 1992; HOLLAND, J., 1977). As causas principais do medo relacionado ao câncer segundo COOB, B. (1954) seriam: medo do mundo médico em geral (médicos, hospitais, cirurgias, outros pacientes); medo da separação da família (hospitalização, morte); medo da doença em si (pela dor, estigma social, mutilação, incapacidade, isolamento social, desesperança, morte).

Os preconceitos que o paciente tenha sobre alguns tipos de procedimentos terapêuticos envolvidos no tratamento do câncer também poderiam provocar um sentimento de medo. A radioterapia, por exemplo, tem uma imagem negativa influenciada pelo forte impacto dos episódios de Hiroshima e de Chernobyl, assim como a quimioterapia com os seus efeitos colaterais, como a queda de cabelos, vômitos, perda de peso e fraqueza (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992).

Além disto, a intensidade do medo pode desencadear comportamentos relacionados à saúde que não seriam sempre racionais. BROOKS, A. (1979) cita que

quando um paciente tem suspeitas de que apresenta sintomas de um câncer, mas apresenta um alto nível de ansiedade ou medo, pode haver um grande atraso na procura por tratamento, enquanto que um baixo nível de medo ou ansiedade, causaria menos demora e, por isso, melhores perspectivas de tratamento. Segundo BERLYNE, citado por BROOKS, A. (1979) quando não há suficiente preocupação com a saúde ou há uma excessiva preocupação com ela, em ambas as situações pode haver demora na procura pelo médico.

Segundo MAGAREY, C. J., et al. (1977) outras causas, tanto do atraso da ida ao médico, como da não realização do auto-exame da mama, foram por processos psicológicos inconscientes incluindo defesas do ego como a negação às doenças e a supressão de uma possibilidade de contraí-las. GREER, S. (1974) reportou que 60 por cento dos pacientes que demoraram mais de três meses para irem ao médico, após descobrirem um sinal de doença, foram os que habitualmente agiam com negação aos estresses da vida.

4.1.2 As repercussões do medo sobre os programas de prevenção ao câncer.

Como visto anteriormente, o câncer mantém uma conotação de doença de difícil prevenção, causadora de danos irreparáveis e que, com freqüência, ocasiona a morte (RODRIGUES, C. et al, 1991; PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W., 1988;

BROOKS, A., 1979; HOLLAND, J., 1977; KRACKOV, S. K., 1990; BOX, V., 1984). No entanto, o diagnóstico e o tratamento precoces do câncer resultam nitidamente em melhor prognóstico, configurando-se mais como preconceito esta idéia fatalista sobre a doença (HOLLAND, J., 1977; GANZ, P., et al, 1985; SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; FREEMAN, H. P., 1989). Portanto, uma demora na procura do médico pelo paciente teria grande importância no prognóstico de muitas doenças malignas (BROOKS, A., 1979; SCHAMALE, A. H., 1983). Por exemplo, o exame preventivo para câncer de colo uterino pode detectar uma doença precoce, o que assegura um tratamento eficiente e menos mutilante (HACKETT, T. P., et al., 1973), ao passo que quando há sinais de doença avançada, a oportunidade de cura diminui (FRANK-STROMBORG, M., 1989). Em conseqüência, cabe aos médicos, manter e reforçar o conhecimento público sobre sinais precoces da doença (PUBLIC ATTITUDES TOWARD CANCER AND CANCER TESTS, 1980).

Apesar desses fatores, uma visão negativista com relação à doença persiste, interferindo nos programas de prevenção e procura precoce do médico aos primeiros sinais da doença (LYNCH, H. T. e KRUSH, A. J., 1968; PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W., 1988; DEWYS, W., 1976). Contudo, estas formas de comportamento, segundo BROOKS, A. (1979) são passíveis de modificação. Este autor cita que a formação de atitudes com relação ao câncer seria um processo dinâmico tanto para o público como para os profissionais da saúde. Haveria evidências que nós

adotamos as atitudes que outras pessoas que consideramos com apreço, possuem. Atitudes positivas levariam a comportamentos positivos e vice-versa. No caso do câncer, prossegue BROOKS, A. (1979), os profissionais de saúde deveriam representar para o público, o papel destas pessoas.

4.1.3 Outras repercussões causadas pelo medo do câncer.

Além da angústia imposta pelo próprio sentimento em si, o medo do câncer pode levar a um isolamento social (BERMAN, S. H. e WANDERSMAN, A., 1990), interferir na vida privada, inclusive na esfera sexual, pelo receio do contágio (PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W., 1988; HOLLAND, J., 1980).

O medo do câncer também poderia causar reações hipocondríacas, fazendo com que se atribua sintomas de uma outra doença como sendo sintomas de um câncer, e isto ocorreria mais nas pessoas com pouco conhecimento da doença (BERMAN e WANDERSMAN, citados por BROWN, R. S., e LEES-HALEY, 1992).

O medo do câncer poderia influenciar até nos índices de natalidade e aborto. GRIMES, D.A. (1986) relatou que, pelo medo de complicações dos métodos anti-concepcionais (câncer de ovário ou endométrio), houve um aumento da incidência de gravidez indesejada e de abortos.

4.2 O receio do médico de causar reações ou conseqüências desfavoráveis ao revelar um diagnóstico de câncer.

Embora se considere a medicina como uma ciência, grande parte dos atos médicos podem estar influenciados por opiniões pessoais, preconceitos subjetivos (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992) ou mesmo por respostas idiossincrásicas aos pacientes (ZINN, W. M., 1988). Por exemplo, no relacionamento médico-paciente a troca sincera de informações é um dos constituintes mais importantes (WAITZKIN, H., 1985), no entanto, isto pode sofrer influências pelo receio do médico de prejudicar o paciente com informações francas acerca de sua doença.

4.2.1. O receio de provocar danos emocionais no paciente.

Muitos autores citam que os médicos têm a opinião de que informar ao paciente um diagnóstico de câncer causa desespero, ansiedade e depressão (McINTOSH, J., 1974; CASSORLA, R. M. S., 1991; SCHOENE-SEIFERT, B. e CHILDRESS, F. J., 1986; PARKES, C. M., 1974; HOGSHEAD, H. P., 1976; DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988). Estudos atuais, no entanto, demonstram que a informação não geraria muita ansiedade e os pacientes saberiam absorver bem o estresse (MOSCONI, P., et al, 1991; HENRIQUES, B., 1980; HOLLAND, J. C. et al., 1987; SCHWARTSMANN, G. et al, 1985; ACHTE, K. A.

e VAUHKONEN, M. L., 1967; RADOVSKY, S. S., 1985; FADEN, R. R., 1981; STEVENS, D. P. et al., 1977). Além disto, alguns autores (CASSILETH, B. R., et al., 1980; PREMI, J. N., 1981; SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992) afirmam que as incertezas e medos infundados do paciente por desconhecer a sua real condição, seriam mais prejudiciais do que o conhecimento da verdade. A informação, ao invés de promover o desespero, forneceria ao paciente um grande senso de auto controle sobre a sua vida particular, fazendo com que consiga superar melhor a doença e levando-o a aceitar melhor o tratamento.

Estudos realizados em pacientes portadores de câncer ou outras doenças, demonstraram que a maioria dos pacientes preferem saber toda verdade sobre a sua condição e sobre o tratamento ou prognóstico (McINTOSH, J., 1974; GAUTAM, S. e NIJHAWAN, M., 1987; LIND, S. E., et al., 1989; HENRIQUES, B., et al., 1980; ENDE, J., et al, 1989; FADEN, R. R., et al., 1981; MOSCONI, P., et al, 1991; KAPLAN, M., 1983; ACHTE, K. A. e VAUHKONEN, M. L., 1967). Além disto, não seria possível ocultar o diagnóstico, pois os pacientes teriam noção de sua doença, mesmo sem que ninguém lhes tenha revelado (GAUTAM, S. e NIJHAWAN, M., 1987; PECK, A., 1972; McINTOSH, J., 1976). No estudo de McINTOSH, J. (1976) mesmo sem serem informados sobre o diagnóstico, 88 por cento dos pacientes sabiam ou suspeitavam do diagnóstico, afirmando que os pacientes ficam conscientes do diagnóstico ao ver o tipo de tratamento que estão rece-

bendo. Mesmo antes da consulta médica, HENRIQUES, B. (1980) encontrou uma porcentagem de 57 por cento de pacientes que pressentiram o diagnóstico e de sete por cento que demonstraram saber da doença. É provável que todas as mulheres portadoras de câncer de seio suspeitem do seu diagnóstico. Segundo o estudo de ESTAPÉ, J. et al. (1992) os casos de pacientes com câncer no seio foram os que tinham maior consciência da doença. RENNEKER e CUTLER, citado por McINTOSH, J. (1974) demonstraram que em 50 pacientes com câncer de seio estudadas, todas sabiam do seu diagnóstico mesmo sem o médico ter-lhes dito.

Grande parte dos argumentos contrários a que se revele o diagnóstico, estariam apenas antecipando um único e definitivo impacto sobre o paciente (GLASER E STRAUSS, citado por McINTOSH, J., 1974). Uma depressão inicial, mas passageira ao saber do diagnóstico, seria considerada natural, mas é nesta reação inicial que alguns médicos se apoiam para não revelar o diagnóstico (McINTOSH, J., 1974). Entretanto, segundo SHANDS, et al., citado por McINTOSH, J. (1974) basear-se na primeira reação do paciente seria ignorar o fato de que há outros estágios em resposta à reação inicial depressiva, que pode progredir até para uma aceitação gradual. LANSKY, S. B. et al. (1985) chegam a relatar uma prevalência de depressão menor do que o esperado e semelhante à encontrada na população. O receio de uma depressão profunda no paciente seria justificado apenas em pacientes com tendências depressivas (NOVACK, D. H. et al, 1979; GOLDBERG, R. J., 1984; RO-

BERTS, C. S., et al, 1994). Para alguns autores (e.g.: CASSILETH, B. R., et al., 1980; SCHWARTSMANN, G. et al, 1985; HUGHES, J., 1982), a informação, ao invés de induzir a uma depressão profunda, livraria o paciente de medos e incertezas relacionados ao câncer, o que se constitui em forte elemento a favorecer o sucesso do tratamento da doença. QUINT, citado por McINTOSH, J. (1974) demonstrou que as mulheres submetidas a mastectomias apresentavam maior agonia pelo fato de não serem adequadamente informadas sobre a sua real condição. Alguns dados parecem evidenciar que quanto mais o paciente fica convencido de que tem a doença, a percepção da aura de segredos acerca do diagnóstico serve somente para aumentar os seus medos e fragilizá-lo mais. O desconhecido seria uma fonte maior de medo do que o conhecido (LEDERER, citado por McINTOSH, J., 1974). REYNOLDS, P. M. (1978) cita que informações insuficientes gerariam mais ansiedade e medo, pois as pessoas tenderiam a interpretar informações duvidosas como sendo mais graves do que realmente são.

Muitos autores, apesar de serem a favor de revelar sempre o diagnóstico, (e.g.: HOLLAND, J. C. et al., 1987; McINTOSH, J., 1976; KÜBLER-ROSS, E., 1970; HOGSHEAD, H. P., 1976; PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W., 1988; PEET, J. R. et al, 1991; BREWIN, T. B., 1977) prezam a manutenção de um sentimento de esperança no paciente. A esperança é considerada fundamental para que o paciente possa se manter física e mentalmente disposto a superar a doença e o

tratamento (HOLLAND, J. C. et al., 1987). O receio de que a informação do diagnóstico poderia comprometer este sentimento foi questionada por alguns autores (CASSILETH, B. R., et al., 1980; HOY, A. M., 1985; BUEHLER, J. A., 1975). Contudo, chegam a concluir que a esperança não seria influenciada pelo fato de se revelar a verdade sobre o diagnóstico e o tratamento. Ao contrário, a ignorância geraria medo, insegurança e pessimismo.

O fato de muitos pacientes não fazerem perguntas sobre a sua condição, leva muitos médicos a acreditarem que os mesmos não desejam saber do diagnóstico (LEY e SPELMAN, citado por McINTOSH, J., 1974). Entretanto, é necessário destacar que não fazer muitas perguntas não significa necessariamente que o paciente não queira saber sobre sua condição (AITKEN-SWAN, J. e EASSON, E. C., 1959). Para alguns autores (e.g: MITCHELL, G. W. e GLICKSMAN, A. S., 1977; SKIPPERT, citado por McINTOSH, J., 1974), os pacientes não revelariam seus sentimentos aos médicos por acharem que estes profissionais estão muito ocupados para se deterem com seus problemas ou que não seriam as pessoas adequadas para respondê-las. Essa atitude poderia até ser resultado de uma ação deliberada dos médicos em desencorajar perguntas (FREIDSON, citado por McINTOSH, J., 1974), parecendo-se ocupados ou esforçando-se por manter uma distância social. Através de uma análise antropológica com pacientes portadores de câncer, SAILLANT, F. (1990) aponta outras causas que poderiam interferir na iniciativa do paciente em

questionar o médico, tais como o receio de estar sendo inconveniente, de ser ridicularizado pelo médico e uma inibição por desnível cultural. Outros estudos (e.g.: McINTOSH, J., 1974; WAITZKIN, H., 1985; HAWKINS, C., 1979) sugerem que seria em razão dos médicos que os pacientes são mal informados. Estes dispensariam pouco tempo informando seus pacientes, superestimariam o tempo gasto e, além disto, subestimariam o desejo dos pacientes quanto à informação.

A conscientização do diagnóstico não seria somente motivo para reflexões negativas por parte do paciente. Poderia proporcionar uma oportunidade para os pacientes reencontrarem um outro sentido para suas vidas (HAMERA, E. e SHONTZ, F., 1978; PETEET, J. R., et al., 1991; HOLLAND, J., 1977; HENRIQUES, B., et al., 1980; SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; TAYLOR, S. E., 1983). A consciência pelo paciente de que enfrenta uma situação potencial de morte também traria benefícios práticos, pois dar-lhe-ia uma chance de colocar em ordem assuntos materiais e organizar melhor sua vida para enfrentar a nova situação (AD HOC COMMITTEE ON MEDICAL ETHICS, 1984; LANE, J.C., 1983; McINTOSH, J., 1974). No caso de pacientes que detêm algum bem material, haveria a oportunidade de passar estes bens para os herdeiros, evitando problemas legais, impostos e custos advocatícios, conservando o direito de “usufruto” enquanto vivo (LANE, J.C., 1983). Além disto, a oportunidade de rever a vida espiritual poderia trazer conforto que só a fé religiosa poderia dar (LANE, J.C., 1983).

4.2.2 O receio do suicídio.

Alguns autores citam que muitos profissionais temem contar a seus pacientes que estes são portadores de uma doença grave, pelo receio de que tal informação possa levá-los a cometer suicídio (KÜBLER-ROSS, E., 1970; KÜBLER-ROSS, E., 1974; PECK, A., 1972). Para LOUHIVUORI, K.A. e HAKAMA, M. (1979) o risco de suicídio nos pacientes com câncer deveria ser considerado. Segundo esse estudo realizado na Finlândia, onde o índice de suicídio é um dos maiores do mundo, os autores conseguiram demonstrar um aumento maior da incidência de suicídio no grupo dos pacientes com câncer, quando comparado com a da população geral (1,3 vezes a mais entre os homens e 1,9 vezes a mais entre as mulheres). No entanto, o risco de suicídio tem sido contestado. LITIN, citado por ACHTE, K. A. e VAUHKONEN, M. L. (1967) verificou que o número de suicídios entre os pacientes com câncer era igual ao da população em geral. BALTRUSH et al., citados por ACHTE, K. A. e VAUHKONEN, M. L. (1967) relatam uma incidência de suicídio no grupo desses doentes, até menor do que na população. No entanto, a frequência do suicídio passivo é desconhecida, desde que a falta de cooperação ou recusa no tratamento pode, algumas vezes, ser sinal de um desejo de morte (ENGELHARDT, H. T. Jr., 1986; HOLLAND, J., 1977).

O risco de suicídio somente deveria ser considerado em alguns pacientes que já expressaram pensamentos suicidas, que façam uso de drogas ou que já tenham realizado tentativas anteriores de suicídio (WHITLOCK, 1986; HALL e STEVENS, citados por QUILL, T. E. e TOWNSEND, P., 1991); ou pacientes com depressão importante, paranóia ou esquizofrenia (ENGELHARDT, H. T. Jr., 1986).

4.2.3 O receio de interferências no tratamento.

FADEN, R. R. et al. (1981) citam que os médicos não forneceria informações detalhadas ao paciente, sobre sua doença, pois isso poderia afetar negativamente nos resultados terapêuticos, ocasionando por exemplo, uma diminuição do efeito positivo de placebos, um aumento da incidência de efeitos colaterais pelo efeito da sugestão ou interferindo também na cooperação do paciente. A falta de colaboração do paciente alerta BRODY, D. S. (1980), seria a maior causa de falha no tratamento do câncer. TUCKETT, D. e WILLIAMS, A. (1984) citam que alguns médicos pensam que seus pacientes podem se sentir confortados pela simples noção de que estão sob cuidados médicos, o que seria semelhante a um efeito placebo. Portanto, se houvesse muitas trocas de informações entre médico e paciente, este efeito placebo poderia diminuir.

O estado depressivo que se seguiria após a conscientização do diagnóstico é citado como causa de abandono do tratamento (AD HOC COMM. ON MEDIC ETHICS, 1984) ou como um incentivo para a procura por uma medicina alternativa ineficaz (PARKES, C. M., 1974). Alguns autores (e.g. DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988; CASSORLA, R. M. S., 1991) citam que os médicos têm o receio de que a conscientização do diagnóstico poderia até mesmo acelerar o processo da doença. Um exemplo da relação entre o estado psicológico e a sobrevida dos pacientes com câncer é citado por SPIEGEL, D. (1990). Em seu estudo, analisou os efeitos de um suporte psicossocial em pacientes portadoras de câncer de seio com metástases, chegando a concluir que houve um aumento da sobrevida destas pacientes, quando comparadas com o grupo controle. Atribui esta diferença em virtude do menor índice de depressão no grupo submetido a um apoio psicológico, repercutindo numa melhor disposição das pacientes em prosseguir com tratamentos mais radicais. Sugere também que a maior sobrevida pode estar também associada a uma ação “psico-neuro-imunológica”, influenciando níveis de cortisona sérica. Chega a concluir que um tratamento para neoplasias avançadas, além do tratamento convencional, deveria ser complementado com intensivo suporte psicossocial. No entanto, outros autores defendem que não haveria correlação entre o status mental com a sobrevida, prognóstico ou crescimento do tumor (MORRIS, T. et al., 1985; HOY, A. M., 1985).

Com relação a participação dos pacientes no seu tratamento, alguns autores referem que são eles próprios que têm demonstrado mais interesse em participar de decisões clínicas com respeito à sua saúde, ao invés de aguardarem passivamente as decisões médicas (GILLON, R., 1994; ROBERTS, C. S. et al., 1994). Este fato, segundo SLACK, W. V. (1977), contribuiria ainda mais para uma maior aderência do paciente ao tratamento. Os pacientes estão criticando cada vez mais os médicos, particularmente aqueles insensíveis ou autoritários (SUBCOMMITTEE ON EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES IN THE INTERNIST, 1983). Há um sentimento de reivindicação por parte dos pacientes por mais abertura, mais comunicação e mais mutualidade, para poderem participar de um sistema social, no qual eles tenham direitos e mesmo obrigações que não tinham no passado (BARBER, B., 1976).

Evidências sugerem que oferecer uma escolha não seria maléfico ao paciente (FALLOWFIELD et al, 1990), mesmo porque, a maioria das decisões terapêuticas em cancerologia não necessitam urgência (LYNN, J., 1986). Ao contrário, a perda da capacidade de tomar decisões ou da perspectiva de não ter nada para fazer a si próprio, seriam os golpes mais fortes contra o moral do paciente (PRINCE, J. L. W., 1977). Seria condenável não dar ao paciente uma opção de escolha, por exemplo, entre uma cirurgia mutilante ou uma conservadora com perspectiva de resultados equivalentes (SURBONE, A., 1992; ROBERTS, C. S., et al., 1994). Os seios,

por exemplo, citam VALANIS, B. G. e RUMPLER, C. H. (1985) têm significados psicológicos diferentes para a imagem corporal entre as mulheres, e isto deveria ser levado em consideração para a escolha do tipo de tratamento.

A participação do paciente no seu tratamento teria outras vantagens também. Segundo FIORE, N. (1979) e SCHAIN, W. S. (1990) o fato de poder opinar no seu tratamento faria com que o paciente entendesse os seus problemas médicos e se sentisse participante das decisões médicas, o que poderia ser crítico para a recuperação e para a readaptação à vida normal. CASSILETH, B. R., et al. (1980) citam que os pacientes que participaram mais ativamente do seu tratamento, mostraram-se mais esperançosos de sua recuperação.

O aumento da participação do paciente nas decisões médicas repercutiria positivamente também no relacionamento médico-paciente, pois provoca uma necessidade maior de diálogo, diminuindo a tendência do médico em ver o paciente como um objeto a ser manipulado, valorizando melhor as necessidades, desejos, valores e preferências dos pacientes (BRODY, D. S., 1980).

A preocupação com a participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento não só atingiria doenças potencialmente fatais, como o câncer, mas deveria se estender para qualquer tipo de tratamento (REISER, S. J., 1980).

Dizer a verdade e assegurar um bom consentimento informado não impede, contudo, que o paciente faça opções que a equipe médica considere errada. Para

SMITH, D. H. e McCARTY, K. (1992) o médico deve aprender a tolerar uma discordância de opinião de um paciente, pois estará atuando num campo onde a incerteza é a norma. Para INGELFINGER, F. J. (1980), talvez um dos maiores exemplos de arrogância médica atualmente, seria quando o médico culpa um paciente por não seguir ordens médicas.

Além desta reivindicação dos pacientes por maior participação no tratamento, os próprios médicos, em respeito aos princípios éticos de autonomia do paciente, têm considerado as preferências dos pacientes nas decisões médicas (FREEDMAN, B., 1993; McNEIL, B. J., et al., 1983; SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986; DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988; SMITH, D.H. e McCARTY, K., 1992; SURBONE, A., 1992; MACKILLOP, W. J., et al, 1988; FREEDMAN, B., 1993). Disto resultaria um relacionamento médico-paciente ideal, ou seja, entre um médico qualificado e um paciente competente, consciente sobre a sua doença, sobre as opções de tratamentos disponíveis e suas complicações (LYNN, J., 1986; LIBERATI, A., et al., 1993; GOTTHEIL, E., et al., 1979). A falta de informações, ao contrário, levaria a uma falta de compreensão das razões para o tratamento, resultando em desconfiança, recusa ou falta de cooperação com a equipe médica, pois o paciente acredita que lhe estão enganando ou não saberiam diagnosticar sua doença (LANE, J.C., 1983; GOLDBERG, R. J., 1984; BLACKWELL, B., 1973).

4.3 A influência de fatores demográficos dos pacientes na decisão médica.

Estudos demonstram que algumas características demográficas dos pacientes como a idade, sexo, status sócio-econômico e o nível educacional podem influenciar a forma como será conduzido o relacionamento médico-paciente (MOSCONI, P., et al, 1991; NOVACK, D. H., et al., 1979; DODD, M. J. et al., 1985; GONÇALVES, E. L., 1984; ENDE, J., et al., 1989; MATHEWS, J. J., 1983; STREET, R. L., 1991; WAITZKIN, H., 1985).

4.3.1 O paciente pediátrico e o adolescente.

Uma preocupação com relação à criança e o adolescente com câncer é justa, pois a doença representa a principal causa de morte de pacientes entre um e 14 anos, em países como o Estados Unidos e a China (MARTINSON, I. M. et al., 1994). Ao mesmo tempo, o potencial de cura vem aumentando, surgindo uma preocupação com relação à qualidade de vida destas crianças (KATZ, E. R. e VARNIM, J. W., 1993; BYRNE, J. et al., 1989).

Segundo NOVACK, D. H. (1979), haveria uma tendência dos médicos em não revelar o diagnóstico de câncer para pacientes pediátricos. Os próprios pais de uma criança seriamente doente também se defrontam com a decisão de como proce-

der quanto a revelar ou não o diagnóstico, o tipo de tratamento e o prognóstico (CHESLER, M. A. et al., 1986). O desejo de omitir informações seria talvez mais compreensível nestes pacientes, tanto por parte dos pais como pelo médico (WOODARD, L. J. e PAMIES, R. J., 1992).

CHESLER, M. A., et al. (1986) citam alguns autores que defendem uma abordagem protecionista para esta faixa etária. Por exemplo, para HOWELL e PLANK citado por CHESLER, M. A., et al, (1986), o conhecimento detalhado da doença e da possibilidade da morte poderia ser potencialmente prejudicial por aumentar as ansiedades e medos, produzindo um efeito negativo nos mecanismos de superação. Para SHARE, citado por CHESLER, M. A., et al, (1986), as crianças não teriam maturidade para processar noções abstratas sobre uma doença grave, e nem demonstrariam interesse em saber detalhes sobre a sua doença. Para outros autores (e.g. RICHMOND e WAISMAN; TOCH; YUDKIN, citado por CHESLER, M. A., et al, 1986) esta falta de interesse por parte das crianças seria um indicativo de que elas seriam incapazes de superar tanto o diagnóstico como o prognóstico, em vista do que, pais e médicos deveriam proteger a criança do conhecimento da doença.

Embora permaneça uma controvérsia sobre se se deva revelar um diagnóstico de doença grave para uma criança (SLAVIN, L. A., et al, 1982), atualmente, acompanhando uma tendência verificada nos pacientes adultos, tem-se optado por uma

atitude mais aberta (GOGAN et al, e SALLAN, citado por SLAVIN, L. A., et al, 1982; WOODARD, L. J. e PAMIES, R. J., 1992). Uma tentativa de introduzir mais precocemente a criança numa atmosfera de abertura e auto-consciência pode ser exemplificada na obra de KÜBLER-ROSS, E. (1970). Quando trata das razões pelas quais se perpetua a morte e o morrer como um tabu, a autora encontra justificativas já na infância, quando as crianças são impedidas de visitar pacientes hospitalizados ou de comparecer a funerais. Permitir que as crianças participem e compartilhem do luto, seria uma preparação gradual para que a morte seja interpretada, com mais naturalidade e como parte da vida.

A percepção da criança, do adolescente, tal como a do paciente idoso sobre a sua real condição seriam geralmente subestimadas, freqüentemente não recebendo informações apropriadas, o que aumentaria o estresse por proporcionar fantasias (GOLDBERG, R. J., 1984; CHESLER, M. A., et al, 1982). GLASER E STRAUSS, citados por CHESLER, M. A., et al (1982) relataram que algumas crianças poderiam negar ou evitar demonstrar conhecimentos sobre a doença, numa tentativa apenas de poupar os adultos. Por outro lado, KELLERMAN, J., et al (1980) reportaram que os pacientes pediátricos que participavam dos diálogos entre os pais e os médicos sobre a sua doença, mostraram-se menos depressivos.

SLAVIN, L. A. et al. (1982) realizaram um estudo com crianças portadoras de câncer e seus familiares, concluindo que maioria destes foi a favor de que se re-

vele o diagnóstico, respondendo afirmativamente 90,3 por cento dos pais e 71,1 por cento dos irmãos. Somente cerca de 4,8 por cento dos pais foram da opinião que as crianças não deveriam saber. Chegam a concluir que revelar o diagnóstico para as crianças o mais cedo possível seria melhor para o seu ajustamento psicossocial. Apesar do trauma inicial do diagnóstico MARTINSON, I. M., et al. (1994) também não encontraram alterações significativas do relacionamento entre os pacientes e seus irmãos, após saberem do diagnóstico, nem mesmo interferências no relacionamento conjugal dos pais.

CHESLER, M. A., et al. (1986) demonstraram que uma abordagem protecionista contrastaria com as demandas realísticas do mundo social, além do que, a confiança da criança na sua família e nos médicos poderia ser seriamente abalada, se descobrisse repentinamente o diagnóstico (GOLDBERG, R. J., 1984). CLAFIN, C. J. e BARBARIN, O. S. (1991) indicaram também que não se poderia proteger a criança das implicações psicossociais que o câncer teria, a despeito de se tentar omitir o diagnóstico. As crianças de qualquer faixa etária fatalmente perceberiam modificações sociais, emocionais e ambientais, desencadeadas pelo diagnóstico e tratamento. O fato de não revelar verbalmente, falharia como tentativa de mascarar a doença. As crianças poderiam descobrir a sua doença por intermédio de outras crianças no hospital ou na escola, o que poderia aumentar o medo e a desconfiança nos pais (VERNICK, citado por CHESLER, M. A., et al, 1986).

BYRNE, J., et al. (1989) citam uma possível consequência em adultos que tiveram um câncer na infância, mas que não ficaram sabendo do seu diagnóstico. Após entrevistarem 1928 adultos que sobreviveram a um câncer na infância, identificaram que 14 por cento deles negaram que tiveram a doença no passado. O fato destas pessoas ignorarem este dado, concluem os autores, poderia prejudicar um diagnóstico médico atual que poderia estar relacionado com o câncer na infância.

4.3.2 Os pacientes idosos (com mais de 65 anos).

Determinados estudos reportaram diferenças entre pacientes idosos e jovens quanto ao tipo de relacionamento com o médico, a quantidade de informações trocadas e a disposição em participar do tratamento. Segundo STREET, R. L. (1991), haveria uma tendência dos médicos em informar menos aos pacientes idosos. Segundo alguns autores (e.g. ENDE, J., et al, 1989; CASSILETH, B. R., et al, 1980), os pacientes idosos (+ de 65 anos) preferem menos informações e demonstram menos desejo em participar de decisões terapêuticas do que os jovens.

Apesar desta aparente dependência dos idosos, alguns autores (CASSILETH, B. R., et al., 1980; BLANCHARD, C. G., et al., 1988) citam que os pacientes idosos, apesar de serem mais dependentes dos médicos, muitos deles optam por participar ativamente do tratamento. O fator que mais influenciaria o comportamento dos

idosos seria o grau de afetividade envolvida no relacionamento médico-paciente.. No estudo de O'HAIR, H. D., et al (1983) os pacientes idosos demonstraram preferência por um relacionamento mais afetivo e com menos informações. Contudo, o estudo cita que esses pacientes toleraram informações graves se acompanhadas de muita afetividade. NUTTBROCK e KOSBERG, citados por O'HAIR, H. D. et al. (1983) afirmaram que uma comunicação afetiva por parte do médico também contribui para que o paciente idoso procure mais por assistência médica.

Freqüentemente, os pacientes idosos também receberiam um tratamento inadequado, como resultado de uma tentativa desnecessária de poupá-los. Segundo SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992, a discriminação aos idosos, apesar de ser considerada antiética, pode ser vista nos tratamentos quimioterápicos. Por exemplo, não seriam dadas doses suficientes de quimioterapia aos idosos com o intuito de poupá-los, quando na realidade as doses habituais seriam bem toleradas por eles. Segundo GANZ, P. (1985) os idosos, por terem experiências com tratamentos médicos anteriores, tiveram mais facilidade de resolverem seus problemas com os médicos e enfermeiras, e além disso, tiveram menos problemas psicossociais ou problemas relacionados com o tratamento do que os pacientes jovens. Os idosos tiveram significativamente menos dor pós-operatória e não reportaram muitas dificuldades com a quimioterapia. SMITH, D. H. e McCARTY, K. (1992) sugerem no seu estudo que uma preocupação com paciente o idoso é desnecessária e, ao contrário,

deveria se dar mais cuidados aos pacientes jovens, que teriam menos familiaridade com hospitais ou problemas de saúde e mais problemas relacionados à vida profissional. HUNT, R. W. et al. (1990) citam que os jovens é que demonstram mais estresse com o diagnóstico e com a possibilidade de redução do tempo de vida.

4.3.3- A classe social do paciente.

As diferenças de linguagem, originadas pelas diferenças de classes sociais, podem contribuir significativamente no relacionamento médico-paciente (WAITZKIN, H., 1985). MACKILLOP, W. J., et al (1988) observaram nos pacientes que não tinham curso superior que, após o médico ter explicado detalhadamente aspectos sobre a doença, o nível de retenção das informações foi muito baixo. Observaram ainda que, o paciente com nível educacional secundário incompleto, freqüentemente subestima a gravidade de sua doença. Estas barreiras na comunicação médico-paciente, por utilização de diferentes códigos lingüísticos e por distâncias sociais entre os interlocutores, também foi reportada por MATHEWS, J. J. (1983). No seu estudo, este autor cita que a medicina, pela natureza técnica e especializada dos seus conhecimentos, faz com que os pacientes da classe trabalhadora não consigam negociar com sucesso seus interesses por temerem não dispor de

um vocabulário adequado para questionar ou processar a mensagem recebida pelo médico.

A classe social do paciente também parece influenciar na sua disposição em querer saber do diagnóstico. BLUMENFIELD, M. et al. (1978) relataram que somente uma pequena porcentagem de não brancos, com pouca educação e baixo nível sócio-econômico, demonstrou desejo em saber do diagnóstico.

No entanto, os fatores que interferem mais na comunicação médico-paciente, parecem depender mais da iniciativa ou da interpretação do médico. STREET, R. L. (1991) e WAITZKIN, H. (1985) citam que haveria maior tendência dos médicos em fornecer mais informações para os pacientes com nível educacional elevado. Segundo PENDLETON, D. e BOCHNER, S. (1980) os médicos evitam divulgar muitas informações sobre a doença nas classes menos favorecidas, por acharem que não haveria uma capacidade de compreensão exata da situação. MOSCONI, P. et al (1991) ao observar mulheres com câncer de seio, demonstrou que as mais jovens, cultas e pertencentes a um nível social mais elevado receberam mais informações sobre a doença e o tratamento. Portanto, uma diferença de classes sociais entre o médico e o paciente pode influenciar na quantidade de informações que o médico irá revelar.

No entanto, alguns autores (e.g.: PENDLETON, D e BOCHNER, S., 1980; WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D., 1972) citam que, tanto os pacientes de nível

social baixo, como os de alto, desejam se inteirar do diagnóstico. Contudo, apontam que haveria uma inibição nos pacientes com nível sócio-econômico mais baixo em questionar os médicos, dando a impressão de desejarem menos informações. PEN-
DLETON, D. e BOCHNER, S. (1980) cita no seu estudo que houve uma tendência dos médicos de se dirigirem mais informações para um grupo de pessoas que menos precisariam dela, ou seja, geralmente para as pessoas suficientemente informadas. Isto seria um alerta para que os médicos invertam esta posição, dirigindo mais informações para as pessoas de nível sócio econômico mais baixo, mesmo que pareçam não demonstrar interesse em perguntar. O conhecimento deste comportamento da classe pobre merece uma consideração especial pelo fato de que, os pacientes com baixo nível sócio-econômico, não só têm maior incidência de câncer, mas também cerca de 10 a 15 por cento de menor chance de sobrevivida (FREEMAN, H. P., 1989). BOX, V. (1984) observou que o câncer de colo uterino e útero é maior nas classes sociais mais pobres, onde também a consciência dos sintomas precoces são desconhecidos e a procura por exames preventivos também é pequena. Ao contrário, em mulheres de classe sócio-econômica elevada, a procura por assistência médica é mais precoce, como observa HACKET, T. P. (1973). O público em geral e os pacientes com câncer têm informações erradas sobre a doença, havendo uma necessidade de intensificar a educação pública sobre a doença (HARDY, R. E., et al, 1980). Particularmente no terceiro mundo, esta preocupação assume maior impor-

tância pela maior incidência de câncer, configurando-se em caso de saúde pública (MIRRA, P. A., 1986).

Apesar dos médicos correlacionarem o nível educacional e a capacidade de compreensão dos termos ou explicações médicas (PENDLETON, D. e BOCHNER, S., 1980), outros autores (e.g. SAMORA et al, PLAJA et al, citados por McINTOSH, J., 1974) não encontraram correlação significativa entre o nível educacional, idade, origem ou sexo do paciente com a capacidade de compreender o médico. A suposição dos médicos de que o nível de compreensão estaria relacionado a estas variáveis demográficas, poderia estar errada. Isto porque, o fator que poderia exercer maior influência na qualidade de suas percepções, seria sua bagagem referencial prévia, ou seja, pacientes independentemente do nível cultural, que eventualmente possuam alguma experiência médica sobre o assunto, poderiam conceber melhor uma situação nesta área. Em vista disto, um estilo de vida saudável pode não requerer muita riqueza ou muita educação, por isto os programas de medicina preventiva podem, mesmo assim, produzir profundo impacto nas camadas menos favorecidas (LAMBERT, C. A., et al, 1982)

4.3.4- O sexo dos pacientes.

O sexo dos pacientes parece desempenhar também um papel quanto ao desejo de saber o diagnóstico. Parece haver uma predominância masculina quanto ao desejo de saber do diagnóstico. BLUMENFIELD, M., et al. (1978) realizou um estudo na população americana acima de 18 anos sobre se gostariam de saber se estivessem com doença grave. Esse estudo demonstrou que 82 por cento das mulheres e 92 por cento dos homens gostariam de saber e, esta diferença entre os sexos, foi estatisticamente significativa.

Contudo, os estudos que comparam as reações psicológicas nos dois grupos, após se revelar um diagnóstico, mostram opiniões divididas. Para WYRSCH, citado por ACHTE, K. A. e VAUHKONEN, M. L. (1967) o homem aceitaria melhor o diagnóstico que a mulher. Já para CASTRO et al., citados por DODD, M. J., et al. (1985), os pacientes masculinos de todas as idades, parecem se mostrar mais negativamente influenciados pela severidade da doença e sintomas, experimentando mais cedo dificuldades psicológicas e isolamento social. Para HOLLAND, J. (1980) não haveria diferença de reações entre homens e mulheres, havendo diferença apenas com relação à forma de expressar sentimentos, já que as pacientes femininas seriam mais expressivas com relação aos seus sentimentos.

4.4- O estágio e a localização da doença.

O estágio de evolução em que se encontra a doença pode também definir o estilo de comunicação médico-paciente (WAITZKIN, H., 1985). Há uma maior tendência em comunicar o diagnóstico aos pacientes que têm um bom prognóstico ou quando o órgão afetado é visível, como no seio ou gânglios (CASSORLA, R. M. S., 1991; PAULA, C. I. e VERANO, S. A. S., 1988; HOLLAND, J. C. et al., 1987). Para PAULA, C. I. e VERANO, S. A. S. (1988) os casos de câncer precoce inicial, seriam a situação onde os oncologistas se sentiriam mais à vontade para revelar o diagnóstico, pois como cita DEWYS, W. (1976) o câncer precoce seria uma das doenças mais curáveis entre as principais causas de morte.

No entanto, mesmo os cânceres pequenos e curáveis podem ser acompanhados de intensa ansiedade e medo (GOFFMAN, T. E. e DACHOWSKI, L., 1992). Este tipo de comportamento estaria, portanto, vinculado a um preconceito da doença em si, independentemente do estágio em que ela se encontra. Portanto, mesmo em lesões precoces ou curáveis, questiona-se a validade de expor o diagnóstico pelo receio que prevaleça para sempre o receio de uma recorrência. Como exemplo do receio de que um preconceito com relação ao câncer prevaleça sobre a razão, muitos cirurgiões italianos preferem omitir um diagnóstico de câncer de seio, mesmo em

estágios precoces (MOSCONI, P., et al, 1991). A ignorância, como cita CASSORLA, R. M. S. (1991) poderia ser um grande remédio.

Além da interferência do estágio da doença, haveria uma tendência de esconder o diagnóstico dos pacientes quando o órgão afetado é interno, por exemplo, um câncer de pâncreas (CASSORLA, R. M. S., 1991; PAULA, C. I. e VERANO, S. A. S., 1988). FITTS e RAVDIN, citados por McINTOSH, J. (1974) demonstraram que somente 12 por cento dos radioterapeutas revelavam o diagnóstico ao paciente, em virtude de freqüentemente lidarem com lesões internas e em fases terminais; enquanto que 94 por cento dos dermatologistas sempre revelam o diagnóstico por lidarem com lesões externas e geralmente com bom prognóstico. Estes comportamentos diversos estariam relacionados à natureza da doença, à ideologia do médico ou, mais provavelmente, à interferência de ambos.

Os casos de doença avançada, também representam outro desafio. Quando a cirurgia por câncer de seio não foi curativa, alguns cirurgiões não revelariam o diagnóstico, com a justificativa de que a paciente viveria os dias que lhe restam livre do medo (STANDARD e NATHAN, citados por McINTOSH, J., 1974). McINTOSH, J. (1976) analisando pacientes com câncer, verificou que nenhum deles gostariam de conhecer o diagnóstico se a evolução da doença fosse mortal ou de obter a data provável da morte. No entanto, outros autores CENTENO-CORTÉS, C. e NUNEZ-OLARTE, J. M. (1994) são a favor de que mesmo nestes pacientes

sua condição deva ser revelada e, fazendo uma análise da atitude dos médicos espanhóis, conclui que os pacientes terminais não recebem o diagnóstico apenas por uma questão cultural. Segundo HENRIQUES, B., et al. (1980), mesmo pacientes que apresentem recorrência da doença ou que estão em fase terminal, expressam aprovação em receber o diagnóstico.

4.5- Fatores intrínsecos aos médicos.

Certos fatores relacionados a comunicação de um diagnóstico de câncer ao paciente dependem diretamente do conceito que o médico faz da doença ou de situações que envolvam a morte, ou mesmo de sua experiência profissional sobre o câncer.

4.5.1- O preparo psicológico do médico.

A decisão do médico de revelar o diagnóstico de câncer ao paciente, parece estar muito relacionada à percepção que faz dessa doença. Os médicos não estariam aptos a discutirem um assunto que os coloca frente a frente com seus próprios medos e incertezas sobre a morte e o morrer (KÜBLER-ROSS, E., 1970; BUCKMAN, R., 1984; LANE, J.C., 1983; CASSORLA, R. M. S., 1991; RADOVSKY, S. S.,

1985). A alegação de que o paciente não suportaria tomar consciência do seu diagnóstico, poderia ser traduzida como uma projeção de uma reação pessoal do médico sobre a do doente (MEERWEIN, citado por DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988). Ao se relacionar com um paciente portador de câncer, o médico não se posicionaria como um observador apenas, mas sentiria também o medo da morte (KONIOR, G. S. e LEVINE, A. S., 1975). BUCKMAN, R. (1984) cita que, revelar más notícias, não seria uma tarefa fácil e iniciar um diálogo com este tema, envolveria uma carga muito grande de ansiedade. Haveria um receio de não poder responder satisfatoriamente a todas as perguntas que o paciente faria, de ser censurado, ou mesmo de não saber enfrentar uma reação incontrolável por parte do paciente. Quando o próprio médico não é capaz de conceber estratégias de superação, os pacientes provavelmente não receberão informação sobre sua doença (RIGHETTI, A. e GIORGIO, G., 1994). Segundo BUCKMAN, R. (1984) a falta de experiência ou de um treinamento para estas situações, seriam os responsáveis pelo receio da responsabilidade em dar uma má notícia.

As experiências médicas negativas ou frustrantes em revelar um diagnóstico no passado, que poderiam justificar um posicionamento contrário a revelar o diagnóstico, podem ter sido limitadas e mal interpretadas pelos médicos (McINTOSH, J., 1974; OKEN, D., 1961). Portanto, as atitudes médicas poderiam não estar fundamentadas em bases empíricas, ignorando desta forma o desejo real

que os pacientes têm de conhecer a sua doença (MOSCONI, P., et al, 1991; McINTOSH, J., 1974; WAITZKIN, H., 1985).

4.5.2- A manutenção do poder do médico sobre a vontade do paciente.

Para alguns autores (WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D., 1972; HAUG, M. R. e SUSSMAN, M. B., 1969) os médicos se sentiriam possuidores de um corpo esotérico de conhecimentos, derivado de muitos anos de estudo na universidade e na pós-graduação, conferindo-lhes competência suficiente para justificar seu poder de decisão e domínio sobre os pacientes. WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D. (1972) relataram que este tipo de atitude também ocorria em relação a doenças não fatais e estaria relacionado à questão da manutenção da autoridade do médico frente ao paciente: “A habilidade do médico em preservar o seu poder sobre o paciente, na relação médico-paciente, depende da habilidade de se controlar as incertezas do paciente”. As incertezas seriam sobre o curso da doença, da natureza da terapia e das ações futuras do médico. Para esses autores, a associação entre poder e incerteza contribui para a hesitação do médico em revelar também o prognóstico aos doentes terminais. Fazê-lo corresponderia a uma declaração de fraqueza e impotência diante do problema (WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D., 1972). ROTH, citado por WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D. (1972) estudando pacientes tuberculosos,

também observou que quanto mais se esclarece o paciente sobre o curso de sua doença, mais se diminuiu o poder dos médicos em tomar decisões. A ignorância de uma pessoa, portanto, poderia servir como fator de poder para uma outra pessoa que detenha uma informação (WAITZKIN, H., 1985).

4.5.3- A experiência profissional do médico.

A experiência profissional médica também tem demonstrado interferir sobre o posicionamento dos médicos quanto à comunicação de diagnóstico de câncer. Os médicos não especialistas teriam menos predisposição a revelar o diagnóstico que os oncologistas (RIGHETH, A. e GIORGIO, G., 1994). A razão seria por haver por parte daqueles maior envolvimento emocional e uma falta de habilidade em revelar fatos desta natureza. Os oncologistas teriam uma tendência maior em acreditar na capacidade de superação por parte do paciente ao saber do diagnóstico. Os cirurgiões oncologistas teriam maior tendência também a se posicionarem a favor de um tratamento mais agressivo (COHEN, R. E., ET AL, 1982).

Constatou-se também que os médicos jovens, recém formados, revelam menos (MOSCONI, P. et al, 1991). A incapacidade em fornecer um diagnóstico poderia ser portanto, reflexo de uma deficiência no treinamento (MOSCONI, P. et al, 1991; PETEET, J. R., ET AL., 1991; TAYLOR, K. M., 1988). COHEN, R. E., et

al. (1982) citam que, quanto maior for a experiência profissional do médico, maior seria a tendência destes acreditarem na capacidade de superação do diagnóstico por parte do paciente.

4.6- A família do paciente.

Outro fato a ser considerado no relacionamento médico-paciente, nos casos de câncer, é a interferência da família (LANE, J.C., 1983; SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986). O desejo da família tem sido citado como um dos principais fatores que os médicos levam em consideração (CASSORLA, R. M. S., 1991; PLUMB, M. M. e HOLLAND, J., 1977; GOLDBERG, R. J., 1984; PAULA, C. I. e VERANO, S. A. S., 1988 ; NOVACK, D. H. et al, 1979). As tradições familiares latinoamericanas tenderiam a adotar uma política mais paternalista, bloqueando muitas vezes o acesso do paciente às informações (CASSORLA, R. M. S., 1991). Frequentemente a família poderia até demonstrar evidências de que o paciente não poderia fazer escolhas com autonomia, sugerindo por exemplo, alguma impossibilidade clínica como uma instabilidade emocional (SCHOENE-SEIFERT, B. e CHILDRESS, F. J., 1986).

No Brasil também se observa uma tendência a não revelar o diagnóstico ao paciente, mas à sua família, talvez influenciado por um aspecto cultural (LANE,

J.C., 1983). Esta tendência, também foi verificada na Itália (SURBONE, A., 1992; MOSCONI, P., et al, 1991), onde também o código de deontologia afirma que um diagnóstico de uma situação grave poderia ser escondido do paciente, mas não de sua família. Seria o caso também registrado na África e em vários países da Europa (HOLLAND, J. C. et al., 1987; ENGEL, D., 1994), onde inicialmente os familiares são informados e o paciente seria o último a saber. A mesma atitude foi relatada por FREEDMAN, B. (1993) em relação a famílias americanas, descendentes de imigrantes do mediterrâneo (gregos, italianos e judeus).

Alguns estudos realizados em familiares de pacientes com câncer demonstram que a maioria é a favor de que o médico revele o diagnóstico à família e não ao paciente, talvez como traço de uma cultura paternalista (GAUTAM, S. e NIJHAWAN, M., 1987; ESTAPE, J. et al., 1992; ENGEL, D., 1994). As justificativas apresentadas para esta atitude seriam que o paciente se tornaria mais aborrecido, apreensivo, amedrontado ou teriam um receio de que a condição clínica pudesse piorar mais rapidamente (GAUTAM, S. e NIJHAWAN, M., 1987). Alguns estudos realizados entre a população geral também demonstram que uma grande parte dos respondentes (49%) seria a favor de que o médico ouvisse a opinião da família antes de revelar o diagnóstico ao paciente (COMMISSION FOR STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESERCH e HARRIS, citados por SCHOENE-SEIFERT, B. e CHIL-

DRESS, F. J., 1986). Em contraste, outros estudos na população (VEATCH e TAI, BLUMENFIELD et al, citados por SCHOENE-SEIFERT, B. e CHILDRESS, F. J., 1986), entre 82 a 92 por cento dos adultos gostariam de receber a notícia caso fossem pacientes. Isto sugere que a opinião pessoal quanto a revelar ou não um diagnóstico pode variar dependendo da posição do observador. Quando é sugerida uma opinião sobre o assunto na qualidade de um familiar, as pessoas tenderiam a reagir de uma forma mais paternalista, e quando são colocadas como pacientes, procuram dar mais importância ao seu direito individual pela verdade (SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986).

A participação da família no processo de comunicação do diagnóstico não é condenada, ao contrário, é vista como uma situação benéfica, que auxiliaria o paciente a superar o estresse do diagnóstico (HOLLAND, J. D., 1989; MIYAJI, N. T., 1993). No entanto, alguns autores questionam se seria moralmente aceitável que os médicos revelem o diagnóstico inicialmente à família sem o consentimento do paciente (SCHOENE-SEIFERT, B. e CHILDRESS, F. J., 1986; ENGEL, D., 1994). Tendências mais recentes, que procuram valorizar os princípios éticos de autonomia, condenam legal e moralmente o fato de revelar o diagnóstico somente à família, negligenciando o direito do paciente competente saber de sua condição (SCHOENE-SEIFERT, B. e CHILDRESS, F. J., 1986; FREEDMAN, B., 1993). A esse respeito é ressaltado que a responsabilidade do médico seria com o paciente ou

seu responsável legal e não com outros membros da família, pois os parentes próximos e amigos geralmente subestimam a habilidade do paciente em superar graves prognósticos (HOERR, citado por ACHTE, K. A. e VAUHKONEN, M. L., 1967). Atualmente tem emergido uma situação inversa, principalmente nos países escandinavos e no Canadá, onde a tendência seria em revelar o diagnóstico inicialmente ao paciente, e este é que daria ou não a permissão para que o diagnóstico seja revelado à família (ENGEL, D., 1994; ANGEL, M., 1984).

No entanto, para alguns autores (e.g.: LANE, J.C., 1983; HOLLAND, J., 1977; HENRIQUES, B., et al., 1980), não seria aconselhável a família ocultar o diagnóstico do paciente, nem o paciente, da família. Além da questão moral, o fato de não haver uma concordância entre o que o paciente e a família conhecem sobre a doença, causaria uma barreira de comunicação familiar que não existia antes, surgindo justamente num momento quando o paciente mais precisaria de ajuda (LANE, J. C., 1983). A conscientização da doença dentro da família traria outras vantagens como aumento da solidariedade interna (HOLLAND, J., 1977) e intensificação da vida familiar (HENRIQUES, B., et al., 1980). A vigência de uma “conspiração do silêncio” tanto por parte da família, como pelo paciente, não teria o efeito consolador esperado, contribuindo apenas para o isolamento do paciente (HOLLAND, J., 1977; GOLDBERG, R. J., 1984). A comunicação do diagnóstico, afirmam NOR-

THOUSE, P. G. e NORTHOUSE, L. L. (1987) desempenharia um papel central para diminuir o estresse nos membros da família.

A posição da família pode sofrer influência do médico, como afirma GERLE, B. (1960) demonstrando que os familiares muitas vezes concordam com a sugestão do médico. FREEDMAN, B. (1993) e HOLLAND, J. (1980) sugerem que, quando o médico estiver diante de uma família que se nega a comunicar o diagnóstico ao paciente, o médico deveria tentar argumentar com a família sobre as inconveniências deste posicionamento.

4.7- A interferência da mídia sobre a imagem do câncer para a população.

A mídia tem participado na orientação da população sobre a compreensão do diagnóstico e do tratamento do câncer, como o caso do câncer de seio, contribuindo para a diminuição do estigma da doença (MITCHELL, G. W. e GLICKSMAN, A. S., 1977; MOSCONI, P., et al, 1991; SCHAIN, W. S., 1990; NOVACK, D. H. et al, 1979; BROOKS, A., 1979). Por outro lado, alguns filmes, novelas, reportagens em revistas ainda passam uma imagem negativa da doença ao enfatizar matérias cujo interesse jornalístico baseia-se na fatalidade do câncer (BOX, V., 1984; VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978). Este sentimento fatalista segundo HACKETT, T. P. (1973) pode levar as pessoas a não se preocuparem com a pre-

venção, por acreditarem que o câncer não tenha cura. Como uma iniciativa precoce em procurar por assistência médica estaria relacionado à idéia de curabilidade da doença, a disseminação de tais imagens fatalistas pode retardar a procura pelo médico (VERONESI, U. e MARTINO, C., 1978).

Além da repercussão sobre a imagem do câncer em si, a ênfase dos meios de comunicação sobre os avanços tecnológicos na área médica, em detrimento dos aspectos humanísticos, poderia repercutir negativamente na formação médica em si (DICHI, I., 1994). Deveriam, portanto, os educadores médicos considerar, nas estratégias de educação, uma orientação aos estudantes no sentido de que não se contagiassem com uma excessiva valorização do arsenal tecnológico.

4.8- O ponto de vista da ética sobre a comunicação de um diagnóstico ao paciente.

Como princípio ético, a sonegação da verdade, em parte ou no todo, seria um privilégio terapêutico. Esta sonegação é aceita como moralmente lícita, quando existem evidências substanciais de que fornecer a verdade ao paciente, apresente uma probabilidade significativa de causar danos emocionais ou físicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CÓDIGO de ÉTICA MÉDICA, 1990). Esta proposição no CÓDIGO de ÉTICA tem servido como respaldo legal, sob o

ponto de vista ético, para que o diagnóstico de câncer não seja transmitido, cerceando muitas vezes o direito de autonomia do paciente.

O conceito tradicional da relação médico-paciente coloca o paciente em uma posição passiva e dependente (BRODY, D. S., 1980; BARBER, B., 1976). Alguns estudos até registram como sendo uma opção dos próprios pacientes a adoção de uma atitude passiva no relacionamento médico-paciente (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS ETHICS MANUAL, 1984; CASSILETH, B. R., et al., 1980; BRODY, D. S., 1980; MACKILLOP, W. J., et al, 1988; ENDE, J., et al., 1989). Esta atitude seria justificada pois os pacientes com relativa freqüência adotariam uma posição de regressão psicológica a um estado quase infantil, onde os médicos seriam os pais que sabem o que seria melhor para eles (CHAITCHIK, S., et al., 1992; KRANT, M., 1975). Os pacientes envolvidos em situações de risco de vida, dor e sofrimento, seriam confortados pela crença de que os médicos tudo sabem e tudo podem; ou, omitiriam participar das decisões médicas, para não se sentirem responsáveis por decisões que poderiam causar maus resultados a si próprios (SHAPIRO, J. e SHAPIRO D. H. Jr., 1979). Por exemplo, no estudo realizado por BLANCHARD, C. G., et al. (1988) embora a maioria (92%) dos pacientes preferisse obter todas as informações, somente 69 por cento participaria das decisões terapêuticas, preferindo uma abordagem mais autoritária do que participativa (principalmente pacientes velhos ou muito adoentados). CASSILETH, B. R., et al.

(1980) e SUTHERLAND, H. J., et al. (1989) também demonstraram resultados semelhantes. ENDE, J., et al. (1989) reportaram que alguns pacientes preferem que o médico seja o responsável direto pelas decisões sobre o tratamento e que o desejo de participar de decisões seria menor, quanto maior fosse a gravidade da doença.

No entanto, numa concepção mais moderna, o respeito à autonomia do paciente passou a ser o princípio ético principal (FREEDMAN, B., 1993). Na sociedade americana, particularmente após a Segunda Guerra, tem havido uma preocupação maior com relação aos direitos individuais (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992). Os princípios da democracia foram valorizados de tal forma, que este motivou um questionamento ou ceticismo contra aqueles que detinham qualquer tipo de poder (HAUG, M. R. e SUSSMAN, M. B., 1969). Estendendo este princípio social para a área médica, houve uma busca constante de igualdade e preservação da autonomia individual no relacionamento médico-paciente (BRODY, D. S., 1980). Atualmente os pacientes não se submetem mais sem qualquer questionamento às medidas terapêuticas que o médico julgue adequadas (TÄHKÄ, V., 1988). Particularmente nos Estados Unidos, a autonomia tornou-se um absoluto moral e as razões incluíam a melhoria na educação da população, uma valorização da privacidade e liberdade individuais, descrédito das autoridades e um maior acesso a tecnologia médica (PELLEGRINO, E. D., 1992). O respeito à autonomia do paciente seria, portanto, fundamental para o relacionamento com pacientes, uma vez que

subentende o direito deste, proceder escolhas razoáveis e com liberdade. A coerção destes direitos seria uma violação da sua integridade como pessoa (PELLEGRINO, E. D., 1992).

No entanto, uma imposição cega dos princípios da autonomia não implica que seja sempre beneficente (THOMASMA, D. C., 1983), e que deva ser aceito ou imposto a qualquer pessoa (PELLEGRINO, E. D., 1992). Por exemplo, alguns autores interpretam uma tendência do paciente em ser passivo às decisões médicas, como uma forma de autonomia também (GILLON, R., 1994; SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986). Em muitas culturas, os médicos encontram pacientes que estão totalmente conscientes da gravidade de sua condição, mas preferem vivenciá-la à sua maneira, por exemplo, evitando discutir uma verdade óbvia. Esta também seria uma forma de autonomia que pode ser implícita e mutuamente acordada entre médico e paciente (PELLEGRINO, E. D., 1992). O direito de saber e decidir poderia ser melhor interpretada como um direito de opção e não como um direito soberano e ilimitado, ou uma obrigação de saber e decidir (SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986). O médico pode erroneamente superestimar o desejo do paciente em querer participar, pois nem sempre o paciente deseja saber tudo ou precisa saber tudo (MACKILLOP, W. J., et al, 1988). O direito do paciente de saber a verdade deve ser respeitado, assim como o seu desejo de não ser informado (FREEDMAN, B., 1993). Assim, a autonomia não significaria um princípio abso-

luto. Em vez disso, um exercício criterioso do respeito à autonomia significaria que profissionais de saúde deveriam agir de modo que possibilitasse e capacitasse os pacientes a tomar decisões e agir de uma forma mais condizente com seus valores (PELLEGRINO, E. D., 1992).

Os valores que estabeleceriam a ética estariam ligados a fatores culturais, portanto podendo variar (SURBONE, A., 1992). A cultura italiana, explica SURBONE, A. (1992), está fortemente ligada às culturas grega e latina no que tange à medicina, por isso simplesmente importar uma conduta de outros países poderia não ser necessariamente válida. Mesmo considerando que todo ser humano tem o direito de conhecer o seu diagnóstico, escrevem PAIVA, L. E. e PINOTTI, H. W. (1988) deverão ser consideradas as diferenças de personalidade, bem como os momentos mais adequados para revelá-lo. Quando a relação médico-paciente for satisfatória, o doente dará indícios se quer ou não saber, de que forma gostaria de saber e o quê, bem como quando estaria apto a enfrentar tal situação. Para preservar tanto a autonomia, como a beneficência, os médicos deveriam conhecer bem seus pacientes para melhor comunicar-se, o que exigiria um grau de percepção emocional cada vez mais difícil de obter, mas moralmente inevitáveis para todo médico que trabalha em uma sociedade mundialmente diversificada, moral e culturalmente (PELLEGRINO, E. D., 1992; ENGEL, D., 1994; GILLON, R., 1994).

No entanto, contrapõe PELLEGRINO, E. D. (1992) o fato do paciente poder tirar valores a partir do ambiente cultural circundante, não tornaria a autonomia ou a ética médica um artefato cultural. A autonomia, prossegue PELLEGRINO, E. D. (1992) ainda seria um princípio válido e universal, porque está baseada no que é ser humano. O paciente deve decidir quanto de autonomia deseja exercer, e esta quantidade é que pode variar de cultura para cultura.

Há uma concordância entre os autores, com relação às limitações da autonomia, quando o paciente por certos impedimentos, como por exemplo emocionais ou cognitivos, é incapaz de realizar escolhas com autonomia (NOVACK, D. H. et al, 1979; SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986; AD HOC COM, 1984; SEGALL, A. e ROBERTS, W. L., 1980; SHATZ, D., 1986). O princípio da beneficência seria importante, especialmente nestes pacientes cuja capacidade de decidir está comprometida (LYNN, J., 1986).

Embora a beneficência seja um valor tradicional da medicina, suas derivações como o paternalismo médico, tem sido criticado por conflitar com a autonomia do paciente (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; CAPONE, R. A., 1993; TONN, P., 1991; SHATZ, D., 1986). A essência do paternalismo médico ignora a liberdade do paciente quanto ao seu direito de escolha, com o intuito de promover o melhor para ele (PREMI, J. N., 1981; GERT, B. e CULVER, C. M., 1976; CAPONE, R. A., 1993). A justificativa dos médicos para tal atitude, seria por considerar que com

sua maior experiência, poderia julgar melhor o que seria melhor ao paciente ou que as pessoas doentes, precisam de ajuda e seus direitos de autonomia não devem ficar no caminho de suas necessidades físicas (THOMASMA, D. C., 1983). No entanto, uma ação na tentativa de beneficiar o paciente não necessariamente se faria por imposição de uma autoridade ou ponto de vista sobre a do paciente. Ao agir desta forma, o médico correria o risco de ignorar os valores do paciente, substituindo-os pelos seus próprios, não considerando o que o paciente entende ser melhor para ele (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992; PREMI, J. N., 1981; GROVES, J. F., 1981). Uma tentativa de agir beneficentemente sem considerar a autonomia do paciente deverá ser muito criteriosa e utilizada muito raramente, uma vez que se abusa dela facilmente, alerta PELLEGRINO, E. D., (1992). O que pode parecer benéfico a princípio, pode não ser necessariamente certo ou conveniente do ponto de vista ético, ressalta ALMEIDA, M. e MUÑOZ, D. R. (1993). Caberia ao médico, caso desejasse agir beneficentemente, atuar baseado-se nos valores que os pacientes possuísem (SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992).

Em algumas partes da Itália, entre vários grupos étnicos nos Estados Unidos e em grande parte do mundo, uma certa delegação de autoridade ao médico está culturalmente implícita. A constância da prática parece sugerir que, a transferência da tomada de decisões, é uma expectativa da pessoa doente e que não precisa ser explicitada (PELLEGRINO, E. D., 1992). Em princípio, o paciente competente tem o

direito também de recusar a saber e decidir, mas estas recusas em participar seriam usualmente parciais, sendo apenas uma transferência revogável de parte do direito de saber e decidir (SCHOENE-SEIFERT, B. E CHILDRESS, F. J., 1986). Para SLACK, W. V.(1977) o fato dos pacientes inicialmente recorrerem a alguém a quem respeitam para pedir ajuda, não necessariamente significa que esperam que estes decidam sempre por eles. Tornar o médico responsável pelas decisões não significaria que o paciente estaria abrindo incondicionalmente mão de seus direitos, seria apenas uma forma de “paternalismo com permissão” (ENDE, J. 1989). Do ponto de vista do paciente, a doença é uma ameaça ao controle sobre seu corpo (BRODY, D. S., 1980) e, manter-se eternamente passivo, perpetuaria a sensação de perda do controle (BAROFSKY, I., 1978). A perda da autoconfiança e a conseqüente perda da auto-estima, aumentariam o sentimento de dependência (SLACK, W. V., 1977). O médico deveria sempre esforçar-se em manter informado o paciente sobre o que está sendo feito (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS ETHICS MANUAL, 1984; GILLON, R., 1994).

Atualmente, em substituição ao paternalismo médico, tem prevalecido a idéia da mútua participação (CASSILETH, B. R., et al., 1980). Segundo PELLEGRINO, E. D. (1976) “...não é mais possível o médico tomar decisões morais ou sobre valores para o seu paciente. Os médicos devem estar preparados inevitavelmente para uma discussão mais aberta sobre escolhas morais ou de valores com o paciente e a

sociedade. O médico deve reconhecer que a tradicional autoridade moral da medicina já não é mais aceita”. Isso corroboraria os valores do novo paradigma epistemológico e social (CAPRA, F., 1982; FERGUSON, M., 1993) que impõe à medicina, como a todas as outras áreas do conhecimento, uma visão de homem como pessoa e não mais como objeto.

CAPÍTULO III - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

CAPÍTULO III

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo descreve e analisa os resultados da pesquisa de campo, realizada na forma de questionário estruturado, aplicado a estudantes de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica do Paraná e a médicos residentes dos programas de residência médica oferecida pelas três instituições. A pesquisa teve como objetivos principais, identificar como estes pensam quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer ao paciente e sobre outras temas correlacionados, de modo a levantar considerações a respeito de sua formação quanto ao relacionamento médico-paciente nos casos de câncer.

Para a análise estatística foi utilizado o teste de diferença de proporções, considerando-se significativos as probabilidades menores do que 5%. Em algumas tabelas a soma das porcentagens não atinge a 100 % por não ter sido considerado as aproximações.

1- NÍVEL DE FORMAÇÃO E SEXO DOS PARTICIPANTES.

Participaram desta pesquisa 435 sujeitos, sendo 365 (84%) estudantes do curso de graduação em Medicina, 70 (16%) médicos residentes. Entre os

estudantes, 56 por cento cursavam os três primeiros anos do curso de medicina e 44 por cento cursavam os três últimos anos de medicina, dezesseis por cento (16%) eram médicos residentes. Quanto ao sexo, 259 (60%) eram do sexo masculino e 169 (40%) do sexo feminino; sete respondentes (2%) não especificaram o sexo. (ver *tabela 1*)

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUANTO AO NÍVEL DE FORMAÇÃO E SEXO.

Nível de Formação	Sexo						
	Fem		Masc		Não esp	Total	
	N	%	N	%	N	N	%
Estudantes							
1º, 2º e 3º anos	78	38	126	62	1	205	56
4º, 5º e 6º anos	65	42	89	58	6	160	44
Total de Estudantes	143	40	215	60	7	365	84
Residentes	26	37	44	63	0	70	16
Total Geral	169	40	259	60	7	435	100

2- POSICIONAMENTO DOS PARTICIPANTES SOBRE COMO DEVERIA AGIR O MÉDICO COM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.

Questionados sobre como deveria agir o médico com relação à comunicação do diagnóstico de câncer ao paciente, a grande maioria dos respondentes (86%) indicou que o médico deveria revelar-lhe o diagnóstico. Apenas nove por cento (9%)

dos participantes indicaram serem contra essa comunicação e cinco por cento (5%) afirmaram não ter opinião formada a respeito.

Confrontando-se separadamente as opiniões dos estudantes e dos médicos residentes, verifica-se uma maior favorabilidade dos estudantes a fazerem a comunicação, uma vez que 90 por cento destes são a favor, enquanto que apenas 67 por cento dos médicos residentes são da mesma opinião ($p < 1\%$). (ver tabela 2)

TABELA 2
INDICAÇÃO DA POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE A FAVORABILIDADE OU NÃO, QUANTO À COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.

Posição	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Deveria revelar	328	90	47	67	375	86
Não deveria revelar	19	5	20	29	39	9
Não saberia dizer	17	5	3	4	20	5
Não responderam	1	0	0	0	1	0
Total	365	100	70	100	435	100

3- JUSTIFICATIVA DO FATOR FORMADOR DA POSIÇÃO ADOTADA.

Quando questionados a respeito de que fator teria contribuído mais significativamente para formar a posição apresentada, mais da metade dos informantes (62%) apontaram a opinião ou experiência pessoal. O número dos que apontam como justificativa para a posição tomada, informações obtidas no curso de

graduação, não chega a um terço dos respondentes (29%), o que sugere pouca influência do curso de formação sobre aquela posição. Além disto, apesar de não atingir um significado estatístico, é curioso o fato de que os médicos residentes, mesmo apresentando maior tempo de formação, referem até uma menor interferência na sua opinião que os estudantes. Esse fato sugere também pouca preocupação sobre o tema nos programas de residência médica. (ver tabela 3)

TABELA 3
INDICAÇÃO DOS FATORES GERADORES DE POSICIONAMENTO.

Fator gerador da posição	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Por opinião ou experiência pessoal	228	62	42	60	270	62
Por informações obtidas na sua formação	109	30	18	26	127	29
Por informações obtidas em outro local	17	5	1	1	18	4
Não responderam	11	3	9	13	20	5
Total	365	100	70	100	435	100

4- VARIAÇÃO DOS POSICIONAMENTOS ADOTADOS, CONSIDERANDO-SE A IDADE DO PACIENTE.

Segundo os participantes do estudo, a posição do médico quanto a comunicar ou não ao paciente um diagnóstico de câncer, deve variar de acordo com a idade deste.

Quando o paciente for uma criança (6 a 12 anos), a maioria (65%) dos respondentes posiciona-se contra a que se revele o diagnóstico. Apenas uma minoria (18%) foi favorável à comunicação do diagnóstico a crianças. Entre os médicos residentes, a tendência em revelar o diagnóstico é menor ainda (9%) do que a observada no grupo de estudantes que foi de 20 por cento ($p < 1\%$).

Uma posição mais favorável a revelar o diagnóstico aumenta, à medida que sobe a faixa etária do paciente. No caso de adolescentes (13 a 18 anos), quase a metade dos respondentes (47%) já se mostra favorável a revelar-lhes o diagnóstico. Cerca de 22 por cento são contra. É sobre esta faixa etária que o índice de dúvidas quanto à posição a ser tomada é mais alto, atingindo um terço dos respondentes (29%).

Sobre os idosos, mais da metade dos respondentes são favoráveis a que se revele o diagnóstico (56%), posicionando-se contra cerca de um quarto deles (24%).

Interessante notar que nas três faixas etárias o grupo dos médicos residentes sempre apresentou uma maior tendência em omitir o diagnóstico ($p < 5\%$). (ver tabela 4)

TABELA 4

INDICAÇÃO DA POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE A FAVORABILIDADE OU NÃO, QUANTO À COMUNICAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE ACORDO COM A IDADE DO PACIENTE.

CRIAN- ÇAS	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
6 A 12 ANOS	Deveria revelar	73	20	6	9	79	18
	Não deveria revelar	230	63	52	74	282	65
	Tem dúvidas	59	16	7	10	66	15
	Não responderam	3	1	5	7	8	2
	Total	365	100	70	100	435	100
ADOLES- CENTES	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
13 A 18 ANOS	Deveria revelar	180	49	25	36	205	47
	Não deveria revelar	68	19	29	41	97	22
	Tem dúvidas	114	31	9	13	123	29
	Não responderam	3	1	7	10	10	2
	Total	365	100	70	100	435	100
IDOSOS	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
> DE 65 ANOS	Deveria revelar	215	59	27	39	243	56
	Não deveria revelar	80	22	24	34	104	24
	Tem dúvidas	70	19	10	14	80	18
	Não responderam	0	0	9	13	9	2
	Total	365	100	70	100	436	100

5- VARIAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA EM DECORRÊNCIA DO ESTÁGIO DA DOENÇA.

Quando se adiciona o estágio da doença como uma outra variável para ser considerada na comunicação ou não de um diagnóstico de câncer, nota-se também uma diferenciação das opiniões dos respondentes. Nos casos em que se considerava um paciente com doença precoce e com chance de cura, parece haver menos

dúvidas entre os entrevistados. Quase a totalidade se mostrou a favor de revelar o diagnóstico (90%). Apenas uma minoria (5%) posicionou-se contra.

Nos casos em que se considerava um paciente com doença incurável ou em fase terminal, nota-se uma queda significativa na disposição em revelar-lhe o diagnóstico, pois apenas cerca da metade dos respondentes se mostrou a favor (53%) e cerca de 20 por cento posicionou-se contra a revelação do diagnóstico. Esta é uma situação sobre a qual o índice de dúvidas também foi grande, pois cerca de um quarto (24%) dos entrevistados não soube definir uma conduta.

Nestas duas situações, novamente se observa entre os médicos residentes uma menor tendência em revelar o diagnóstico, quando comparadas suas respostas com as dos estudantes. Na lesão precoce a disposição dos médicos residentes em revelar o diagnóstico foi de 77 por cento, contra 92 por cento dos estudantes ($p < 1\%$); e na lesão incurável ou em fase terminal, foi de 34 por cento, contra 56 por cento ($p < 5\%$), respectivamente. (*ver tabela 5*)

TABELA 5

INDICAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA COM RELAÇÃO AO ESTÁGIO DA DOENÇA: DOENÇA PRECOCE E COM CHANCE DE CURA; LESÃO INCURÁVEL OU EM FASE TERMINAL.

LESÃO	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
PRECOCE E COM CHANCE DE CURA	Deveria revelar	336	92	54	77	390	90
	Não deveria revelar	12	3	8	11	20	5
	Tem dúvidas	13	4	3	4	16	3
	Não responderam	4	1	5	7	9	2
	Total	365	100	70	100	435	100
LESÃO	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
INCURÁVEL OU EM FASE TERMINAL	Deveria revelar	206	56	24	34	230	53
	Não deveria revelar	62	17	25	36	87	20
	Tem dúvidas	92	25	11	16	103	24
	Não responderam	5	1	10	14	15	3
	Total	365	100	70	100	435	100

6- VARIAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA EM DECORRÊNCIA DO NÍVEL SOCIAL E CULTURAL DO PACIENTE.

Observa-se também uma mudança de posicionamento dos entrevistados quando se considera o nível social e cultural do paciente. A grande maioria (84%) dos respondentes tende a se mostrar a favor de revelar o diagnóstico, quando o paciente pertence a um nível social e cultural elevado, enquanto que nos pacientes enquadrados como de nível social e cultural baixo, a disposição em revelar foi menor, cerca de 61 por cento ($p < 1\%$).

Novamente se observa que os médicos residentes mantêm uma menor tendência a revelar o diagnóstico que os estudantes de medicina. Quando os pacientes são enquadrados como de nível social e cultural elevado, a disposição dos médicos residentes em revelar foi de 66 por cento, contra 88 por cento dos estudantes ($p < 1\%$); e quando os pacientes são de nível social e cultural baixo, foi de 43 por cento, contra 65 por cento, respectivamente ($p < 1\%$). (ver tabela 6)

TABELA 6
INDICAÇÃO DA POSIÇÃO TOMADA DE ACORDO COM O NÍVEL SOCIAL E CULTURAL DO PACIENTE.

	Posição	Estudantes		Residentes		Total	
		N	%	N	%	N	%
BAIXO NÍVEL SOCIAL E CULTURAL	Deveria revelar	237	65	30	43	267	61
	Não deveria revelar	40	11	21	30	61	14
	Tem dúvidas	85	23	14	20	99	23
	Não responderam	3	1	5	7	8	2
	Total	365	100	70	100	435	100
ELEVADO NÍVEL SOCIAL E CULTURAL	Deveria revelar	321	88	46	66	367	84
	Não deveria revelar	16	4	12	17	28	6
	Tem dúvidas	23	6	7	10	30	7
	Não responderam	5	1	5	7	10	2
	Total	365	100	70	100	435	100

7- POSICIONAMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE QUEM DEVERIA SER PRIMEIRAMENTE INFORMADO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: A FAMÍLIA OU O PACIENTE.

Questionados sobre quem deveria ser informado em primeiro lugar sobre o diagnóstico, a maior parte dos entrevistados (72%) informou que deveria ser a família, e apenas 21 por cento indicaram o próprio paciente.

A preferência pela família como a primeira a ser informada, poderia ser interpretada como um sinal de dúvida com relação à importância que realmente os participantes dão ao direito do paciente em ser informado de sua doença, pois subentende uma transferência à família da decisão a ser tomada. (*ver tabela 7*)

TABELA 7
POSICIONAMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE QUEM DEVERIA SER PRIMEIRAMENTE INFORMADO DE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.

Posição	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
A família	258	71	55	79	313	72
O paciente	82	22	8	11	90	21
Não saberia dizer	25	7	2	3	27	6
Não responderam	0	0	5	7	5	1
Total	365	100	70	100	435	100

8- OCORRÊNCIA DE UM CASO DE CÂNCER NA FAMÍLIA DOS RESPONDENTES.

Questionados se já tiveram ou têm um caso de câncer em um parente próximo, mais da metade (60%) dos respondentes afirmaram que sim. (ver tabela 8)

TABELA 8
PREVALÊNCIA DE UM CASO DE CÂNCER NA FAMÍLIA DOS ENTREVISTADOS.

Caso de câncer na família	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	222	61	39	56	261	60
Não	143	39	26	37	169	39
Não responderam	0	0	5	7	5	1
Total	365	100	70	100	435	100

9- INTERFERÊNCIA DE UMA EXPERIÊNCIA FAMILIAR COM UM CASO DE CÂNCER, SOBRE A DISPOSIÇÃO EM REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE.

Cerca da metade (52%) dos respondentes que citaram um caso de câncer na família afirmaram que esta experiência contribuiu para uma disposição maior em revelar o diagnóstico a um paciente. Uma experiência familiar prévia com o câncer influenciou no sentido de uma disposição contrária a revelar o diagnóstico em apenas 12 por cento dos participantes. Cerca de um terço (35%) demonstrou que já tinha uma

posição prévia sobre a questão e relatou que esta experiência não teve influência na sua opinião atual.

No grupo dos estudantes, a experiência com um caso de câncer na família, causou uma maior repercussão no sentido de se posicionarem mais a favor em revelar o diagnóstico ao paciente (58%), enquanto que entre os médicos residentes, a repercussão foi menor, cerca de 21 por cento ($p < 5\%$). Apesar de não ser uma diferença estatisticamente significativa, houve uma maior repercussão entre os médicos residentes no sentido de revelar menos o diagnóstico (23%), contra 10 por cento entre os estudantes. (*ver tabela 9*)

TABELA 9
INTERFERÊNCIA DE UMA EXPERIÊNCIA FAMILIAR COM UM CASO DE CÂNCER, SOBRE A DISPOSIÇÃO EM REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE.

Interferência da experiência familiar	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Revelar mais	128	58	8	21	136	52
Revelar menos	23	10	9	23	32	12
Não teve influências	69	31	22	56	91	35
Não responderam	2	1	0	0	2	1
Total	222	100	39	100	261	100

10- POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE A ATITUDE DE UM MÉDICO CASO REVELASSE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DIRETAMENTE AO PACIENTE, SENDO ESTE SEU PARENTE DIRETO.

Posicionados como um familiar direto de um paciente com câncer os participantes da pesquisa foram solicitados para analisar a atitude de um médico que resolvesse revelar diretamente ao paciente o diagnóstico da doença. Cerca de 45 por cento dos participantes aprovariam a atitude do médico em revelar ao paciente o diagnóstico e cerca de 38 por cento não aprovariam, pois gostariam de ser os primeiros a serem informados (*ver tabela 10*).

Quando se compara esta questão com a questão 7, onde os participantes se posicionaram como simples observadores externos, nota-se uma mudança de opiniões. Nessa situação 21 por cento opinaram que o médico deveria revelar diretamente ao paciente e 72 por cento dos entrevistados opinaram que o médico deveria informar primeiramente à família do paciente (*ver tabela 7*). Esta comparação ($p < 1\%$) sugere que os participantes tenderiam a revelar mais o diagnóstico inicialmente ao paciente quando este se tratar de um parente.

Nesta situação, os estudantes (49%) demonstraram menos restrição a informar diretamente ao paciente o diagnóstico quando comparado com os médicos residentes (26%) ($p < 5\%$). (*ver tabela 10*)

TABELA 10

POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE A ATITUDE DE UM MÉDICO CASO REVELASSE UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DIRETAMENTE AO PACIENTE, SENDO ESTE SEU PARENTE DIRETO.

Posição	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem objeções	178	49	18	26	196	45
Condenaria a atitude	136	37	31	44	167	38
Não saberia dizer	50	14	14	20	64	15
Não responderam	1	0	7	10	8	2
Total	365	100	70	100	435	100

11- OPINIÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO PELO MÉDICO DA PALAVRA “CÂNCER” AO SE DIRIGIR À DOENÇA DIANTE DO PACIENTE.

Foi solicitado aos participantes da pesquisa que opinassem sobre a utilização da palavra “câncer” ao se fazer referência à doença diante do paciente. A maior parte dos entrevistados (71%) apontou que o termo “câncer” no relacionamento direto com o paciente não seria conveniente, devendo ser substituído por outras designações como ferida, lesão, etc. Apenas 22 por cento não viam inconveniência no emprego desta palavra.

Interessante notar que, embora a maioria (86%, conforme *tabela 2*) se posicione a favor que o paciente deva estar consciente do diagnóstico, curiosamente a maioria (71%) também considera que o termo “câncer” deva ser evitado no relacionamento médico-paciente, refletindo uma insegurança quanto às reações psicológicas do paciente frente à doença. (*ver tabela 11*)

TABELA 11
OPINIÃO QUANTO À UTILIZAÇÃO PELO MÉDICO DA PALAVRA
“CÂNCER” AO SE DIRIGIR À DOENÇA DIANTE DO PACIENTE.

Utilização da palavra “câncer”	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Utilizaria regularmente	85	23	9	13	94	22
Utilizaria eufemismos	154	70	52	74	306	71
Não saberia dizer	25	6	4	6	29	7
Não responderam	1	0	5	7	6	1
Total	365	1	70	1	435	100

12- SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS ESTUDANTES E MÉDICOS RESIDENTES DURANTE UM RELACIONAMENTO COM UM PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER.

Os participantes da pesquisa foram solicitados a assinalar um ou mais sentimentos, dentre uma série listada, que poderiam ter surgido durante um relacionamento direto com um paciente portador de câncer. Entre os sentimentos relacionados na pergunta, a “sensação de impotência frente à doença” foi assinalada por 53 por cento do total de respondentes, tendo sido o sentimento mais apontado. Em seguida, a “sensibilização pelo estado depressivo do paciente” foi assinalada por 44 por cento dos respondentes, seguidos de “satisfação em poder contribuir para o bem estar físico e psicológico do paciente” (34%); “insegurança por não poder corresponder às necessidades psicológicas do paciente” (31%); “constrangimento por ter que mentir ao responder às perguntas no paciente” (20%); “surpresa ao ver

que o paciente superou bem o diagnóstico” (19%); “desconforto, pois lhe incomoda lidar com situações que envolvam a morte e o morrer” (16%); “revolta, pois gostaria que o paciente estivesse consciente do seu diagnóstico, mas a orientação recebida foi para não revelar” (12%); “rejeição à doença e um desejo de lidar com outra patologia” (10%); não referiram nenhum sentimento especial (2%); Outros sentimentos variados (6%). (*ver tabela 12*)

Cabe salientar que os tipos de sentimentos acima descritos já estavam relacionados na pergunta. Portanto, a valorização de cada sentimento serve para uma comparação limitada aos sentimentos contidos na questão.

TABELA 12
SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS ESTUDANTES E MÉDICOS
RESIDENTES DURANTE UM RELACIONAMENTO COM UM PACIENTE
PORTADOR DE CÂNCER.

Sentimentos ao se relacionar com pacientes com câncer	249 Estudantes		54 Residentes		303 Respondentes	
	N	%	N	%	N	%
Sensação de impotência.	141	57	37	68	178	59
Sensibilizado ao ver o paciente deprimido psicologicamente pela doença.	112	45	21	39	133	44
Satisfação por contribuir para o bem estar físico e psicológico do paciente.	90	36	13	24	103	34
Insegurança por não poder corresponder às necessidades psicológicas do paciente.	84	34	10	18	94	31
Constrangimento por ter que mentir ao responder às perguntas do paciente.	45	18	16	30	61	20
Surpresa ao ver que o paciente superou bem o diagnóstico	50	20	9	17	59	19
Desconforto pois lhe incomoda lidar com uma situação que envolve a morte e o morrer.	39	16	10	18	49	16
Revolta, pois gostaria que o paciente estivesse consciente do seu diagnóstico, mas recebeu orientação para não revelar.	35	14	3	5	38	12
Rejeição à doença e desejo de estar lidando com outra patologia.	24	10	7	13	31	10
Não teve nenhum sentimento especial.	5	2	0	0	5	2
Outros sentimentos	16	6	3	5	19	6
Total	641*	**	129	**	770*	**
Não tiveram contato com pacientes com câncer	78	-	3	-	81	-
Não responderam	38	-	13	-	51	-
Total	116	-	16	-	132	-

* O total de indicações é superior ao número de participantes da pesquisa porque muitos respondentes indicaram mais de um sentimento despertado em seu relacionamento com um paciente portador de câncer.

**A percentagem dos sentimentos foi calculada sobre o número de respondentes de cada grupo que tiveram contato com pacientes portadores de câncer.

13- INDICAÇÃO QUANTO A RECEBIMENTO PRÉVIO DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.

Questionados se os entrevistados tiveram previamente alguma orientação formal sobre como agir diante de um paciente com uma doença potencialmente fatal, a maioria (66%) não referiu ter recebido alguma orientação. Apenas cerca de um terço (32%) respondeu já ter tido alguma orientação a respeito.

Estes dados demonstram que este assunto não foi abordado no programa de formação para a maioria dos entrevistados, inclusive no grupo dos médicos residentes que se encontram em nível mais avançado de formação. (*ver tabela 13*)

TABELA 13

INDICAÇÃO QUANTO A RECEBIMENTO PRÉVIO DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.

Recebeu orientação	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	119	33	21	30	140	32
Não	245	67	44	63	289	66
Não responderam	1	0	5	7	6	1
Total	365	100	70	100	435	100

14- DESEJO DOS ENTREVISTADOS EM RECEBER ORIENTAÇÃO FORMAL SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.

Questionados sobre a disposição em receber uma orientação sobre como se portar diante de doenças potencialmente fatais, quase a totalidade (96%) respondeu favoravelmente. Tal fato, além de demonstrar o interesse pelo assunto tanto entre estudantes e médicos residentes, sugere uma deficiência na prática pedagógica ao excluir o tema. (ver tabela 14)

TABELA 14
DESEJO DOS ENTREVISTADOS EM RECEBER ORIENTAÇÃO FORMAL
SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UMA DOENÇA
POTENCIALMENTE FATAL.

Desejaria receber alguma orientação formal	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	355	97	62	89	417	96
Não	6	2	3	4	9	2
Não responderam	4	1	5	7	9	2
Total	365	100	70	100	435	100

15- AVALIAÇÃO QUANTO À FORMA PREFERIDA PARA RECEBER UMA ORIENTAÇÃO SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.

Questionados sobre o modo como gostariam de receber orientações sobre como se portar diante de um paciente que apresenta uma doença potencialmente fatal, a preferência maior recaiu sobre o formato de uma reunião clínica (41%),

seguidas de aula prática (20%), cursos de extensão universitária (19%). Apenas em último lugar é apontada a aula teórica (19%). Nota-se uma preferência maior dos respondentes para as formas de orientações mais dinâmicas, onde há maior probabilidade do assunto ser discutido com os participantes do encontro, como em reuniões ou em aulas práticas. (ver tabela 15)

TABELA 15

AVALIAÇÃO QUANTO À FORMA PREFERIDA PARA RECEBER UMA ORIENTAÇÃO SOBRE COMO SE PORTAR DIANTE DE UM PACIENTE COM UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL.

Modo de orientação	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Reuniões clínicas	237	41	45	52	282	41
Aula prática	128	22	11	13	139	20
Cursos de extensão	110	19	19	22	129	19
Aula teórica	112	19	15	17	127	19
Não responderam	5	1	4	6	9	1
Total *	582	100	86	100	686	100

*O total de respostas foi maior que o número de participantes, pois foi permitido aos mesmos assinalar mais de uma resposta nesta questão.

16- INDICAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL QUANTO A FAVORABILIDADE OU NÃO EM REVELAR O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE COM CÂNCER.

Entre os entrevistados que afirmaram terem recebido alguma orientação sobre como se portar diante de um paciente com uma doença potencialmente fatal, a maioria assinalou que a orientação recebida influenciou no sentido de se posicionarem mais a favor de revelar o diagnóstico de câncer ao paciente (61%).

Apenas 16 por cento dos respondentes citaram que a orientação influenciou no sentido contrário, e 17 por cento afirmaram que sua opinião atual não sofreu influências apesar da orientação. Tais dados sugerem que as orientações durante a formação podem constituir-se em fator formador do posicionamento profissional futuro.

Apesar de não atingir um significado estatístico, é interessante notar que a interferência de uma orientação formal previamente recebida, influenciou proporcionalmente mais os estudantes do que os médicos residentes a favor para que o diagnóstico seja revelado ao paciente. Uma influência contrária a revelar o diagnóstico ao paciente foi de 24 por cento nos residentes e de 15 por cento sobre os estudantes. Pode-se conjecturar que a diferença entre estes dois níveis de formação poderia ser um sinal de que o enfoque dado à questão se um paciente deve ou não ser informado, seja diferente para o estudante e o médico residente. (*ver tabela 16*)

TABELA 16
INDICAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DE UMA ORIENTAÇÃO FORMAL QUANTO A FAVORABILIDADE OU NÃO EM REVELAR O DIAGNÓSTICO A UM PACIENTE COM CÂNCER.

Influência da orientação	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Revelar mais	74	62	12	57	86	61
Não revelar	18	15	5	24	23	16
Não teve influência	22	18	2	10	24	17
Não responderam	5	5	2	10	7	5
Total	119	100	21	100	140	100

17- GRADUAÇÃO PELOS PARTICIPANTES PARA ALGUMAS JUSTIFICATIVAS OU POSICIONAMENTOS ÉTICOS QUE HABITUALMENTE SÃO CONSIDERADAS NA DECISÃO QUANTO À REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.

Com a finalidade de verificar o posicionamento dos participantes sobre vários temas que normalmente são considerados na questão se um paciente deveria ou não ser informado do seu diagnóstico, bem como o grau de coerência destas posições adotadas, foi-lhes solicitado que analisassem individualmente e graduassem uma série de justificativas, a seguir apresentadas.

17.a- A INTERPRETAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DE POSICIONAMENTOS ÉTICOS QUE HABITUALMENTE SÃO CONSIDERADOS NA DECISÃO QUANTO A REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.

Temas éticos, como a questão do direito que todo paciente tem à verdade numa relação médico-paciente ou da preservação de sua autonomia em tomar decisões por si mesmo, foram analisados. Verificou-se que a maioria dos respondentes (93%) considerou o direito do paciente à verdade, como uma justificativa que deveria ser considerada no julgamento do médico quanto à favorabilidade ou não em revelar o diagnóstico de câncer. Desta mesma forma, a maioria (71%) assinalou ser importante considerar a autonomia do paciente nesta questão. A maior parte (65%) condenou também uma atitude médica que visasse manter o paciente em ignorância sobre o real significado de sua doença, para manter

o poder de decisão com o médico, com o intuito de evitar que o paciente opte por tratamentos inadequados sob o ponto de vista médico.

Contudo, quando estas mesmas justificativas são analisadas sob uma perspectiva diferente, ou seja, quando se analisa sob o ponto de vista do médico, nota-se uma inversão nas respostas. Noventa por cento (90%) dos respondentes considerou procedente um direito do médico em omitir o diagnóstico, quando o julgar prejudicial. Cerca da metade (49%) considerou válida a atitude do médico em limitar a autonomia do paciente em virtude de sua doença. Isto parece indicar que os participantes *a priori*, respeitam tanto o direito à verdade e à autonomia do paciente, mas ainda se mostram confusos quanto a incondicionalidade destes princípios, já que suas posições parecem inverter em favor da autoridade do médico, dependendo da gravidade da doença em questão. (*ver tabela 17.a*)

TABELA 17.a

A INTERPRETAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DE POSICIONAMENTOS ÉTICOS QUE HABITUALMENTE SÃO CONSIDERADAS NA DECISÃO QUANTO A REVELAR OU NÃO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE.

AFIRMAÇÃO	SEM OU POUCA IMPORTÂNCIA						RELATIVA OU MUITA IMPORTÂNCIA					
	ESTUD		RESID		TOTAL		ESTUD		RESID		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
É um direito do paciente saber a verdade.	17	5	7	10	24	6	346	94	57	81	403	93
A autonomia do paciente deve ser respeitada, pois compete apenas a ele decidir sobre questões referentes à sua vida ou morte.	108	30	8	11	116	26	252	69	56	80	308	71
O médico terá mais poder em decidir se o paciente não souber do que se trata a sua doença.	247	68	35	50	282	65	112	31	28	40	140	33
É um direito do médico nos casos de câncer omitir o diagnóstico quando julgar prejudicial revelá-lo.	43	9	4	5	37	9	330	91	60	85	390	90
O médico tem autoridade e competência para decidir o que é melhor para o seu paciente.	185	50	24	34	209	48	171	47	40	57	211	49

17.b- NOÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS REAÇÕES DOS PACIENTES AO DIAGNÓSTICO.

A maior parte dos participantes demonstrou acreditar em conseqüências positivas para o tratamento do paciente ao revelar-lhe o diagnóstico de câncer. Por exemplo, a maioria (88%) considerou que o paciente melhoraria o seu relacionamento com o médico, além de cooperar e participar mais no seu tratamento. A maior parte (72%) considerou que uma experiência com o câncer

poderia proporcionar uma oportunidade de reflexão e uma probabilidade do paciente encontrar um novo sentido de vida familiar ou espiritual, além de proporcionar uma chance de tratar de assuntos materiais como partilha antecipada de bens. Quanto à possibilidade de acabar com o sentimento de esperança do paciente pelo fato de ficar sabendo do seu diagnóstico, a maioria (61%) não julgou procedente esta afirmativa. Além disto, 88 por cento assinalaram que seria mesmo impossível ocultar o diagnóstico do paciente, pois ele perceberia a sua doença pelo tipo de tratamento ou pela modificação do comportamento familiar.

Contudo, a maior parte dos participantes também valorizou da mesma forma a possibilidade de ocorrerem efeitos negativos ao se revelar o diagnóstico. Por exemplo, 73 por cento considerou procedente o risco de uma depressão profunda, abandono do tratamento ou mesmo suicídio. Sessenta e nove por cento (69%) considerou que a média do povo brasileiro não se encontra preparada para receber um diagnóstico de câncer pelas suas características culturais e sociais. Mais de um terço (39%) demonstrou acreditar que, o fato do paciente saber do seu diagnóstico, causaria uma progressão mais rápida da doença.

Curiosamente, apesar da maioria se mostrar a favor que o paciente saiba do diagnóstico, grande parte também considerou a passividade ou a negação como formas possíveis de reação psicológica à doença. Mais da metade (56%) considerou procedente a afirmativa de que a passividade do paciente diante do médico poderia

ser até por opção dos próprios pacientes, e que estaria relacionada diretamente à gravidade da doença. A negação da doença, como forma de defesa e superação psicológica válida, foi considerada por 57 por cento dos participantes.

Estes dados sugerem que os participantes têm dúvidas quanto às possíveis reações dos pacientes ou da ocorrência de eventuais efeitos psicológicos negativos após estes tomarem consciência do diagnóstico. (*ver tabela 17.b*)

TABELA 17.b
NOÇÕES SOBRE AS POSSÍVEIS REAÇÕES DOS PACIENTES AO DIAGNÓSTICO.

AFIRMAÇÃO	SEM OU POUCA IMPORTÂNCIA						RELATIVA OU MUITA IMPORTÂNCIA					
	ESTUD		RESID		TOTAL		ESTUD		RESID		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O paciente consciente de sua doença relaciona-se melhor com o médico, é mais cooperativo e pode participar da escolha do seu tratamento.	33	9	13	18	46	11	327	90	52	75	379	88
A consciência do diagnóstico pode proporcionar um novo sentido para a vida familiar e espiritual, além de proporcionar chances para gerenciar assuntos materiais, como partilha antecipada de bens.	94	26	20	29	114	26	268	74	43	61	311	72
Não há como ocultar o diagnóstico pois o paciente descobre sua doença pelo tratamento ou pelo comportamento da família.	36	10	7	10	43	10	326	89	55	79	381	88
Revelar o diagnóstico pode destruir qualquer perspectiva de esperança no paciente.	234	64	31	44	265	61	123	34	32	46	155	35
Revelar o diagnóstico pode causar uma depressão profunda, abandono do tratamento ou mesmo suicídio.	89	25	18	26	107	25	274	75	47	67	321	73
O brasileiro não está preparado para receber o diagnóstico de câncer por características culturais e sociais.	103	28	21	30	124	29	257	70	42	60	299	69
A consciência do diagnóstico pode acelerar a progressão da doença.	214	59	37	53	251	58	145	40	26	37	171	39
É uma opção do próprio paciente ser passivo diante do médico em doenças graves.	155	42	25	36	180	42	205	56	38	55	243	56
A negação é uma forma de defesa psicológica válida e indica que o paciente nem sempre se beneficia ou deseja o diagnóstico.	148	41	26	37	174	40	214	59	36	52	250	57

17.c- A OPINIÃO QUANTO À PARTICIPAÇÃO E A MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS EM REVERTER A IMAGEM DO CÂNCER.

A maioria (74%) dos participantes reconhece que o mito ou o medo irracional do câncer, com prejuízo inclusive dos programas de prevenção da doença, pode terminar com o fim da aura de sigilo em torno da doença ou pela maior divulgação dos casos curados. Contudo, grande parte também (59%) acredita que os médicos não conseguiriam reverter esta imagem do câncer, pois ela estaria fortemente influenciada por fatores culturais e sociais, além do que, o estigma do câncer estaria mais condicionado a uma influência dos meios de comunicação.

Mais da metade (57%) dos respondentes concorda que os médicos não estariam preparados para revelar o diagnóstico de doenças graves. Além disto, 77 por cento acredita que, no atual sistema previdenciário, não há como oferecer um suporte psicológico profissional adequado ao paciente com câncer, e que os médicos que atendem a estes pacientes, não estariam motivados em suprir esta deficiência oferecendo um relacionamento médico-paciente mais humano.

Portanto, apesar de acreditarem em uma participação positiva dos médicos em eliminar o mito do câncer na população, muitos se mostram reservados quanto à eficiência desta atuação. (*ver tabela 17.c*)

TABELA 17.c
OPINIÃO QUANTO À PARTICIPAÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS MÉDICOS EM REVERTER A IMAGEM DO CÂNCER.

AFIRMAÇÃO	SEM OU POUCA IMPORTÂNCIA						RELATIVA OU MUITA IMPORTÂNCIA					
	ESTUD		RESID		TOTAL		ESTUD		RESID		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A ignorância do paciente sobre o diagnóstico e o sigilo em torno da doença, contribuem para perpetuar mitos, prejudicando até os programas de prevenção.	85	23	20	29	105	24	275	75	43	61	318	74
É inútil tentar reverter a imagem do câncer pois depende de fatores sociais e culturais, além de ser um tema muito estigmatizado pelos meios de comunicação.	137	38	30	43	167	39	223	61	35	50	258	59
Os médicos do Brasil não estão preparados para revelar o diagnóstico de doenças graves.	155	43	18	26	173	39	204	56	46	65	250	57
O atual sistema previdenciário não oferece um suporte psicológico ao paciente com câncer, e nem tampouco os médicos estão motivados em manter um bom relacionamento com pacientes previdenciários.	75	20	8	12	83	19	283	77	55	79	337	77

18- CLASSIFICAÇÃO PELOS PARTICIPANTES QUANTO AO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS NA QUESTÃO ANTERIOR.

Foi solicitado aos participantes que escolhessem entre as justificativas ou posicionamentos éticos apresentados na questão anterior, aquele que considerassem o mais importante quanto à questão se o diagnóstico de câncer deve ou não ser

revelado ao paciente. Cerca de um quarto dos respondentes (23%), assinalou como justificativa mais significativa aquela que evocava a questão do direito à verdade, ou seja, a decisão se o diagnóstico deveria ser revelado ou omitido, não poderia ignorar ou desconsiderar o direito que todo paciente tem em ser informado corretamente sobre a sua enfermidade.

Em seguida, 15 por cento dos respondentes valorizaram a consciência do paciente sobre sua doença, como um fator que facilitaria o relacionamento com o médico, lograria maior cooperação no tratamento e poderia fazer com que o paciente tivesse uma chance de optar entre as alternativas de tratamentos disponíveis.

Em terceiro lugar, como opção de 10 por cento dos respondentes, é assinalada a questão do respeito à autonomia do paciente como fator significativo na decisão a ser tomada.

Interessante observar que as três primeiras afirmações mais assinaladas baseiam-se em princípios éticos universais como o direito à verdade, o direito à escolha do tratamento e a valorização do princípio da autonomia. Muitos estudantes e médicos residentes demonstram assim, respeito aos princípios éticos que envolvem a questão. (*ver tabela 18*)

TABELA 18
CLASSIFICAÇÃO PELOS PARTICIPANTES QUANTO AO NÍVEL DE
IMPORTÂNCIA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS NA QUESTÃO
ANTERIOR.

Justificativa*	Estudantes		Justificativa*	Residentes		Total	
	N	%		N	%	N	%
17.1	66	23	17.2	13	25	79	23
17.5	44	15	17.16	7	13	51	15
17.2	30	10	17.5	5	10	35	10
17.17	26	9	17.11	5	10	31	9
17.9	18	6	17.18	4	8	22	6
17.11	18	6	17.1	3	6	21	6
17.3	15	5	17.3	3	6	18	5
17.6	15	5	17.15	3	6	18	5
17.7	14	5	17.17	3	6	17	5
17.12	9	3	17.4	2	4	11	3
17.18	8	3	17.6	1	2	9	3
17.16	7	2	17.7	1	2	8	2
17.8	6	2	17.10	1	2	7	2
17.10	6	2	17.12	1	2	7	2
17.13	5	2	17.8	0	0	5	1
17.4	3	1	17.9	0	0	3	1
17.15	3	1	17.13	0	0	3	1
17.14	0	0	17.14	0	0	0	0
TOTAL	293	100	TOTAL	52	100	345	100
Indecisos	58		Indecisos	11		69	
Não respon	14		Não respon	7		21	
Total	72		Total	18		90	

*** Justificativas:**

17.1: É um direito do paciente saber a verdade.

17.2: O médico pode deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

- 17.3: A autonomia do paciente deve ser respeitada, pois compete apenas a ele decidir sobre questões referentes à sua vida ou morte.
- 17.4: O médico tem autoridade e competência para decidir o que é melhor para o seu paciente.
- 17.5: A consciência do diagnóstico facilita o relacionamento com o paciente, proporciona maior aderência e cooperação no tratamento; além disto, permite que o paciente participe ativamente da escolha do seu tratamento.
- 17.6: Revelar o diagnóstico pode causar uma depressão profunda, abandono do tratamento ou mesmo suicídio.
- 17.7: Não é possível ocultar eternamente o diagnóstico, pois o paciente geralmente percebe a doença que tem ao observar o tipo do tratamento médico ou uma modificação no comportamento familiar.
- 17.8: Muitos pacientes após receberem um diagnóstico de câncer do médico, negam sistematicamente a sua condição. Esta negação é útil como forma de defesa e superação psicológica da doença. Este tipo de reação pode indicar que o paciente nem sempre prefere ou se beneficia em estar consciente do seu diagnóstico.
- 17.9: Muitos pacientes, após passarem pelo trauma do diagnóstico e tratamento, descobrem um novo sentido para as suas vidas familiar e espiritual, além de uma chance para resolver problemas materiais, como partilha antecipada de bens, sem recorrer a dispendiosos inventários.
- 17.10: A conscientização do paciente de que é portador de um câncer pode propiciar uma progressão mais rápida da doença.
- 17.11: Além de muitos pacientes ignorarem a sua condição, o câncer é mantido em sigilo dentro dos limites da família. Este fato não permite que se torne público os casos de cura. No entanto, uma comunicação aberta poderia ajudar a desmistificar a doença e contribuir com os programas de prevenção, ao reduzir o nível do medo sobre a doença.
- 17.12: O câncer mantém uma conotação de doença mortal ou mutilante, estigmatizada pelos meios de comunicação, perpetuada por fatores culturais e sócio-econômicos, o que inviabiliza uma tentativa isolada dos médicos em reverterem esta imagem.
- 17.13: Manter os pacientes em dúvida com relação ao diagnóstico e ao tratamento, deixa o poder de decisão com o médico, permitindo que aja com mais liberdade na condução do caso e evitando que o paciente opte por alternativas de tratamento inadequadas.
- 17.14: A opção por uma postura passiva por parte dos pacientes diante do médico é, muitas vezes, uma opção dos próprios pacientes. Quanto maior a gravidade da doença, maior é esta tendência.
- 17.15: Pelas características culturais e sociais da média do povo brasileiro, a maioria dos pacientes não está preparada para o diagnóstico.

17.16: Os médicos no Brasil não estão preparados para revelar o diagnóstico de doenças graves.

17.17: No atual sistema de saúde pública não há condições de oferecer um suporte psicossocial profissional adequado ao paciente, além do que, os médicos estão desmotivados em oferecer um relacionamento médico-paciente mais humano nos pacientes previdenciários.

17.18: Revelar o diagnóstico pode destruir qualquer perspectiva de esperança do paciente.

19- POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO DESEJO EM SABER DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

A maioria dos respondentes (87%) afirmou que gostaria de saber do diagnóstico caso um dia viessem a ter um câncer. Apenas uma pequena minoria (3%) não demonstrou desejo de saber do diagnóstico.

Interessante notar que, mesmo numa amostra de estudantes de medicina e médicos residentes, cerca de sete por cento (7%) demonstrou dúvidas sobre se gostariam de saber do diagnóstico em caso da doença ser um câncer. Isto poderia representar uma herança de preconceitos sobre a doença, que o período de formação não estaria conseguindo modificar. (*ver tabela 19*)

TABELA 19
POSIÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO DESEJO EM SABER DO
DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

Desejo próprio em saber do diagnóstico	Estudantes		Residentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	324	89	56	80	380	87
Não	11	3	3	4	14	3
Tem dúvidas	26	7	5	7	31	7
Não responderam	4	1	6	9	10	2
Total	365	100	70	100	435	100

Nas duas questões seguintes foram divididos os participantes que manifestaram desejo de serem corretamente informados sobre o diagnóstico caso um dia viessem a ter um câncer e os que afirmaram que não gostariam de saber do diagnóstico. Para os dois grupos foi solicitado que graduassem algumas justificativas que possivelmente os teriam levado a tomar tal posicionamento.

O objetivo foi comparar a valorização das justificativas entre estes dois grupos. A forma de graduação foi semelhante à solicitada na questão 17.

20- GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

Como seria o esperado, a maioria dos participantes deste grupo acredita em conseqüências mais favoráveis pelo fato de um paciente estar consciente do

diagnóstico. Por exemplo, a maioria (74%) dos respondentes considerou que o paciente possa superar traumas emocionais como uma ameaça à própria vida; a maioria (92 %) considerou válido o paciente estar consciente do diagnóstico para participar do tratamento. A maioria (83 %) também valorizou princípios éticos, como o respeito incondicional pela autonomia do paciente em tomar decisões por si.

(ver tabela 20)

TABELA 20

GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

AFIRMAÇÃO	SEM OU POUCA IMPORTÂNCIA						RELATIVA OU MUITA IMPORTÂNCIA					
	ESTUD		RESID		TOTAL		ESTUD		RESID		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20.1: “Estar consciente do diagnóstico permite participar da escolha do tipo de tratamento.”	24	7	2	4	26	7	295	91	53	94	348	92
20.2: “Superar uma perspectiva de morte ou outras situações que envolvam um grande trauma emocional é uma das características do ser humano.”	74	22	13	24	87	23	242	75	41	73	283	74
20.3: “Estar consciente do diagnóstico possibilita rever prioridades materiais, espirituais e de relacionamento interpessoal	41	13	5	9	46	12	279	86	49	87	328	87
20.4: “No relacionamento médico-paciente é fundamental que a verdade esteja presente em qualquer ocasião.”	28	8	7	13	35	9	289	89	29	88	338	89
20.5: “O médico deve preservar sempre um sentimento de esperança.”	34	10	4	7	38	10	286	88	52	93	338	89
20.6: “O médico deve respeitar a autonomia do paciente em qualquer situação.”	44	14	11	20	55	13	271	83	44	79	315	83

21- GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE NÃO GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

Ao contrário do grupo anterior, os participantes que não gostariam de saber do diagnóstico demonstram uma expectativa menos otimista pela reação do paciente à doença. Por exemplo, a grande maioria (93%) não crê na capacidade de superação do paciente ao diagnóstico. A consideração por princípios éticos também foi menos significativa neste grupo, por exemplo, todos assinalaram que a autonomia do paciente é limitada ao tipo de doença; 78 por cento considerou que os familiares e o médico têm condições de melhor decidir pelo paciente. (*ver tabela 21*)

TABELA 21

GRADUAÇÃO DE ALGUMAS JUSTIFICATIVAS PARA OS RESPONDENTES QUE AFIRMARAM QUE NÃO GOSTARIAM DE SER INFORMADOS DO DIAGNÓSTICO CASO CONTRAIAM UM CÂNCER.

AFIRMAÇÃO	SEM OU POUCA IMPORTÂNCIA						RELATIVA OU MUITA IMPORTÂNCIA					
	ESTUD		RESID		TOTAL		ESTUD		RESID		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
21.1: "Não há necessidade do paciente saber o diagnóstico pois o médico e a família têm condições de tomar decisões no seu lugar."	3	27	0	0	3	21	8	72	3	100	11	78
21.2: "Muitas pessoas não têm a capacidade de superar uma perspectiva de morte ou outras situações que envolvam um grande trauma emocional."	0	0	1	33	1	7	11	100	2	67	13	93
21.3: "Não vale a pena saber do diagnóstico pois o paciente vive melhor sem que saiba que passa ou passou por uma doença grave."	1	9	1	33	2	14	10	91	2	67	12	86
21.4: "É um direito do paciente se negar a saber toda a verdade."	3	27	1	33	4	28	8	72	2	67	10	72
21.5: "O médico deve procurar preservar sempre um sentimento de esperança no paciente."	0	0	0	0	0	0	11	100	3	100	14	100
21.6: "A autonomia do paciente em tomar decisões é limitada, depende da doença e de fatores sócio-culturais."	0	0	0	0	0	0	11	100	3	100	14	100

Como seria esperado, a análise destes dois grupos demonstrou que os respondentes valorizaram as justificativas de uma forma exatamente oposta. Enquanto no primeiro grupo, dos que gostariam de ser informados do diagnóstico, notou-se uma valorização da consciência do diagnóstico por permitir uma maior participação do paciente no tratamento, crença na capacidade de superação do

diagnóstico pelo paciente, prevê vantagens emocionais e materiais para o paciente ao saber do diagnóstico, defende a verdade e a autonomia do paciente em qualquer ocasião; o segundo grupo, dos que não gostariam de saber do diagnóstico, considerou que os familiares e o médico têm condições de melhor decidir pelo paciente, não crê na capacidade de superação do paciente ao diagnóstico, acredita que seria mais vantajoso não tomar consciência do diagnóstico, considerou também válido o direito em não saber do diagnóstico, concebendo a autonomia do paciente como algo limitado e dependente da doença em questão.

Uma valorização semelhante ocorreu apenas quanto à importância do médico como mantenedor de um sentimento de esperança por parte do paciente.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

1- A posição dos participantes.

Neste estudo, a maioria (86%) dos estudantes e médicos residentes demonstra ser favorável a que o diagnóstico de câncer seja revelado ao paciente ($p < 1\%$). Este índice contudo, não corresponde em níveis percentuais ao comportamento dos médicos que estão em atividade no Brasil. Pesquisas realizadas com médicos brasileiros em atividade, apontam que apenas 36 a 50 por cento mantêm como conduta profissional revelar ao paciente o diagnóstico de câncer (SCHWARTSMANN, G. et al., 1985; DELGADO, G. L. e ARAÚJO, G. N., 1988). Este dado sugere que, após o período de graduação, a disposição inicial de estudantes e médicos residentes em revelar o diagnóstico de câncer seriam gradualmente influenciadas no sentido inverso, provavelmente motivadas por experiências profissionais.

2- Variações e contradições nos posicionamentos dos participantes.

Apesar de que a maioria dos respondentes se mostram convictos a princípio de que o médico deva revelar o diagnóstico de câncer ao paciente, no entanto,

quando se adiciona algumas variáveis a serem consideradas na decisão, há uma oscilação grande de opiniões, com surgimento de algumas posições contraditórias.

2.1- A influência dos fatores demográficos dos pacientes na opinião dos entrevistados.

Quando se considera a idade ou o nível social e cultural do paciente, nota-se uma grande variação com relação à intenção em revelar o diagnóstico. Foram menores os índices favoráveis a que o diagnóstico fosse revelado para crianças (18%) e adolescentes (47%) quando comparados com a disposição inicial em revelar o diagnóstico de 86 por cento ($p < 1\%$). No entanto, uma tentativa de poupar do diagnóstico pacientes nestas faixas etárias tem sido contestada. Alguns trabalhos têm demonstrado que seria mais correto e vantajoso estender o diagnóstico a estes pacientes também. Além da impossibilidade de ocultar uma realidade óbvia aos olhos destes pacientes pelas implicações do tratamento (VERNICK, citados por CHESLER, M. A. et al., 1986), ocultar o diagnóstico poderia prejudicar o ajustamento psicossocial (SLAVIN, L. A. et al., 1982) e promover mais fantasias acerca da doença que enfrentam (GOLDBERG, R. J., 1984; CHESLER, M. A. et al., 1986).

Em pacientes acima de 65 anos, notou-se também uma menor tendência a revelar o diagnóstico (56 %) $p < 1\%$. No entanto, alguns trabalhos demonstram que

uma preocupação com pacientes idosos também não seria necessária já que se adaptariam ao tratamento e ao ambiente hospitalar melhor do que os pacientes jovens (GANZ, P., 1985; SMITH, D. H. e McCARTY, K., 1992).

Uma modificação do posicionamento também foi observada quando se dividiu os pacientes quanto ao nível social e cultural. Para os pacientes considerados de baixo nível social e cultural, a disposição dos participantes em revelar o diagnóstico foi menor quando comparado com pacientes considerados de elevado nível social e cultural, 61 por cento e 84 por cento respectivamente ($p < 1\%$). Este tipo de comportamento, subentende que os participantes atribuem uma capacidade de compreensão ou mesmo de superação da doença, a um nível sócio cultural mais elevado. No entanto, PENDLETON, D. e BOCHNER, S., 1980, citam que tanto os pacientes de nível social baixo como os de nível alto, desejam se inteirar do diagnóstico. Alguns trabalhos (WAITZKIN, H. e STOECKLE, J. D., 1972; WAITZKIN, H., 1985) apontam que a inibição nos pacientes com nível sócio-econômico mais baixo em questionar os médicos é que daria a impressão de desejarem menos informações.

2.2- A posição dos participantes quanto às questões éticas envolvidas.

Alguns dados também demonstram que ainda são grandes as dúvidas tanto de estudantes e médicos residentes quanto à valorização de alguns posicionamentos éticos. Apesar dos participantes valorizarem o direito do paciente à verdade, à

preservação de sua autonomia e condenarem uma atitude médica que mantém o paciente ignorando a sua condição com o intuito de manter o poder de decidir por ele, por outro lado, igualmente valorizaram o direito do médico em omitir a verdade quando julgar prejudicial ao paciente ou concordam que a autonomia do paciente estaria limitada à gravidade da doença e não sendo portanto, um direito incondicional.

A preferência da maioria dos participantes (72% - $p < 1\%$) para que o diagnóstico inicialmente não seja revelado ao paciente, mas à sua família, também poderia exemplificar dúvidas quanto a quem de fato deveria ser priorizado o direito à verdade e a autonomia. Os participantes somente demonstraram serem mais favoráveis a que o médico revele o diagnóstico diretamente ao paciente, quando este se tratar de um parente direto. Nestes casos, cerca da metade (49%) dos respondentes afirmaram que não condenariam o médico por tal atitude.

2.3- A visão dos participantes com relação ao câncer como doença.

Os participantes da pesquisa em muitas oportunidades demonstram uma tendência para acreditar em uma reação positiva na forma como os pacientes reagiriam ao saber que padecem de um câncer. No entanto, algumas respostas sugerem que os próprios participantes nutrem uma imagem negativa do câncer em si. Por exemplo, o

sentimento mais citado após um relacionamento com pacientes portadores de câncer, foi o de impotência (59%) frente à doença. Considerando que a pesquisa foi realizada dentro de um grupo com noções sobre a doença suficientes que permitam considerar muitas possibilidades para beneficiar um paciente, a maior frequência de uma sensação de que nada há para se oferecer ao paciente, poderia ser motivada mais por noções preconcebidas frente à doença.

Quando questionados se eles próprios gostariam de saber caso um dia vierem a contrair um câncer, curiosamente cerca de 10 por cento demonstraram-se indecisos ou citaram que não gostariam de saber do diagnóstico. Este fato sugere que, mesmo dentro de um grupo formado por estudantes de medicina e por médicos residentes, permanecem dúvidas quanto à própria reação frente ao câncer ou a uma ameaça potencial às suas próprias vidas. Atitudes negativas em estudantes de medicina e médicos residentes com relação à doença e ao doente com câncer, também foi citado por muitos autores (COHEN, R. E. et al., 1982; HALEY, J. B. et al., 1977; KAYE, J. et al., 1981; MARGOLIES, R. et al., 1983; CASSILETH, B. R. e EGAN, T., 1979; KRACKOV, S. K. et al., 1990; REZLER, A. G., 1974). COOPER, S., 1980, cita que os estudantes por não terem tido um preparo emocional adequado, sentem-se ameaçados pela doença e tenderiam a evitar pacientes com câncer. KUBLER-ROSS, E. (1970) cita que uma possível causa para que os médicos não consigam tratar de assuntos que envolvam a morte ou o morrer sem uma

excessiva ansiedade, seria por não serem levados a refletir previamente sobre suas próprias atitudes frente à doença e a morte.

2.4- O uso do termo “câncer” no relacionamento com o paciente.

A maioria dos participantes (71% - $p < 1\%$) citam que deveria ser evitado o termo “câncer” para se referir a doença diante do paciente, devendo ser empregado eufemismos como ferida ou lesão. Apesar de serem favoráveis a que o paciente esteja consciente do seu diagnóstico, ainda se mostram receosos dos possíveis efeitos negativos que o significado da palavra “câncer” possa ocasionar. Esta dúvida obviamente deverá determinar uma situação desconfortável no relacionamento com o paciente, visto que serão obrigados a explicar a doença e se relacionar com o paciente sem utilizar a designação correta da sua enfermidade.

3- A diferença de posicionamento entre estudantes e médicos residentes.

Apesar de uma diferença pequena de tempo de formação ou de experiência médica entre estudantes e médicos residentes, notou-se diferenças nítidas de posicionamento entre estes dois grupos. Os médicos residentes em nosso estudo sempre se posicionaram menos favoráveis a revelar o diagnóstico em todas as situações apresentadas. Por exemplo, os médicos residentes, em tese, são menos favoráveis a

que se revele o diagnóstico, quando comparado ao grupo dos estudantes, 67 por cento e 90 por cento respectivamente ($p < 1\%$). Mesmo levando-se em consideração outras situações como a idade do paciente, o estágio da doença ou níveis social e cultural dos pacientes, a disposição dos médicos residentes em revelar o diagnóstico foi inferior ($p < 5\%$). A opinião dos médicos residentes situou-se num estágio intermediário entre a posição dos estudantes (90 por cento favoráveis a revelar o diagnóstico) e o comportamento dos médicos brasileiros verificado em pesquisas nacionais (36 a 50 por cento favoráveis a revelar o diagnóstico).

Uma diferenciação de comportamento entre estudantes e médicos recém formados também foi citado por KAYE, J. et al. (1981), demonstrando também que os estudantes de medicina têm atitudes mais positivas às doenças quando comparado com os médicos residentes. Relatam como causa desta gradativa transformação o contínuo contato com pacientes graves. COHEN, R. E. et al. (1982), citam que os médicos residentes manteriam atitudes negativas sobre os pacientes com câncer devido à herança de um preconceito fatalista sobre a doença. A excessiva jornada de trabalho dos residentes, a competitividade e a falta de uma orientação adequada, contribuem para torná-los ainda mais insensíveis no relacionamento com os pacientes (SPIRO, H., 1992). No entanto, uma preocupação com o resgate de uma formação mais humanista, com maior valorização da vida nos programas de resi-

dência médica tem sido enaltecido (SUBCOMMITTEE ON EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES IN THE INTERNIST, 1983).

Como explicação para a atitude dos médicos residentes, além da possibilidade destas influências citadas acima, em nosso estudo verifica-se indícios de uma orientação dirigida a estes no sentido de revelar menos o diagnóstico de câncer, apesar desta diferença não ter se mostrado estatisticamente significativa. Por exemplo, os médicos residentes que citaram terem recebido alguma orientação sobre como se portar diante de pacientes com câncer, esta repercutiu mais no sentido de não revelarem o diagnóstico (24%), em comparação com os estudantes (15%).

Uma formação médica que resulta numa incapacidade do médico de se relacionar adequadamente com seus pacientes, no entanto, tem sido responsabilizada por provocar insatisfações no paciente quanto à qualidade no atendimento médico, além de contribuir para a manutenção do mito, do sentimento fatalista em torno da doença e na redução do interesse pelos programas de prevenção à doença (DEWIS, W., 1976; LYNCH, H. T. e KRUSH, A. J., 1968). Como um dos fatores que poderiam reduzir o mito do câncer estaria numa maior divulgação dos casos curados (VERONESI, U., MARTINO, C., 1978; HOLLAND, J., 1977; FERSTER, C. B., 1973), o que implicaria em revelar ao paciente o diagnóstico, haveria razões para rever a adequação da atitude médica brasileira quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer ao paciente.

Considerando-se a diferença de posicionamentos observados entre estudantes e médicos residentes neste estudo, haveria indícios, portanto, de que a origem do comportamento médico profissional já estaria no período de formação médica.

Apesar de ter sido demonstrado nesta pesquisa e também em outros trabalhos uma deficiência no currículo de medicina de disciplinas que abordem o aspecto emocional da relação médico-paciente (CASSORLA, R. M. S., 1991; REYNOLDS, P. M. et al., 1981; TAYLOR, K. M., 1988), os participantes desta pesquisa demonstraram um nítido interesse em receberem uma orientação formal sobre como se relacionar com pacientes portadores de doenças potencialmente fatais.

As dificuldades dos estudantes e médicos residentes de se posicionarem frente ao paciente com câncer revelam, em última análise, uma deficiência no atual paradigma da medicina, que mantém o estudo das doenças sem procurar considerar o paciente num contexto mais amplo. Muito se tem alertado para a necessidade de se reintroduzir uma medicina mais centrada no indivíduo e com uma abordagem mais humana e menos técnica. Apesar de contribuir inegavelmente ao seu desenvolvimento, a concepção reducionista proposta por Descartes favorece uma indesejável dissociação mente-corpo que, espera-se, seja superada por um novo paradigma que se anuncia (CARDOSO, C. M, 1995; CAPRA, F., 1982).

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Desde há muito anos a imagem do câncer tem sido associada a sofrimento e a incurabilidade. A medicina atual, apesar de se mostrar capaz de elevar os índices de cura a níveis superiores às outras doenças menos temidas, os preconceitos ainda persistem, gerando medo e interferindo desfavoravelmente no sucesso dos programas de prevenção à doença. A literatura médica, no entanto, reafirma que o desconhecimento sobre o real significado e comportamento da doença é que seriam os principais responsáveis pela manutenção desta imagem. Logo, uma doença dominada por este estigma, exige do médico uma formação especial para promover um relacionamento médico-paciente que corresponda às necessidades psicológicas do paciente com câncer e, ao mesmo tempo, atue no sentido de contribuir na redução dos mitos existentes.

A medicina atualmente, por força dos contínuos desafios na busca da cura de doenças como o câncer, tem privilegiado uma formação médica mais técnica, voltada mais para a doença do que para o paciente. Isto tem contribuído para que cada vez seja menor o tempo dispensado para uma parte importante da formação médica: o desenvolvimento de habilidades de relacionamento médico-paciente. No câncer,

como visto acima, o envolvimento emocional é grande, tanto por parte do paciente, como pelo médico. Algo que simbolize uma potencial ameaça a continuidade da vida, mobiliza uma gama grande de conflitos que o médico atendente deverá saber administrar. Além dos aspectos psicológicos, o médico deverá considerar questões éticas, interferências familiares e, como já visto, até preocupações epidemiológicas. Isto obviamente exigiria uma postura médica segura, forjada previamente em sua formação.

Estes desafios para o médico que atende um paciente com câncer fatalmente se iniciam logo após a realização do diagnóstico, mais precisamente decidindo pela comunicação ou não do diagnóstico. Em nosso meio, a decisão do médico a este respeito é influenciada por receios de que poderia haver mais prejuízos ao paciente caso este venha a saber do seu diagnóstico. A preferência por uma posição favorável à comunicação do diagnóstico, no entanto, é tida atualmente como a decisão que melhor lograria satisfazer as necessidades psicológicas do paciente, além de respeitar os princípios éticos e contribuir para a desmitificação da doença. Em nosso estudo, observamos que os estudantes de medicina são os que melhores se aproximaram desta forma de pensamento, por preferirem em sua maioria, que o paciente saiba de seu diagnóstico. Este posicionamento inicial dos estudantes, contudo, demonstrou ser mais fruto de uma visão pessoal e idealizada, mas carecendo de auto-suficiência. Os próprios médicos residentes participantes do estudo, surpreendente-

mente já apresentam uma diminuição na intenção em manter esta mesma concepção, tendendo a incorporar atitudes que se assemelham a média dos médicos brasileiros em atividade, que preferem não revelar o diagnóstico de câncer ao paciente. Esta diferença precoce entre estudantes e médicos recém formados que ainda mantêm laços com a universidade, sinaliza que a formação de uma posição quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer, tem sua origem já no período de formação médica.

Por omissão ou como um sub-produto de uma política universitária cuja prioridade é a formação técnica, tanto o estudante de medicina como o médico residente se mostram desorientados. Poucos recordam terem recebido uma orientação formal sobre como se portar no relacionamento com pacientes com doenças potencialmente fatais; a oscilação de opiniões é grande quanto a revelar ou não o diagnóstico de câncer quando da adição de situações hipotéticas que envolvam aspectos demográficos dos pacientes ou o estágio que se encontra a doença; são nítidas as contradições quanto aos valores éticos e morais envolvidos; uma parcela representativa de estudantes de medicina e médicos residentes ainda admite dúvidas quanto ao próprio desejo de saber do diagnóstico caso um dia vierem a ter um câncer. Sob este contexto, não seria mesmo estranho que as opiniões dos estudantes e médicos residentes se moldem mais as custas de experiências e interpretações pessoais de situações fortuitas por eles vividas. Em geral, as experiências com pacientes oncológicos

internados, ou que padecem em hospitais escolas, proporcionam uma visão parcial e negativa da doença.

Ao permitir que se forme um estudante ou médico residente sem que lhes permita uma ótica mais abrangente, uma formação que desconsidera a individualidade do paciente, corre-se o risco de prosseguir numa formação médica anacrônica e pouco coerente com as exigências atuais quanto a qualidade e a função social do relacionamento médico-paciente, em particular, nos casos de câncer.

ANEXO: QUESTIONÁRIO

**PESQUISA PARA AVALIAR A POSIÇÃO DOS ESTUDANTES DE
MEDICINA COM REFERÊNCIA À COMUNICAÇÃO DE UM
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE .**

OBJETIVO DA PESQUISA:

Estabelecer a opinião do(a) estudante de medicina quanto à questão se um médico deveria revelar ou não o diagnóstico de câncer a um paciente, avaliar a sua posição sobre temas correlacionados e analisar a participação da escola frente a estes posicionamentos.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE:

Obs.: Não há necessidade de se identificar nominalmente. Mas, por favor, não deixe de preencher os outros campos. Caso queira receber a conclusão do estudo, preencha o endereço para onde enviaremos a correspondência.

Nome (opcional): _____ Sexo: M F Idade: _____

Endereço: _____

Especialidade(s) médica(s) que pretende fazer: _____

Período ou ano que estuda: _____ Instituição: _____

Observação: Não tenha receio de expressar as suas reais opiniões sobre as questões formuladas. Somente assim obteremos conclusões válidas neste estudo.

Muito obrigado pela sua participação!

Dr. Carlos Akio Sasaki
Departamento de Medicina da PUC-Pr.
Disciplina de Clínica Cirúrgica.

**PESQUISA PARA AVALIAR A POSIÇÃO DO(A) MÉDICO(A)
RESIDENTE COM REFERÊNCIA À COMUNICAÇÃO DE UM
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER AO PACIENTE .**

OBJETIVO DA PESQUISA:

Estabelecer a opinião do(a) médico(a) residente quanto à questão se um médico deveria revelar ou não o diagnóstico de câncer a um paciente, avaliar a sua posição sobre temas correlacionados e analisar a participação da escola frente a estes posicionamentos.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE:

Obs.: Não há necessidade de se identificar nominalmente. Mas, por favor, não deixe de preencher os outros campos. Caso queira receber a conclusão do estudo, preencha o endereço para onde enviaremos a correspondência.

Nome (opcional): _____ Sexo: M F Idade: _____

Endereço: _____

Residência Médica em: _____

Ano da Residência: _____ Instituição: _____

Observação: Não tenha receio de expressar as suas reais opiniões sobre as questões formuladas. Somente assim obteremos conclusões válidas neste estudo.

Muito obrigado pela sua participação!

Dr. Carlos Akio Sasaki
Departamento de Medicina da PUC-Pr.
Disciplina de Clínica Cirúrgica.

1- Em sua opinião, quando é realizado um diagnóstico de câncer, **como deveria agir** o médico com relação à **comunicação do diagnóstico ao paciente?**

Obs.: Considere um paciente adulto, lúcido e sem um distúrbio psicológico grave.

- Deveria revelar.
- Não deveria revelar.
- Não saberia dizer.

2- A que atribui o fato de ter optado por esta escolha?

- Por opinião ou experiência pessoal.
- Por informações que obteve na sua formação.
- Por informações que obteve em outros locais. Onde? _____
-
-

3- Quanto a **faixa etária** do paciente, qual deveria ser a posição do médico quando se tratar de **crianças** (6 a 12 anos), **adolescentes** (13 a 18 anos) e **idosos** (acima de 65 anos)?

Crianças (6 a 12 anos):	Adolescentes (13 a 18 anos)	Idosos (acima de 65 anos):
<input type="checkbox"/> Deveria revelar	<input type="checkbox"/> Deveria revelar	<input type="checkbox"/> Deveria revelar
<input type="checkbox"/> Não deveria revelar	<input type="checkbox"/> Não deveria revelar	<input type="checkbox"/> Não deveria revelar
<input type="checkbox"/> Tem dúvidas	<input type="checkbox"/> Tem dúvidas	<input type="checkbox"/> Tem dúvidas

4- Quanto ao **estágio** da doença, qual deveria ser a posição do médico?

Lesão precoce e com chance de cura:	Lesão incurável ou em fase terminal:
<input type="checkbox"/> Deveria revelar	<input type="checkbox"/> Deveria revelar
<input type="checkbox"/> Não deveria revelar	<input type="checkbox"/> Não deveria revelar
<input type="checkbox"/> Tem dúvidas	<input type="checkbox"/> Tem dúvidas

5- Quanto ao **nível social ou educacional** do paciente, como deveria agir o médico?

Baixo nível social e educacional:	Elevado nível social e educacional:
<input type="checkbox"/> Deveria revelar <input type="checkbox"/> Não deveria revelar <input type="checkbox"/> Tem dúvidas	<input type="checkbox"/> Deveria revelar <input type="checkbox"/> Não deveria revelar <input type="checkbox"/> Tem dúvidas

6- O médico deveria revelar o diagnóstico **inicialmente à família** do paciente?

- SIM
 NÃO
 Não saberia dizer.

7- Você tem ou já teve um caso de câncer em um **parente próximo**?

- SIM
- NÃO
- Esta experiência familiar influenciou-o(a) mais no sentido de:
- Revelar mais o diagnóstico aos pacientes.
 Não revelar o diagnóstico aos pacientes.
 Não teve influência neste aspecto.

8- Caso você fosse o parente mais próximo de uma pessoa que estivesse com câncer, como reagiria se o médico revelasse ao paciente o diagnóstico **sem** lhe consultar?

- Não teria objeções.
 Acharia uma atitude errada do médico, pois ele deveria tê-lo(a) consultado antes.
 Não saberia dizer.

12- Você teve alguma orientação formal sobre o assunto?

- SIM | Caso afirmativo, esta orientação influenciou-o(a) mais no sentido de:
- NÃO Revelar mais o diagnóstico aos pacientes.
 Não revelar o diagnóstico aos pacientes.
 Não teve influência na sua opinião.

13- Abaixo estão algumas justificativas descritas na literatura para que seja **revelado ou não** um diagnóstico de câncer ao paciente. Analise cada uma e, logo abaixo, atribua um valor que achar conveniente utilizando os seguintes critérios:

- 0 (zero): quando a justificativa **não tiver fundamento** para você.
 1 (um): quando a justificativa **for pouco** importante para você.
 2 (dois): quando a justificativa **tiver uma importância relativa** para você.
 3 (três): quando a justificativa **for muito** importante para você.

Atenção: Não está em julgamento o valor em si da afirmação, **apenas** a sua utilização como **justificativa** para que um diagnóstico de câncer seja **revelado ou omitido** do paciente.

a) É um direito do paciente saber a verdade.

- 0 1 2 3

b) O médico pode deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

- 0 1 2 3

c) A autonomia do paciente deve ser respeitada, pois compete apenas a ele decidir sobre questões referentes à sua vida ou morte.

- 0 1 2 3

d) O médico tem autoridade e competência para decidir o que é melhor para o seu paciente.

0 1 2 3

e) A consciência do diagnóstico facilita o relacionamento com o paciente, proporciona maior aderência e cooperação no tratamento; além disto, permite que o paciente participe ativamente da escolha do seu tratamento.

0 1 2 3

f) Revelar o diagnóstico pode causar uma depressão profunda, abandono do tratamento ou mesmo suicídio.

0 1 2 3

g) Não é possível ocultar eternamente o diagnóstico, pois o paciente geralmente percebe a doença que tem ao observar o tipo do tratamento médico ou uma modificação no comportamento familiar.

0 1 2 3

h) Muitos pacientes após receberem um diagnóstico de câncer do médico, negam sistematicamente a sua condição. Esta negação é útil como forma de defesa e superação psicológica da doença. Este tipo de reação pode indicar que o paciente nem sempre prefere ou se beneficia em estar consciente do seu diagnóstico.

0 1 2 3

i) Muitos pacientes, após passarem pelo trauma do diagnóstico e tratamento, descobrem um novo sentido para as suas vidas familiar e espiritual, além de uma chance para resolver problemas materiais, como partilha antecipada de bens, sem recorrer a dispendiosos inventários.

0 1 2 3

j) A conscientização do paciente de que é portador de um câncer pode propiciar uma progressão mais rápida da doença.

0 1 2 3

k) Além de muitos pacientes ignorarem a sua condição, o câncer é mantido em sigilo dentro dos limites da família. Este fato não permite que se torne público os casos de cura. No entanto, uma comunicação aberta poderia ajudar a desmistificar a doença e contribuir com os programas de prevenção, ao reduzir o nível do medo sobre a doença.

0 1 2 3

l) O câncer mantém uma conotação de doença mortal ou mutilante, estigmatizada pelos meios de comunicação, perpetuada por fatores culturais e sócio-econômicos, o que inviabiliza uma tentativa isolada dos médicos em reverterem esta imagem.

0 1 2 3

m) Manter os pacientes em dúvida com relação ao diagnóstico e ao tratamento, deixa o poder de decisão com o médico, permitindo que aja com mais liberdade na condução do caso e evitando que o paciente opte por alternativas de tratamento inadequadas.

0 1 2 3

n) A opção por uma postura passiva por parte dos pacientes diante do médico é, muitas vezes, uma opção dos próprios pacientes. Quanto maior a gravidade da doença, maior é esta tendência.

0 1 2 3

o) Pelas características culturais e sociais da média do povo brasileiro, a maioria dos pacientes não está preparada para o diagnóstico.

0 1 2 3

p) Os médicos no Brasil não estão preparados para revelar o diagnóstico de doenças graves.

0 1 2 3

q) No atual sistema de saúde pública não há condições de oferecer um suporte psicossocial profissional adequado ao paciente, além do que, os médicos estão desmotivados em oferecer um relacionamento médico-paciente mais humano nos pacientes previdenciários.

0 1 2 3

r) Revelar o diagnóstico pode destruir qualquer perspectiva de esperança do paciente.

0 1 2 3

14- Entre as justificativas acima assinale a que considerou a **mais significativa** para você.

a-; b-; c-; d-; e-; f-; g-; h-; i-; j-; k-; l-; m-;
n-; o-; p-; q-; r-

15- Você **próprio** gostaria de saber se estivesse com câncer?

SIM

NÃO

Tem dúvidas ainda.

As duas questões seguintes estarão baseadas na **sua resposta anterior**. Caso **queira saber o diagnóstico**, dirija-se à pergunta 16. Caso **não queira saber o diagnóstico**, dirija-se à pergunta 17.

Para responder as questões utilize os seguintes critérios:

- 0 (zero):** quando a justificativa **não tiver fundamento** para você.
1 (um): quando a justificativa **for pouco** importante para você.
2 (dois): quando a justificativa **tiver uma importância relativa** para você.
3 (três): quando a justificativa **for muito** importante para você.

Atenção: Não está em julgamento o valor em si da afirmação, **apenas** a sua utilização como **justificativa** para a sua posição em **querer saber ou não o diagnóstico**.

16- Abaixo estão provavelmente alguns dos motivos pelos quais **prefere saber o diagnóstico**. Qual a importância que daria como fator de decisão na sua escolha?

a) Estar consciente do diagnóstico possibilita participar com a equipe médica na escolha do tipo de tratamento.

0 1 2 3

b) Superar uma perspectiva de morte ou outras situações que envolvam um grande trauma emocional é uma das características do ser humano.

0 1 2 3

c) Estar consciente do diagnóstico possibilita rever algumas prioridades materiais, espirituais ou de relacionamento interpessoal antes de uma possível morte.

0 1 2 3

d) No relacionamento médico-paciente é fundamental que a verdade esteja presente em qualquer ocasião.

0 1 2 3

e) O médico deve preservar sempre um sentimento de esperança no paciente.

0 1 2 3

f) O médico deve respeitar a autonomia do paciente em qualquer situação.

0 1 2 3

17- Abaixo estão provavelmente alguns dos motivos pelos quais prefere **não** saber o diagnóstico. Qual a importância que daria como fator de decisão na sua escolha?

a) Não há necessidade do paciente saber o diagnóstico, pois o médico e a família têm condições de tomar decisões no seu lugar.

0 1 2 3

b) Muitas pessoas não têm capacidade de superar uma perspectiva de morte ou outras situações que envolvam um grande trauma emocional.

0 1 2 3

c) Não vale a pena saber o diagnóstico, pois o paciente vive melhor sem que saiba que passa ou passou por uma doença grave.

0 1 2 3

d) É um direito do paciente se negar a saber toda a verdade.

0 1 2 3

e) O médico deve procurar preservar sempre um sentimento de esperança no paciente.

0 1 2 3

f) A autonomia do paciente em tomar decisões é limitada, depende da doença e de fatores sócio-culturais.

0 1 2 3

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTE, K.A.; VAUHKONEN, M.L. Cancer and the psyche. *Ann Med Intern Fenn*, 56, pSUPPL 49, p.5-33, 1967.
- AD HOC COMMITTEE ON MEDICAL ETHICS. American College of Physicians Ethics Manual, I: history of medical ethics, the physician and the patient, the physician's relationship to other physician and society. *Ann Intern Med*, v. 101, p.129-137, 1984.
- AITKENS-SWAN, J.; EASSON, E. C. Reactions of cancer patients on being told their diagnosis. *Br Med J*, v. 5, p. 779-783, 1959.
- ALI, N. S.; KHALIL, H. Z.; YOUSEF, W. A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs. *Cancer Nursing*, v. 16, n. 3, p. 193-203, 1993.
- ALMEIDA, M; MUÑOZ, D. R. Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS: O Direito à Informação e à Confidência; a Discriminação, o Abandono e a Coerção. *Bioética*, v. 1, n. 1, p. 49-53, 1993.
- ANGELL, M. Respecting the autonomy of competent patients. *N Engl J Med*, v. 310, p. 1115-1116, 1984.
- APPEL, M. H.; MAUSNER, J.; KAYE, J. The impact of an oncology course on attitudes of freshmen medical students. *J Med Educ*, v. 56, p. 919-921, 1981.
- ARNOLD, R. M.; POVER, G. J.; HOWELL, J. D. The humanities, humanistic behavior, and the humane physician: a cautionary note. *Ann Intern Med*, v. 106, p. 313-318, 1987.
- ARTISS, L. K.; LEVINE, A. S. Doctor-patient relation in severe illness: A seminar for Oncology Fellows. *New Engl J Med*, v. 288, p. 1210, 1973.

- BAKEMEIER, R. F.; MYERS, W. P. L.. The teaching of cancer medicine by educational objectives. *J Med Educ*, v.59, p. 24-32, 1984.
- BANKS, S. A.; VASTYAN, E. A. Humanistic studies in medical education. *J Med Educ*, v. 48, p. 248-257, 1973.
- BARBER, B. Compassion in medicine: toward new definitions and new institutions. *N Engl J Med*, v. 295, p. 939-943, 1976.
- BAROFSKY, I. Compliance, adherence and the Therapeutics alliance: steps in the development of self-care. *Soc. Sci Med.*, v. 12, p. 369-376, 1978.
- BARTON, D. The need for including instruction on death and dying in the medical curriculum. *J Med Educ*, v. 47, p. 169-175, 1972.
- BERMAN, S. H.; WANDERSMAN, A. Measuring knowledge of cancer: a review and proposed relevance to hazardous waste sites. *Social Science & Medicine*, v. 31, p. 81-90, 1991.
- BLACKWELL, B. Medical intelligence. *N Engl J Med*, v. 289, p. 249, 1973.
- BLANCHARD, C. G.; LABRECQUE, M. S.; RUCKDESCHEL, J. C. ; BLANCHARD, E. B.. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* v. 27, p. 1139-1145, 1988.
- BLANCHARD, C.G.; RUCKDESCHEL, J. C.; COHEN, R. F.; SHAW, E.; McSHARRY, J.; HORTON, J.. Attitudes toward cancer. The impact of a comprehensive oncology course on second-year medical students. *Cancer*, v. 47, p. 756-762, 1981.
- BLUMENFIELD, M.; LEVY, N. B.; KAUFMAN, D. Do patients want to be told? *N England J Med*, v. 299, p. 1138, 1978.
- BONFIM, N. F. et al. Diagnóstico da situação atual dos currículos das EMB. *R. Bras. Educ. Méd.*,v. 20, 1996.
- BONTEMPO, M. **Iniciação à medicina holística**. Rio de Janeiro : Record, 1995.

- BOX, V.. Cancer: myths and misconceptions. *J R SOC HEALTH*, v. 5, p. 161-166, 1984.
- BRANDÃO, M. S.; CREMA, R. **O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística**. 2 ed. São Paulo : Summus, 1991.
- BREWIN, T. B.. The cancer patient: communication and morale. *BR MED J*, v. 2, n. 6103, p. 1623-1627, DEC 24-31, 1977.
- BRODY, D. S. The patient's role in clinical decision making. *Ann Intern Med*, v. 93, p. 718-722, 1980.
- BROOKS, A. Public and professional attitudes toward cancer: a view from Great Britain. *Cancer Nur*, v. 2, p. 453-459, 1979.
- BROWN, R.S.; LEES-HALEY, P. R.. Fear of future illness, chemical AIDS, and cancerphobia: a review. *Psychol Rep*, v. 71, n. 1, p. 187-207, AUG 1992.
- BUCKMAN, R.. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ*, v. 288, p. 1597-1599, 1984.
- BUEHLER, J. A. What contributes to hope in the cancer patient? *American J Nursing*, v. 75, n. 8, p. 1353-56, 1975.
- BYRNE, J.; LEWIS, S.; HALAMEK, L.; et al.. Childhood cancer survivors' knowledge of their diagnosis and treatment. *Ann Intern Med* 110:400-403, 1989
- CAPONE, R. A. Truth telling: a cultural or individual choice? [letter; comment]. *Jama*, v. 269, n. 8, p. 988-9, discussion 989, feb 24, 1993.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 20 ed. São Paulo : Cultrix, 1982.
- CAPRA, F. Sabedoria incomum. 10 ed. São Paulo : Cultrix, 1994.
- CARDOSO, C. M. **A canção da inteireza. Uma visão holística da educação**. São Paulo : Summus, 1995.

- CASSILETH, B. R.; EGAN, T. A. Modifications of medical students' perception of the cancer experience. *J Med Educ*, v. 54, p. 797-802, 1979.
- CASSILETH, B. R.; ZUPKIS, R.; SUTTON-SMITH K; MARCH, V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Inter Med*, v. 82, p. 832-836, 1980.
- CASSORLA, R. M. S. *Da morte. Estudos brasileiros*. Papirus, 1991.
- CENTENO-CORTES, C.; NUNEZ-OLARTE, J. M.. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients responses. *Palliat Med*, ENGLAND, v. 8, n. 1, p. 39-44, 1994.
- CHAITCHIK, S.; KREITLER, S.; SHAKED, S.; SCHWARTZ, I.; ROSIN, R.. Doctor-patient communication in a cancer ward. *J Cancer Educ*, v. 7, n. 1, p. 41-54, 1992.
- CHARLTON, B.G. Holistic medicine or the humane doctor? *Br. J. Gen. Pract.*, v.43, n. 376, p. 475-477, nov., 1993.
- CHESLER, M. A.; PARIS, J.; BARBARIN, O. A. "Telling" the child with cancer: Parental choice to share information with ill children. *J Pediatr Psychol*, v. 11, p. 497-515, 1986.
- CLAFLIN, C. J.; BARBARIN, O. S. Does "telling" less protect more? Relationships among age, information disclosure and what children with cancer see and feel. *J Pediatr Psychol*, v. 16, p. 169-191, 1991.
- COHEN, R. E.; RUCKDESCHEL, J. C.; BLANCHARD, C. G.; et al. Attitudes toward cancer: II. A comparative analysis of cancer patients, medical students, medical residents, physicians, and cancer educators. *Cancer*, v. 50, p. 1218-1223, 1982.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Brasil, 2 educação médica, 1990.
- COOB, B. Patient responsible delay of treatment in cancer. *Cancer*, v. 7, p. 920, 1954.

- COOPER, S.; EAN, G.; ALPERT, R.; BAUM, J. H.; et al. Medical student's attitudes toward cancer. *J Med Educ*, v. 55, p. 453-439, 1980.
- DELGADO, G. L.; ARAUJO, G.N. [Physicians understanding of the mechanisms of adapting to the diagnosis in oncology]. *Rev Paul Med*, v. 106, n 4, p. 209-214, JUL-AUG 1988.
- DEWYS, W. Changing attitudes towards cancer. *J Chron Dis*, n. 295, p. 313-319, 1976.
- DICHI, I. O médico no cinema: uma nova abordagem na discussão de ética e psicologia médica. *R. Bras. Educ. Méd.*, n.18, v. 1, p. 1-48, jan./abr., 1994.
- DOOD, M. J.; CHEN, S.; LINDSEY, A. M.; PIPER, B. F. Attitudes of patients living in Taiwan about cancer and its treatment. *Cancer Nursing*, v. 8, n. 4, p. 214-220, Aug 1985.
- EDUCACION 2000. UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA. Global Alliance for Transforming Education. Dec., 1991.
- ENDE, J.; KAZIS, L.; ASH, A.; et al. Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med*, v. 4, p. 23-30, 1989.
- ENGEL, G. L. Care and feeding of the medical students. The foundation for professional competence. *Jama*, v. 215, p. 1135-1141, 1971.
- ENGEL, G. The need for a new medical model; A challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, p. 129-130, 1979.
- ENGEL, D. Verdade x mentira. *Jornal da Semana do Aparelho Digestivo*, n. 2, 1994.
- ENGEL, G. Enduring Attribute of Medicine Relevant for the Education of a Physician. *Ann. Intern. Med.*, v. 78, p. 587-593, 1973.
- ENGELHARDT, H. T. JR. Suicide and the cancer patient *CA-A Cancer J For Clinicians*, v. 36, n. 2, p. 105-109, march/april 1986.

- ESTAPÉ, J.; PALOMBO, H.; HERNÁNDEZ, E.; et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol*, v. 3, n. 6, p. 422, Jun 1992.
- FADEN, R. R.; BECKER, C.; LEWIS, C.; et al. Disclosure of information to patients in medical care. *Med Care*, v. 19, p. 718, 1981.
- FALLOWFIELD, L. J.; HALL, A.; MAGUIRE, G. P.; BAUM, M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*, v. 301, p. 575-580, 1990.
- FERGUSON, M. A conspiração aquariana. 8 ed. Rio de Janeiro : Nova Era, 1993.
- FERREIRA, H. A situação real do ensino médico no curso de graduação em medicina. *R. Bras. Educ. Méd.*, v. 20, 1996.
- FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. *Am Psychol*, v. 28, p. 857, 1973.
- FIELD, D. Teaching sociology in UK medical schools. *Medical Education*, v. 22, p. 295-300, 1988.
- FINE, V. K.; THERRIEN, M. E. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ*, v. 52, p. 752-757, 1977.
- FIORE, N. Fighting cancer-one patient's perspective. *N Englan J Med*, v. 300, p. 284-289, 1979.
- FOX, N. J. Sociology in the British medical curriculum: a survey. *Medical Education*. n. 23, p. 152-160, 1989.
- FRANK-STROMBORG, M. Reaction to the diagnosis of cancer questionnaire: development and psychometric evaluation. *Nurs Res*, v. 38, p. 364-369, 1989.
- FREEDMAN, B. Offering truth. One ethical approach to the uninformed cancer patient. *Arch Intern Med*, v. 153, n. 5, p. 572-6, mar 8 1993.
- FREEMAN, H. P. Cancer in the social-economically disadvantaged. *CA-A Cancer J For Clinicians*, v. 39, n 5, p. 267-288, 1989.

- FURTADO, T. Problemas na residência médica. *R. Bras. Educ. Méd.*, n.9, v. 3, p. 179-181, set./dez., 1985.
- GANZ, P.; SCHAG, C.; HEINRICH, R. The psycho-social impact of cancer on the elderly: a comparison with younger patients. *J Am Geriatr Soc*, v. 33, n. 6, p. 429-435, 1985.
- GAUTAM, S.; NIJHAWAN, M. Communication problems with cancer patients. *Br J Psychiatry* v. 150, p. 760-764, 1987.
- GERLE, B. The patient with inoperable cancer from the psychiatric and social standpoints. *Cancer*, v. 1206, 1960.
- GERT, B; CULVER, C. M. Paternalistic behavior. *Philosophy and Public Affairs*, v. 6, p. 45-57, 1976.
- GILLON, R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, V. 309, P. 184-188, 1994.
- GOFFMAN, T. E.; DACHOWSKI, L. The strategic management of serious news. *Mil Med*, v. 8, p. 424-426, aug 1992.
- GOLDBERG, R. J. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol*, v. 2, n. 8, p. 948-955, 1984.
- GOLDSCHMIDT, R. H.; HESS, P. Telling patients the diagnosis is cancer: a teaching module. *Fam Med*, v. 19, n. 4, p. 302-304, jul/aug 1987.
- GOLEMAN, D. Inteligência Emocional. *Objetiva*, 22. ed. Rio de Janeiro: 1995.
- GONÇALVES, E. L. Moral Médica. Ed. *Servier*, São Paulo:1984.
- GORLIN, R.; ZUCKER, H. D. Physician's reactions to patients. *N Engl J Med*, v. 308, p. 1059-1063, 1983.
- GOTTHEIL, E.; MCGURN, W. C.; POLLAH, O. Awareness and disengagement in cancer patients. *Am J PSYCH*, v. 136, p. 632-636, 1979.

- GREER, S. Psychological aspects: delay in the diagnosis of breast cancer. *Proc Roy Soc Més*, v. 67, p. 470-479, 1974.
- GRIMES, D. A. Unplanned pregnancies in the United States. *Obstetrics Gynecology*, v. 67, p. 438-442, 1986.
- GROVES, J. F. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*, v. 298, p. 883-887, 1981.
- HACKETT, T. P.; CASSEM, N. H.; RAKER, J. W. Patient delay in cancer. *N Engl J Med*, v. 289, p. 14-20, 1973.
- HALEY, J. B.; HUYNH, J.; PAIVA, R. E.; et al. Students' attitudes toward cancer: changes in medical school. *J Med Educ*, v. 52, p. 500-507, 1977.
- HAMERA, E.; SHONTZ, F. Perceived positive and negative effects of life-threatening illness. *J PSYCH RES* v. 22, p. 419-424, 1978.
- HARDY, R. E.; GREEN, D. R.; JORDAN, H. W.; HARDING G. Communication between cancer patients and physicians. *South Med J*, v. 73, p. 755-757, 1980.
- HAUG, M. R.; SUSSMAN, M. B. Professional autonomy and the revolt of the client. *Soc Prob*, v. 17, n. 153, 1969.
- HAUG, M; LAVIN, B. Public challenge of physician authority. *Med Care*, v.12, p.844-858, 1979.
- HAWKINS, C. Patients' reactions to their investigations: a study of 504 patients. *Br Med J*, v. 2, p. 638-640, 1979.
- HENRIQUES, B.; STADIL, F.; BADEN, H. Cancer. A prospective study of patients opinion and reaction to information about cancer diagnosis. *Acta Chir Scand*, v.146, n 5, p. 309-311, 1980.
- HOGSHEAD, H. P. The art of delivering bad news. *J Fla Med Assoc*, v. 63, p. 807, 1976.

- HOLLAND, J. C.; GEARY, N.; MARCHIN, A. An international survey of physician attitudes and practice regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest*, v. 5, n. 2, p. 151-154, 1987.
- HOLLAND, J. D. Now we tell-but how well? *J Clin Oncol*, v. 7, p. 557-559, 1989.
- HOLLAND, J. Psycho-social aspects of oncology. *Med Clin North Am*, v. 61, n. 4, p. 737-748, 1977.
- HOLLAND, J. Understanding the cancer patient. *CA- A Cancer Journal For Clinicians*, v. 30, p. 103-112, 1980.
- HOLLEB, A. I.; BRAUN, M. Ethical Issues and the Cancer Patient. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, v. 36, n. 2, march/april 1986.
- HOY, A. M. Breaking bad news to patients. *Br J Hosp Med*, v. 34, p. 96-99, 1985.
- HUGHES, J. Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 26, p. 277-283, 1982.
- HUNT, R. W.; BOND, M. J.; PATER, G. D. Psychological responses to cancer: a case for cancer support groups. *Community Health Stud*, v. 14, p. 35-38, 1990.
- INGELFINGER, F. J. Arrogance. *N Engl J Med*, v. 1507, 1980.
- JENSEN, P. S. Doctor-patient relationship: Headed for impasse or improvement? *Ann Int Med*, v. 95, p. 769, 1981.
- KAPLAN, M. Viewpoint: The cancer patient. *Cancer Nurs*, v. 6, n. 2, p. 103-107, 1983.
- KATZ, E. R.; VARNIM J.W. Social support and social cognitive problem-solving in children with newly diagnosed cancer. *Cancer*, v. 71 (10 SUPPL), p. 3314-3319, may 15 1993.

- KAYE, J.; APPEL, M.; JOSEPH, R. Attitudes of medical students and residents toward cancer. *J Psychol*, v. 107, p. 87-96, 1981.
- KELLERMAN, J.; RIGLER, D.; SIEGEL, S. E.; KATZ, E. R. Disease-related communication and depression in pediatric patients. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 2, n. 2, p. 52-53, 1980.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, v. 88, p. 251-258, 1978.
- KONIOR, G. S.; LEVINE, A. S. Fear of dying: how patients and their doctors behave. *Semin Oncol*, v. 2, p. 311-316, 1975.
- KRACKOV, S. K.; PRESTON, W.; RUBIN, P. Effects of an oncology elective on first-year medical students' knowledge and attitudes about cancer. *J Cancer Educ*, v. 5, p. 43-49, 1990.
- KRANT, M. Rights of the cancer patient. *CA*, v. 25, n. 2, p. 98, 1975.
- KÜBLER-ROSS, E. Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer. São Paulo : Martins Fontes, 1979.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo : Martins Fontes, 1981.
- LAMBERT, C. A.; NETHERTON, D. R.; FINISON, L. J.; et al. Risk factors and life style: a statewide health-interview survey. *New Engl J Med*, v. 306, p. 1048-1051, 1982.
- LANCASTER, D. M.; MCLEAN, J. E.; GUERRA, L. R. Assessment of denial students' attitudes toward cancer using a paired comparison technique. *J Cancer Educ*, v. 1, p. 249-254, 1986.
- LANE, J.C. Por que contar a verdade a um paciente com câncer? *Rev Paul Med*, v. 101, p. 248, 1983.
- LANGLANDS, A. "Doctor, what are my chances"? *Aust Fam Physician*, v. 20, n. 10, p. 1426-1430, oct 1991.

- LANSKY, S. B.; LIST, M. A.; HERMAAN, C. A.; et al. Absence of major depressive disorder in female cancer patients. *J Clin Oncol*, v. 3, p. 1553-1560, 1985.
- LEBOVITS, A. J.; CROEN, L. G.; GOETZEL, R. Z. Attitudes toward cancer: development of the cancer attitudes questionnaire. *Cancer*, v. 54, p. 1124-1129, 1984.
- LIBERATI, A.; MOSCONI, P.; MEYEROWITZ, B. [letter] *Jama*, v. 269, n. 8, feb 24 1993.
- LIND, S. E.; DELVECCHIO, GOOD, M. J.; SEIDEL, S.; et al. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol*, v. 7, n. 5, p. 583-589, may 1989.
- LÓPEZ, M. **Fundamentos da clínica médica. A relação paciente-médico.** Rio de Janeiro : Medsi, 1997.
- LOUHIVUORI, K. A.; HAKAMA, M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol*, 1979; v. 109, p. 59-65, 1979.
- LYNCH, H. T.; KRUSH, A. J. Delay: a deterrent to cancer detection. *Arch Environ Heal*, v. 17, p. 204-209, 1968.
- LYNN, J. Choices of curative and palliative care for cancer patients. *CA-A Cancer Journal For Clinicians*, v. 36, n. 2, p. 100-104, march/april 1986.
- MACKILLOP, W. J.; STEWART, W. E.; GINSBURG, A. D.; et al. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer* v. 58, p. 355-358, 1988.
- MAGAREY, C. J.; TODD, P.; BLIZARD, P. J. Psycho-social factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer. *Soc Sci Med*, v. 11, p. 229-232, 1977.
- MAHEUX, B.; BÉLAND, F. Students' perceptions of values emphasized in three medical schools. *Journal of Medical Education*, v. 61, p. 309-316, apr. 1986.

- MARGOLIES, R.; WACHTEL, A. B.; SUTHERLAND, K. R.; BLUM, R. H. Medical students' attitudes toward cancer. Concepts of professional distance. *J Psychosoc Oncol*, v. 1, p. 35-49, 1983.
- MARTINSON, I. M.; BI-HUI, Z.; YI-HUA, L. The reaction of Chinese parents to a terminally ill child with cancer. *Cancer Nursing*, v. 17, n. 1, p. 72-76, 1994.
- MATHEWS, J. J. The communication process in clinical settings. *Soc Sci Med*, v. 17, p. 1371-1378, 1983.
- McINTOSH J. Patients' awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease. *Lancet*, v. 2, p. 300-303, 1976.
- MCINTOSH, J. Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: a selective review of the literature. *Soc Sci Med*, v. 8, p. 167-187, 1974.
- MCNEIL, B. J.; PAUKER, S. G.; SOX, H. C. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N Engl J Med*, v. 306, p. 1259-1262, 1983.
- MCWHINNEY, I. R. Beyond diagnosis an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *N Engl J Med*, v. 287, p. 384-387, 1972.
- MINAYO, M. C. S. Um desafio sociológico para a educação médica. *R. Bras. Educ. Méd.* n.15, v. 1, p. 1-32, jan./dez., 1991.
- MIRRA, P. A. Situação atual da Cancerologia no Brasil. *Acta Oncol. Bras.* v. 6, p. 4-6, 1986.
- MITCHELL, G. W.; GLICKSMAN, A. S. Cancer patients: Knowledge and attitudes. *Cancer*, v. 40, p. 61-66, 1977.
- MIYAJI, N. T. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. *Soc Sci Med*, v. 36, n. 3, p. 249-64, feb 1993.
- MORRIS, T.; BLAKE, S.; BUCKLEY, M. Development of a method for rating cognitive responses to a diagnosis of cancer. *Social Science and Medicine*, v. 20, p. 795-802, 1985.

- MOSCONI, P.; MEYEROWITZ, B. E.; LIBERAT, M. C.; LIBERATI, A. Disclosure of breast cancer diagnosis: patient and physician reports. *Ann Oncol*, v. 2, n. 4, p. 273-80, apr 1991.
- NEGHME, A. Propósitos e objetivos da educação médica contemporânea. *R. Bras. Educ. Méd.*, v.II, n. 2, mai/jun/ago., 1978.
- NORTHOUSE, P. G.; NORTHOUSE, L. L. Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *J Of Psychosoc Oncol*, v. 5, p. 17-46, 1987.
- NOVACK, D. H.; PLUMER, R.; SMITH, R. L.; et al. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *Jama*, v. 261, p. 2980-2985, 1979.
- O'HAIR, H. D.; BEHNKE, R. R.; KING, P. E. Age-related patient preferences for physician communication styles. *Educ Gerontol*, v. 9, p. 147-158, 1983.
- OKEN, D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *Jama*, v. 175, p. 1120-1128, 1961.
- PAIVA, L. E.; PINOTTI, H. W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. *Acta Oncol Bras*, v. 8, p. 125-132, 1988.
- PARKES, C. M. Comment. Communication and cancer. A social psychiatrist's view. *Soc Sci Med*, v. 8, p. 189-190, 1974.
- PAULA, C. I.; VERANO, S. A. S. Câncer: a reação emocional do paciente e do médico assistente. *Acta oncol Bras* v. 8, p. 65-69, 1988.
- PECK, A. Emotional reactions to having cancer. *Am J Roentgenol*, v. 114, p. 591-599, 1972.
- PELLEGRINO, E. D. Educating the humanist physician: an ancient ideal reconsidered. *Jama*, v. 227, p. 1288-1294, 1974.
- PELLEGRINO, E. D. Medical ethics, education, and the physician's image. *Jama*, v. 235, p. 1043-1044, 1976.

- PELLEGRINO, E D. Is Truth Telling to the Patient a Cultural Artifact? *Jama*, v. 268, n. 13, p. 1734-1735, oct 7 1992.
- PELLEGRINO, E. D. Clinical ethics: biomedical ethics at the bedside. *Jama*, 260, p. 837-9, 1988.
- PENDLETON, D.; BOCHNER, S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of the patients' social class. *Soc Sci Med*, v. 14A, p. 669-673, 1980.
- PEREIRA, G. O ensino médico no Brasil. *R. Bras. Educ. Méd.*, n. 9, v. 3, p. 182-186, set./dez., 1985.
- PETEET, J. R.; ABRAMS, H. E.; ROSS, D. M.; STEARNS, N. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract*, v. 32, n. 6, p. 577-581, jun 1991.
- PETERS, A. S.; SCHIMPFHAUSER, F. T.; WRIGHT, J. R.; et al. Effect of cancer education program on students' interest and learning in cancer. *J Med Educ*, v. 61, p. 163-168, 1986.
- PLUMB, M. M.; HOLLAND, J. Cancer patients and depression. *Psychosom Med*, v. 39, p. 264-276, 1977.
- PREFEITURA DA CIDADE DE CURITIBA. *Boletim Epidemiológico de Curitiba*. Curitiba, ano VII, n. 5, ago/set 1995.
- PREMI, J. N. Communicating bad news to patients. *Canadian Family Physician*, v. 27, n. 837-841, 1981.
- PRICE, J. L. W. The patient's morale. *Lancet*, v. 1, p. 533, 1977.
- PUBLIC ATTITUDES TOWARD CANCER AND CANCER TESTS. *CA-A Cancer J Clinicians*, v. 2, p. 575-578, 1980.
- QUILL, T. E.; TOWNSEND, P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med*, v. 151, n. 3, p. 463-8, mar 1991.

- RADOVSKY, S. S. Bearing the news. *N Engl J Med*, v. 313, p. 586-588, 1985.
- RAIMBAULT, E. Aspectos psicossociais do paciente com câncer. *Psicorama*, v. 6, p. 7-8, 1985.
- REISER, S. J. Words as scalpels: transmitting evidence in the clinical dialogue. *Ann Intern Med*, v. 92, p. 837-842, 1980.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo : Summus, 1993.
- REYNOLDS, M. No news is bad news: patients views about communication in hospital. *Br Med J*, v. 1, p. 1673-1676, 1978.
- REYNOLDS, P. M.; SAMSON-FISHER, R. W.; POOLE, A. D. Cancer and communication: information giving in an oncology clinic. *Br Med J*, v. 282, p. 1449-1451, 1981.
- REZLER, A. G. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ* v. 49, p. 1023-1030, 1974.
- RICHARDS, A. L.; SCHMALE, A. H. Psycho-social conferences in medical oncology: role in a training program. *Ann Intern Med*, v. 80, p. 541-545, 1974.
- RIGHETTI, A. ; GIORGIO, G. Factors influencing the communication of the diagnosis to patients who have cancer. *J Cancer Educ*, v. 9, n. 1, p. 42-45, 1994.
- ROBERTS, C. S.; COX, C. E.; REINTGEN, D. S.; et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients psychological adjustment and decision-making. *Cancer*, v. 74, (1 SUPPL), p. 336-341, jul 1 1994.
- RODRIGUES, C.; KAJIYA, M.; GAZZI, O. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. *Acta Oncol Bras*, v. 11, n. 1/2/3, p. 123-126, Janeiro/Dezembro 1991.
- SAILLANT, F. Discourse, knowledge and experience of cancer: a life story. *Cult Med Pschiat*, v. 14, p. 81-104, 1990.

- SANSON-FISHER, R.; MAGUIRE, P. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools? *Lancet*, v. 11, p. 523-526, 1980.
- SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n.7, OPAS, Brasília, 1994.
- SANTOS, J. O. Filosofia da educação médica: interpretação da praxis. *R. Bras. Educ. Méd.*, v. 10, n. 2, p. 98-104, maio/ago., 1986.
- SAYD, J. D. A escola médica e seus implícitos sobre a morte. *R. Bras. Educ. Méd.*, n. 17, v. 3, p. 1-44, set./dez., 1993.
- SCHAIN, W. S. Physician-patient communication about breast cancer: a challenge for the 1990s. *Surg Clin North Am*, v. 70, p. 917-936, 1990.
- SCHMALE, A. H.; MARROW, G. K.; SCHITT, M. H.; et al. Well-being of cancer survivors. *Psychosom Med*, v. 45, p. 163-169, 1983.
- SCHMELKIN, L. P.; WACHTEL, A. B.; HECHT, D.; SCHNEIDERMAN, B. E. Cancer opinionnaire. Medical students' attitudes toward psycho-social cancer care. *Cancer*, v. 58, p. 801-806, 1986.
- SCHOENE-SEIFERT, B.; CHILDRESS, F. J. How much should the cancer patients know and decide? *CA*, v. 36, p. 85-94, 1986.
- SCHWARTSMANN, G.; EIZIRIK, C. L.; KAUFFMANN, A. L.; et al. Estudo das reações emocionais e grau de informação sobre a doença em uma população de pacientes com câncer no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Cancerol*, v. 31, p. 277-282, 1985.
- SEGALL, A.; ROBERTS, W. L. A comparative analysis of physician estimates and level of medical knowledge among patients. *Sociol Hlth Illnes*, v. 2, p. 317-334, 1980.
- SHAPIRO, J; SHAPIRO, D. H. Jr. The psychology of responsibility: some second thoughts on holistic medicine. *N Engl J Med*, v. 301, n. 211-212, 1979.

- SHATZ, D. Autonomy, beneficence and informed consent: rethinking the connections. *Cancer Invest*, v. 4, p. 257-269, 1986.
- SIEGLER, M.; REZLER, A. G.; CONNELL, K. J. Using simulated case studies to evaluate a clinical ethics course for junior students. *J Med Educ*, v. 57, p. 380-385, 1982.
- SLACK, W. V. The patient's right to decide. *Lancet*, v. 2, p. 240, 1977.
- SLAVIN, L. A.; O'MALLEY, J. E.; KOOCHER, G. P.; FOSTER, D. J. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. *Am J Psychiatry*, v. 139, n. 2, p. 179-183, feb 1982.
- SLEVIN, M. L. Talking about cancer: How much is too much? *Br J Hosp Med*, v. 38, p. 55, 58-59, 1987.
- SMITH, D. H.; McCARTY, K. Ethical issues in the care of cancer patients. *Prim Care*, v. 19, n. 4, p. 821-833, dec 1992.
- SOUBEYRAN, P.; RAVAUD, A.; CANY, L.; et al. Evaluation of medical students' hospital training: interest of students' essays. *J Cancer Educ*, v. 7, n. 1, p. 37-40, 1992.
- SOUHAMI, R. Teaching what to say about cancer. *Lancet*, v. 2, p. 935-936, 1978.
- SPIEGEL, D. Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatic*, v. 31, p. 361-366, 1990.
- SPIRO, H. What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine*, n. 116, p. 843-846, 1992.
- STEVENS, D. P.; STAGG, R.; MACKAY, I. R. What happens when hospitalized patients see their own records. *Ann Intern Med*, v. 86, p. 474-477, 1977.
- STIEFEL, F.; SENN, H. J. Cancer diagnosis disclosure in Spanish hospital: How do they discuss treatment options? *Annals of Oncology*, v 3, p. 422, 1992.

- STREET, R. L. JR. Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicate styles and personal characteristics. *Soc Sci Med*, v. 32, p. 541-548, 1991.
- SUBCOMMITTEE ON EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES IN THE INTERNIST, AMERICANA BOARD OF INTERNAL MEDICINE. EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES IN THE INTERNIST. *Ann Intern Med*, v. 99, p. 720-724, 1983.
- SURBONE, A. Truth telling to the patient. *Jama*, v. 268, n. 13, p. 1661-1662, oct 7 1992.
- SUTHERLAND, H. J.; LLEWELLY-THOMAS, H. S.; LOCKWOOD, G. A; et al. Cancer patients: Their desire for information and participation in treatment decisions. *J Royal Soc Med*, v. 82, p. 260-263, 1989.
- TÄHKÄ, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988.
- TAYLOR, K. M. Telling bad news: physicians and the disclosure of undesirable information. *Sociol Health Illness*, v. 10, p. 109-32, 1988.
- TAYLOR, S. E. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psych*, v. 38, p. 1161, 1983.
- THOMASMA, D. C. Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*, v. 98, p. 243-248, 1983.
- TOON, P. What is truth in practice? *Practitioner*, v. 235, n. 1502, p. 401-2, may 1991.
- TORABI, M. R.; SEFFRIN, J. R. Evaluation of effects of cancer education knowledge, attitude, and behavior of university undergraduate students. *J Cancer Educ* v. 4, p. 39-47, 1989.
- TUCKETT, D.; WILLIAMS, A. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultation. A review of empirical studies. *Soc Sci Med*, v. 18, p. 571-580, 1984.

- VALANIS, B. G.; RUMPLE, C. H. Helping woman to choose breast cancer treatment alternatives. *Cancer Nurs*, v. 8, p. 167-175, 1985.
- VANDERPOOL, H.; WEISS, G. Ethics and cancer: A survey of the literature. *South Med J*, v. 80, p. 500-506, 1987.
- VERONESI, U.; MARTINO, C. Can life be the same after cancer treatment? *Tomori*, v. 64, p. 345-351, 1978.
- WAITZKIN, H. Information giving in medical care. *J Helth Soc Behav*, v. 26, p. 81-101, 1985.
- WAITZKIN, H.; STOECKLE, J. D. The communication of information about illness. *Adv Psychosom Med*, v. 8, p. 180-215, 1972.
- WILLIAMS, E. I. Medical anthropology. *Medical Education*, v. 19, p. 1-2, 1985.
- WOODARD, L. J.; PAMIES, R. J. The disclosure of the diagnosis of cancer. *Prim Care*, v. 19, n. 4, p. 657-663, dec 1992.
- ZINN, W. M. Doctors have feelings too. *Jama*, 1988; v. 259, p. 3296-3298, 1988.