

*Carolina Rebello Pereira*

**Atitudes dos profissionais de saúde frente à  
revelação de más notícias**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia da  
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade  
Estadual Paulista, UNESP, para obtenção do título de  
Mestre em Anestesiologia.

*Orientador: Prof. Dr. Lino Lemonica*

Botucatu - SP  
2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Pereira, Carolina Rebello.

Atitudes dos profissionais de saúde frente à revelação de más notícias /  
Carolina Rebello Pereira – Botucatu : [s.n.], 2007.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade  
Estadual Paulista, 2007

Orientador: Prof. Dr. Lino Lemonica

Assunto CAPES: 40102130

1. Bioética. 2. Câncer. 3. Médico e paciente.

CDD 174.2

Palavras chave: Bioética; Câncer; Comunicação; Más notícias; Relação  
médico-paciente.

À minha mãe **Vera** que sempre acreditou em mim, me ajudou em todas as etapas do meu crescimento pessoal e profissional, sempre com amor, carinho e muita paciência. Sua ajuda foi fundamental durante o desenvolvimento desta dissertação.

## Agradecimentos:

Aos meus avós **Lucila** e **Thiago** que sempre me apoiaram, me deram exemplo, amor e suporte para que eu pudesse realizar os meus sonhos.

Ao **Prof. Dr. Lino Lemonica** que sempre ensinou que medicina se faz com o coração. Tenho hoje e sempre terei orgulho de ter tido a oportunidade de aprender e conviver com este profissional que marcou definitivamente a história do tratamento da dor e dos cuidados paliativos no Brasil

À meu grande amigo e mestre **Guilherme**, que sempre esteve ao meu lado, nos altos e baixos, nos risos e nas lágrimas, na profissão e na amizade e que me abriu espaço para crescer.

“O esclarecimento (iluminismo) é o fato que leva o homem a deixar sua menoridade; menoridade de que ele mesmo é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se a sua causa não estiver na ausência de entendimento, mas na ausência de decisão e coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem. Sapere aude! Tem a ousadia de fazer uso de seu próprio entendimento – tal é o lema do Iluminismo.”

“Se se fizer a pergunta: *vivemos hoje em uma época esclarecida?*, a resposta será: *não, vivemos em uma época de esclarecimento*”.

Immanuel Kant, 1724-1804.

**Sumário:**

<b>Resumo .....</b>	<b>11</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>13</b>
<b>1 - Introdução e Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>2 - Revisão da Literatura .....</b>	<b>18</b>
<b>3 - Casuística e Métodos .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 – Amostra .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 – Fatores de inclusão e exclusão .....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 – Questionário .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 – Metodologia Estatística .....</b>	<b>24</b>
<b>4 – Resultados .....</b>	<b>25</b>
<b>5 – Discussão .....</b>	<b>44</b>
<b>6- Conclusões .....</b>	<b>57</b>
<b>7- Referências Bibliográficas .....</b>	<b>59</b>
<b>8- Apêndices .....</b>	<b>68</b>
<b>8.1 – Consentimento Livre Esclarecido .....</b>	<b>68</b>
<b>8.2 – Questionário .....</b>	<b>69</b>
<b>8.3 – Aprovação da Comissão de Ética .....</b>	<b>71</b>

*Lista de Tabelas*

<b>Tabela 1</b>	Características do grupo de profissionais da saúde estudados. Média e desvio padrão referentes à idade e sexo (a); sexo (b) e profissão (c).	<b>25</b>
-----------------	--	-----------

***Lista de Gráficos:***

- Gráfico 1*** Respostas à primeira pergunta do questionário 26  
expressas em porcentagem
- Gráfico 2*** Respostas à segunda pergunta do questionário 27  
expressas em porcentagem
- Gráfico 3*** Frequência relativa (%) das respostas da segunda 28  
questão, relativa ao prognóstico segundo profissão. (a)  
médicos; (b) enfermeiros
- Gráfico 4*** Frequência relativa (%) das respostas da segunda 30  
questão, relativa ao prognóstico segundo faixa etária.  
(a) 25 a 40 anos; (b) 40 a 55 anos e (c) mais de 55 anos
- Gráfico 5*** Respostas à terceira pergunta do questionário expressas 32  
em porcentagem
- Gráfico 6*** Respostas à quarta pergunta do questionário expressas 33  
em porcentagem segundo profissão.
- Gráfico 7*** Respostas à quarta pergunta do questionário expressas 34  
em porcentagem relativa segundo faixa etária.



<b>Gráfico 8</b>	Respostas à quinta pergunta do questionário expressas em percentagem.	<b>35</b>
<b>Gráfico 9</b>	Respostas à sexta pergunta do questionário expressas em percentagem.	<b>36</b>
<b>Gráfico 10</b>	Respostas à sexta pergunta do questionário expressas em percentagem relativa à profissão	<b>37</b>
<b>Gráfico 11</b>	Respostas à sétima pergunta do questionário expressas em percentagem	<b>38</b>
<b>Gráfico 12</b>	Respostas à sétima pergunta do questionário expressas em percentagem em relação à idade	<b>39</b>
<b>Gráfico 13</b>	Respostas à oitava pergunta do questionário expressas em percentagem.	<b>41</b>
<b>Gráfico 14</b>	Revelação do diagnóstico: comparação entre o que o profissional da saúde oferece aos seus pacientes e o que gostaria que fosse feito para si em caso de doença. Dados expressos em percentagem relativa	<b>42</b>

**Gráfico 15** Revelação do Prognóstico: comparação entre o que o 43  
profissional da saúde oferece aos seus pacientes e o que  
gostaria que fosse feito para si em caso de doença.  
Dados expressos em porcentagem relativa.

### **Resumo:**

**Introdução:** Nas últimas décadas profundas mudanças têm ocorrido no tocante à revelação de informações aos pacientes, em especial àqueles com diagnósticos de doenças que ameacem a vida, como o câncer. Porém no Brasil, e em muitos países em desenvolvimento, ainda é a regra a atitude paternalista dos profissionais da saúde ao oferecer uma “mentira solidária”, ao invés de informar o diagnóstico real de câncer.

**Objetivos:** Descrever as preferências em relação à revelação do diagnóstico e prognóstico entre os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e avaliar se esses profissionais oferecem aos seus pacientes a mesma conduta que gostariam de receber se estivessem com uma doença que ameaça a vida.

**Metodologia:** Após consentimento livre esclarecido, foram aplicados questionários contendo oito questões sobre preferências acerca da revelação de informações sobre diagnóstico e prognóstico para 50 médicos e 50 enfermeiros.

**Resultados:** Noventa e sete por cento dos profissionais da saúde acredita que sempre ou quase sempre se deve contar o diagnóstico aos pacientes e 80% o prognóstico. Quando se refere às preferências pessoais, 96% querem saber, em qualquer circunstância, seu próprio diagnóstico e 92% o prognóstico. Dentre os profissionais entrevistados 35% acreditam que existam situações em que mentir ou omitir informações aos pacientes é justificável, porém 90% não admitiriam que algum profissional da saúde lhes mentisse/omitisse informações. Quarenta e sete por cento crêem que a família deve ser envolvida no processo de informação do diagnóstico estes também envolveriam a própria família em caso de doença que ameaça a vida.

Conclusão: Pelo presente estudo é possível demonstrar que os médicos e enfermeiros, em uma perspectiva de bioética aplicada à clínica, estão cada vez mais se aproximando das expectativas dos pacientes, embora ainda haja um longo caminho a percorrer.

**Palavras Chave:** Bioética; Câncer; Comunicação; Más notícias; Relação médico-paciente.

**Abstract:**

**Introduction:** Last decades, deep changes have occurred on disclosure of informations to the patients, especially those with diagnosis of life threatening diseases like cancer. Beside this fact, in Brazil and in many other countries in development, the paternalistic attitude of health professionals is still the rule; they rather offer a solidary lie instead of full disclosure of cancer.

**Objectives:** To describe the preferences among the disclosure of diagnosis and prognosis of health professionals (nurses and physicians) and evaluate if these professionals offer the their patients the same attitude they would like to receive in case they face a life-threatening disease.

**Methodology:** After informed consent, an eight questions questionnaire about preferences of disclosure of diagnosis and prognosis was offered to 50 physicians and 50 nurses.

**Results:** Ninety-seven percent of health professionals believe that diagnosis must be told always or almost always to their patients and 80%, the prognosis. When considered personal preferences, 96% want full disclosure of diagnosis in any circumstance and 92% of prognosis. Between the interviewed professionals, 35% believe that there are situations when lying or withhold informations from a patient is justified, but 90% would not admit that any health professional lie or withhold informations. Forty seven percent believe that family must be involved in any point of diagnosis disclosure process, and they also would involve their own family in case of their own illness.

**Conclusion:** By this study it is possible to demonstrate that physicians and nurses, on a perspective of clinical bioethics, are almost reaching their patients expectations, although there is still a long way to go.

**Key words:** Bioethics; Cancer; Communication; Disclosure; Medical-patient relationship

## 1. Introdução e Objetivos:

Nas últimas décadas, os direitos dos pacientes de acesso às informações sobre diagnósticos, prognósticos, riscos de tratamentos e intervenções, bem como o exercício da autonomia e da vontade, têm sido largamente debatidos e enfatizados.<sup>1,2</sup>

Os mais recentes trabalhos publicados na literatura científica internacional têm indicado que o foco de interesse gira em torno das *técnicas mais apropriadas* para comunicar um diagnóstico de doença incurável ou que ameace a vida do paciente<sup>3-7</sup>, assim como do *direito de não saber*. Esse vem sendo debatido e tem conquistado inúmeros adeptos, como expressão fundamental ética e legal da autonomia.<sup>8</sup>

Segundo a experiência dos profissionais de saúde do Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da UNESP-Botucatu, uma parte significativa dos pacientes portadores de doença neoplásica que chega para o primeiro atendimento apresenta informações incompletas ou desconhece totalmente sua condição. Quando esta questão é aprofundada, verifica-se que algumas situações são recorrentes. O profissional da saúde que fez a investigação diagnóstica revela informações aos familiares e delega a eles a responsabilidade de decidir se o paciente está preparado ou não para receber a informação.

Mais grave ainda, este profissional deixa a cargo dos cuidadores e familiares comunicarem uma notícia com potencial de ser devastadora como um diagnóstico de câncer. Outra situação cômoda para o médico é a própria decisão dos familiares em não transmitir ao doente a informação sobre sua doença baseada em tabus ou suposições

errôneas. Por vezes é uma conduta incentivada pelo profissional e, uma vez aceita pelo familiar, imediatamente adotada por toda a equipe.

Algumas vezes, o paciente e até os próprios cuidadores, teoricamente informados da situação, recebem uma avalanche de termos técnicos e palavreado difícil que não é compreensível para seu nível cultural. Nesse contexto, essa conduta causa profunda insatisfação e distanciamento, em um momento em que a relação profissional de saúde-paciente deveria ser estreitada e cultivada.

Estes cenários, infelizmente recorrentes na prática clínica, trazem grandes dificuldades, pois conspiram para que as pessoas jamais tenham a chance de se preparar para enfrentar a doença, os tratamentos e a própria morte.

Segundo a revista VEJA <sup>9</sup>, uma publicação tradicional da mídia leiga, apenas 10% dos pacientes terminais no Brasil se conformam e tomam providências adequadas para o fim da vida. Noventa por cento preferem crer que algum milagre da medicina ou até espiritual pode reverter esta situação. O otimismo e a esperança são aliados dos tratamentos de saúde, porém o que estas estatísticas mostram são números alarmantes.

Pode ser um alerta. Tais estatísticas abrem espaço para questionar se realmente os pacientes e seus familiares estão recebendo informações em quantidade e qualidade suficientes para que compreendam adequadamente a sua situação. Indaga-se também, se está sendo oferecida, de fato, a oportunidade e o suporte para que os pacientes se preparem para enfrentar o tempo de vida que ainda têm pela frente com dignidade e conforto<sup>9</sup>.

Considerando estes aspectos, o presente trabalho tem por objetivos inicialmente avaliar o quanto de informação os profissionais da saúde, em nosso meio, oferecem aos seus pacientes oncológicos. Em segundo lugar, comparar esses dados com a



quantidade e qualidade de informação que eles próprios gostariam de receber em uma situação de doença que ameaça sua própria vida como o câncer e, finalmente identificar as características das atitudes de profissionais da saúde inseridos na cultura latino-americana que influenciam a revelação de informações sobre a saúde dos pacientes.

## 2. Revisão da literatura

As atitudes dominantes de profundo paternalismo por parte dos médicos, que datam da antiga tradição hipocrática, permitiam que as decisões fossem tomadas sem o conhecimento dos pacientes, em uma época onde o médico era o único detentor do conhecimento em saúde, reforçado por um misticismo próprio da época. Presumia-se que a decisão do médico revelaria ser sempre a melhor opção para o paciente, o que autorizava ao médico agir com total onipotência para decidir, em termos de saúde, o presente e o futuro das pessoas aos seus cuidados.<sup>10, 11</sup>

A partir do final da década de 70, os médicos nos EUA passaram a informar os pacientes oncológicos sobre seus diagnósticos e prognósticos<sup>12, 13</sup> o que modificou profundamente o tradicional comportamento paternalista dominante.

Provavelmente, esta evolução ocorreu por diversos motivos. Primeiro, porque a palavra *câncer* diminuiu seu estigma de condenação à morte. Antigamente, pouco se podia fazer após um diagnóstico de neoplasia, o qual era associado à idéia de morte próxima e de sofrimento intenso. Atualmente, os avanços na área da oncologia com abordagens terapêuticas mais eficientes, exames de detecção precoce, quimioterapia, radioterapia, cirurgias curativas, tratamento da dor e cuidados paliativos, modificaram e clarificaram esta perspectiva sombria,<sup>7, 14, 15</sup> o que justifica a evolução da comunicação entre o médico e o paciente de câncer. Outra explicação para tal mudança de atitude, principalmente nos Estados Unidos, decorre de normativas de conduta em saúde elaboradas frente às exigências legais vigentes nesse país<sup>14</sup>.

Além disto, as pessoas passaram a ter mais acesso à informação através da imprensa, da internet, dos documentários, dos programas de conscientização da população,

das estratégias de saúde pública na prevenção e detecção precoce do câncer e de outras doenças, onde grande parte das explicações pode ser encontrada.<sup>5, 14, 16, 17</sup>

Houve também uma mudança de atitude dos pacientes, em decorrência das atualizações nas legislações vigentes, nacionais e internacionais. Com isso, conferiu-se a proteção e garantias aos direitos e liberdades que lhes eram cabidos. O direito da pessoa à informação sobre sua saúde passou a ser exigido fazendo parte do rol das conquistas reconhecidas.<sup>18</sup>

A bioética ganhou nome e reconhecimento, e respaldada nas leis vigentes e normativas mundiais, passou a defender os direitos dos pacientes com maior objetividade, centrada nas necessidades de todos os indivíduos. A autonomia como princípio fundamental, amparada nos princípios da não maleficência, beneficência e da justiça, firmou-se como alicerce da boa prática médica no mundo.<sup>11, 19-21</sup>

Com base nas idéias de Kant o Iluminismo fez da autonomia seu estandarte. Para este filósofo, a verdade e o esclarecimento eram bens preciosos e objetivos a serem alcançados e conquistados, considerando a autonomia da vontade, a expressão máxima do homem enquanto indivíduo e a representação da maturidade humana.<sup>22</sup>

Atualmente, dilemas bioéticos têm feito parte do atendimento à saúde. Desse modo, os prestadores de serviços de saúde, tanto quanto os pacientes, têm demonstrando interesse e conferido mais importância às questões relativas à autonomia da vontade, confidencialidade e veracidade, principalmente, quando envolvem decisões a respeito da vida e medidas de suporte. No entanto, há ainda um choque entre a medicina tradicional, abrigada no manto da beneficência e externada nas atitudes paternalistas, e, a medicina científica moderna que privilegia a autonomia e os deveres éticos e legais.<sup>23, 24</sup>

O consentimento livre e esclarecido, atualmente mandatório, é um compromisso do profissional de saúde, baseado na relação médico – paciente, onde um indivíduo legalmente competente recebe do médico a informação em qualidade e quantidade suficiente para que participe ativamente do processo de tomada de decisão a respeito de seu diagnóstico e tratamento de sua doença.<sup>23</sup>

Em 2001, durante a Conferência Internacional Appleton<sup>25</sup>, foram discutidas e desenvolvidas as diretrizes regulamentadoras das questões que visam manter ou suspender tratamentos médicos, prolongando ou extinguindo a vida, sob o prisma da capacidade legal e volitiva do próprio paciente.<sup>25</sup>

Diante da complexidade das questões atuais que repercutem em toda a sociedade, emerge como tarefa da bioética, possibilitar que a sociedade compreenda e decida sobre as questões pertinentes à ética da vida, considerando que o que determina o nosso futuro não é a solução dos problemas técnicos, mas dos problemas éticos.<sup>21</sup>

Considerando um paradigma de uma bioética principialista que adotou e expandiu a abrangência dos três princípios descritos no relatório Belmont<sup>26</sup> ou dos quatro descritos por Childress e Beauchamp (beneficência, não-maleficência, autonomia e a justiça)<sup>27</sup>, foram estabelecidos os princípios éticos básicos que ainda orientam boa parte das condutas ético-acadêmicas e práticas pelo mundo. Atualmente, outros paradigmas bioéticos têm ganhado espaço, tendo em vista a limitação do principialismo, que não oferece respostas para todas as perguntas. Muitas contribuições inovadoras têm sido propostas, com o propósito de reforçar o rol dos princípios que fundamentam a bioética: uns têm como paradigma casuístico uma abordagem mais dinâmica e flexível da bioética; outros centralizam mais a hermenêutica, o paradigma do cuidado, o contratualismo, o direito natural que oferece maior abrangência à complexidade das dimensões morais da

humanidade.<sup>21</sup> Embora existam diversas linhas de pensamento, todas têm em comum a busca pelo que é bom e o que é certo.<sup>27</sup>

A bioética e os princípios que dela decorrem são ferramentas indispensáveis para a construção de uma medicina pautada na ética, por refletirem a dignidade da vida humana e a importância da integridade profissional. A discussão dos temas que envolvem os anseios das pessoas tem a finalidade precípua de orientar as reflexões pertinentes à realidade contemporânea, coibindo abusos e danos previsíveis e orientando a conduta para o futuro, fortalecendo o papel da medicina dentro de uma sociedade humana mais consciente.<sup>25</sup>

Segundo o Código de Ética Médica brasileiro, “o médico tem o dever com o paciente de fornecer diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano”.<sup>28</sup> Portanto, a comunicação aberta e verdadeira deveria ser a regra, e não contar, deveria ser a exceção.<sup>29</sup>

Segundo orientações do Centro de Bioética do CREMESP, o médico deve ser claro, procurando dizer a verdade ao paciente, se esse o desejar, mesmo que seja portador de doença grave.<sup>30</sup>

Desde 1999, o Estado de São Paulo possui legislação especial que dispõe sobre os direitos dos pacientes, assegurando-lhes receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre tudo o que diz respeito à sua saúde.

No mundo todo, trabalhos científicos mostram que apesar de diferenças culturais, a maioria dos pacientes gostaria de ser informado, mesmo sobre um diagnóstico de doença que ameaça a vida como o câncer<sup>1, 5, 7, 31</sup>. Assim como no Brasil<sup>32, 33</sup>, em diversos países<sup>34</sup> como o Japão<sup>31</sup>, a Turquia<sup>35</sup>, a Grécia<sup>36</sup>, a China<sup>37</sup>, a Itália<sup>15</sup>, a atitude paternalista dos médicos ainda é regra, considerando-se a cultura como fator fundamental,

tanto nas atitudes dos médicos, quanto no exercício da autonomia dos enfermos <sup>38-41</sup>. Em 1989, no Japão, por exemplo, onde a influência cultural paternalista é bastante arraigada, o ex-imperador Hirohito morreu sem saber do seu diagnóstico de câncer.<sup>42</sup>

Ainda hoje, muitas justificativas são oferecidas para inviabilizar a má notícia, tais como alegar que os pacientes não estão preparados para a verdade, que não têm capacidade para lidar com a informação, que devem ser protegidos do desespero e da depressão causados por informação desfavorável. Essas e outras justificativas pretendem explicar e sustentar as causas que levam os médicos a omitir e até a mentir sobre diagnósticos e prognósticos aos seus pacientes.<sup>40, 43</sup> Outros fatores que influenciam a quantidade de informação revelada são referentes à influência da família<sup>5</sup>, à idade e ao sexo do paciente e à possibilidade ou não de cura.<sup>16, 31</sup>

O critério para decidir quais são os pacientes que devem ou não ser informados é pessoal, sendo freqüentemente determinado pelo desconforto e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a situação extremamente estressante de comunicar más notícias a um paciente e seus familiares.<sup>3, 16, 31, 44, 45</sup>

De fato, a literatura sugere que a habilidade dos médicos em estimar a quantidade de informação que um paciente deseja não corresponde à expectativa desses, podendo causar insatisfação e comprometimento da qualidade da relação entre o médico e o paciente.<sup>2, 46, 47</sup>

### **3. Casuística e Métodos:**

#### **3.1. Amostra:**

Após a obtenção do consentimento livre e esclarecido (vide apêndice I), foram oferecidos, aleatoriamente, questionários a 104 profissionais da saúde de nível superior, em eventos científicos e nas dependências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu durante o ano de 2006. Por razão de erro no preenchimento dos questionários, quatro deles foram invalidados e retirados do trabalho, portanto, 100 foram efetivamente utilizados.

Foram incluídos aleatoriamente 23 médicos do sexo masculino e 27 do sexo feminino. Quanto aos enfermeiros, 7 foram homens e 43 mulheres.

#### **3.2. Fatores de inclusão e exclusão:**

Os questionários válidos foram obtidos de cinquenta médicos, sem considerar suas especialidades, e de cinquenta enfermeiros. Não houve limitação de idade entre os profissionais de saúde e tampouco quanto ao sexo.

#### **3.3. Questionário:**

Foi elaborado um questionário sobre preferências dos médicos e enfermeiros acerca das informações oferecidas aos pacientes oncológicos, baseando-se na experiência clínica e vivência dos profissionais de saúde do Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da UNESP.

Foram abordadas preferências pessoais sobre a revelação do diagnóstico; para quem as informações devem ser preferencialmente oferecidas, e se, no entendimento do entrevistado, existe alguma justificativa para omissão de informações.

As primeiras quatro questões avaliam a opinião do entrevistado como profissional de saúde em relação a uma linha de conduta que ele acha mais adequada em sua prática. Nas últimas quatro questões, os mesmos temas são abordados, porém avaliando a quantidade de informação e as preferências individuais se o próprio entrevistado estivesse na situação de doença que ameaça a sua vida. (apêndice II)

Os questionários foram entregues aos participantes, solicitando-se que preenchessem todas as perguntas e os devolvessem ao pesquisador. O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue na mesma ocasião.

Dados sobre idade, sexo e formação foram coletados dos entrevistados.

#### 3.4. Metodologia Estatística:

Para comparação das idades em relação ao sexo e à profissão foi utilizado o teste t de Student. Para estudo da associação entre as variáveis foi utilizado o teste Exato de Fisher e o teste do qui-quadrado. O nível de significância considerado foi de 5%.



#### **4. Resultados:**

Dentre os profissionais da saúde aos quais foi solicitado que respondessem ao questionário, foram entregues 104. Destes, 51 foram preenchidos por médicos e 53 por enfermeiros. Quatro formulários foram excluídos por preenchimento inadequado ou incompleto, totalizando, por conseguinte, uma amostra de 100 indivíduos (50 médicos e 50 enfermeiros) de áreas e especialidades diversas.

Os dados sobre profissão, idade média e sexo são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Características do grupo de profissionais estudados com relação à profissão, ao sexo, e a idade médias (anos) e respectivos desvios padrão.

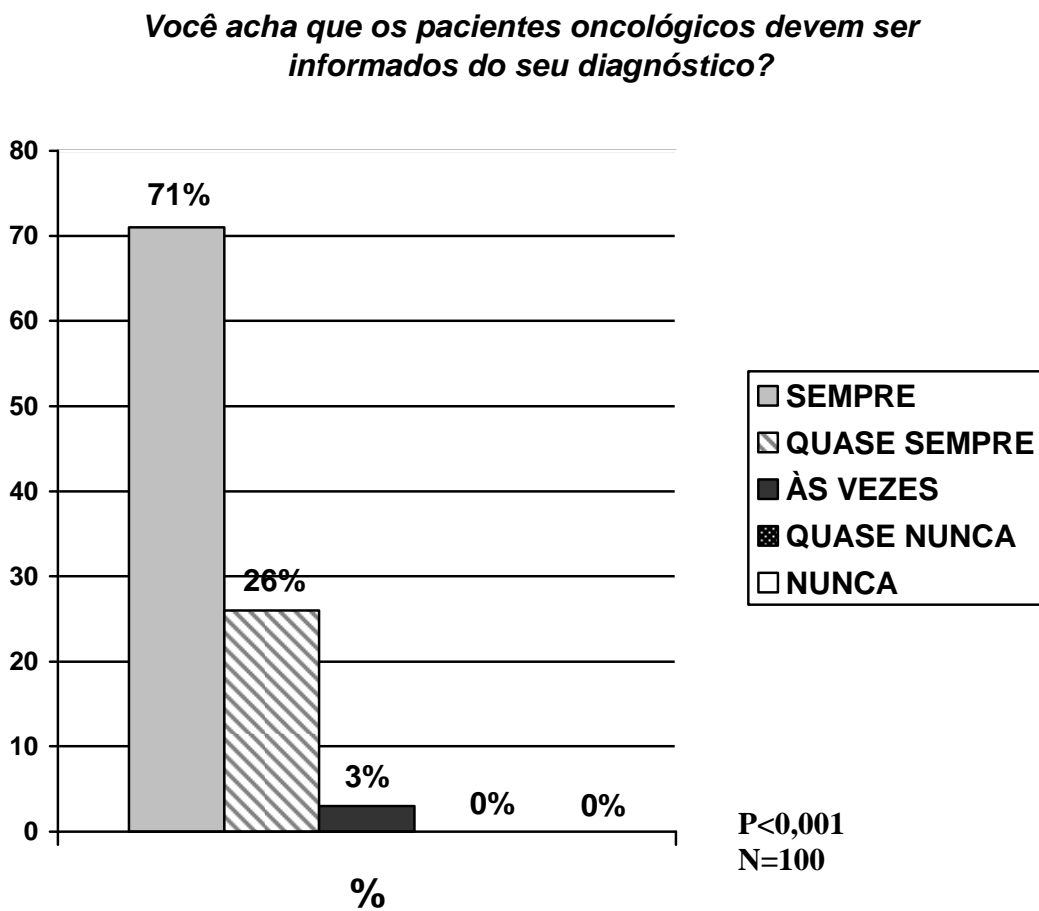
<b><u>SEXO</u></b>	<b><u>QUANTIDADE</u></b>	<b><u>PROFISSÃO</u></b>		<b><u>IDADE MÉDIA</u></b>
		<b>Médicos</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>(anos)</b>
<b>FEMININO</b>	70*	27	43	33,2 ± 10,0
<b>MASCULINO</b>	30*	23	7	37,5 ± 11,6
<b>TOTAL</b>	100	50	50	34,4 ± 10,6

\*Valor de  $p < 0,05$

Não houve diferença significativa quando considerado o sexo em relação à profissão, porém, o grupo de enfermeiros apresentou um maior número de mulheres (43), o que é compatível com o observado no exercício profissional. Contudo, nenhuma resposta referente a qualquer questão apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo.

Na questão relativa à revelação do diagnóstico, a maioria dos entrevistados (97%) respondeu que os pacientes oncológicos devem ser informados dos seus diagnósticos (71% sempre e 26% quase sempre).

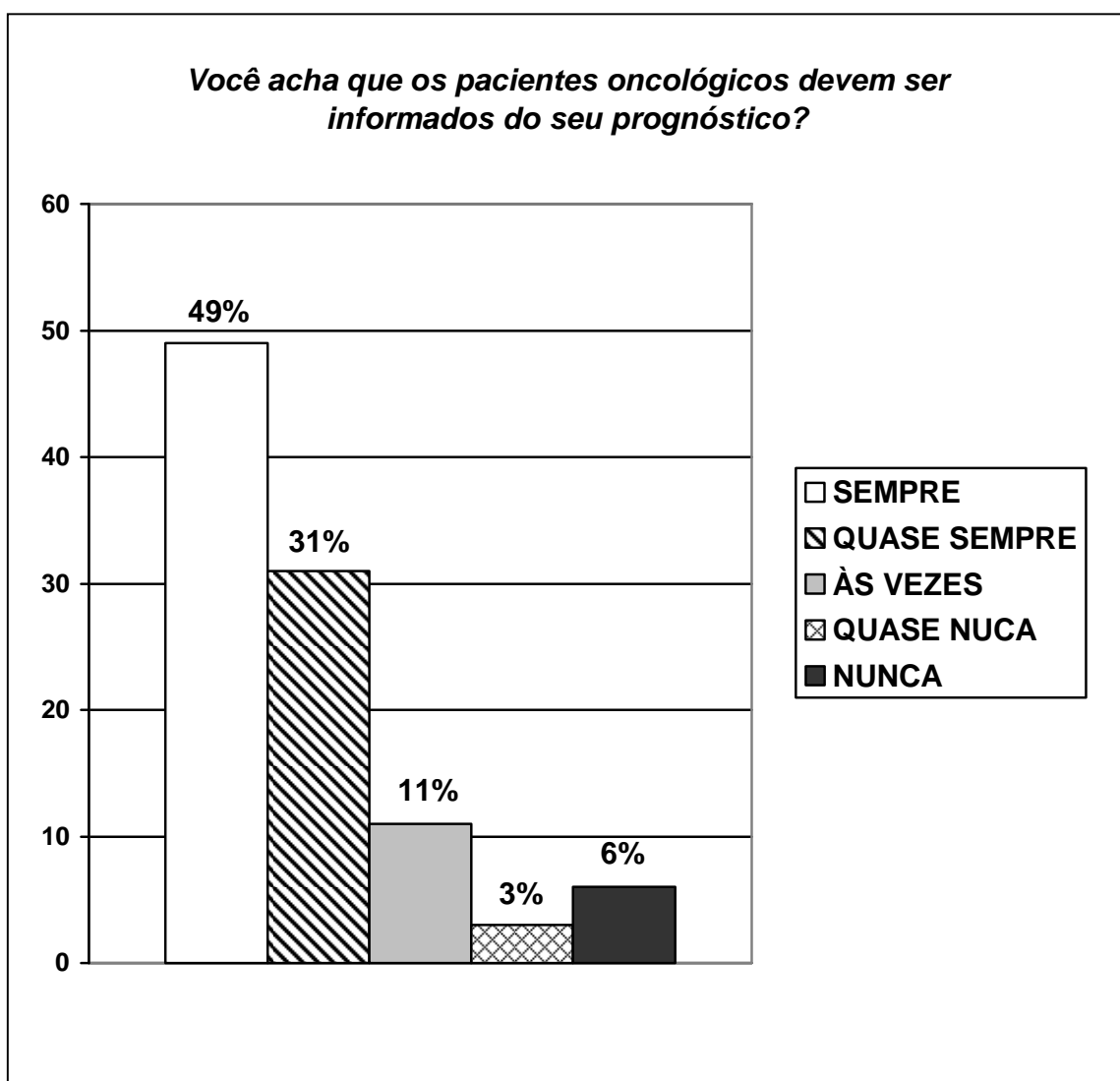
**Gráfico 1** – Respostas à primeira pergunta do questionário expressas em porcentagem.



As respostas relacionadas a esta pergunta não apresentaram diferenças estatisticamente significativa quando avaliadas em relação à idade ou à profissão.

Em relação à segunda questão que trata sobre prognóstico, quase metade dos participantes (49%) demonstra ser a favor de informar o paciente sempre e 31%, quase sempre.

**Gráfico 2:** Respostas à segunda pergunta do questionário expressas em



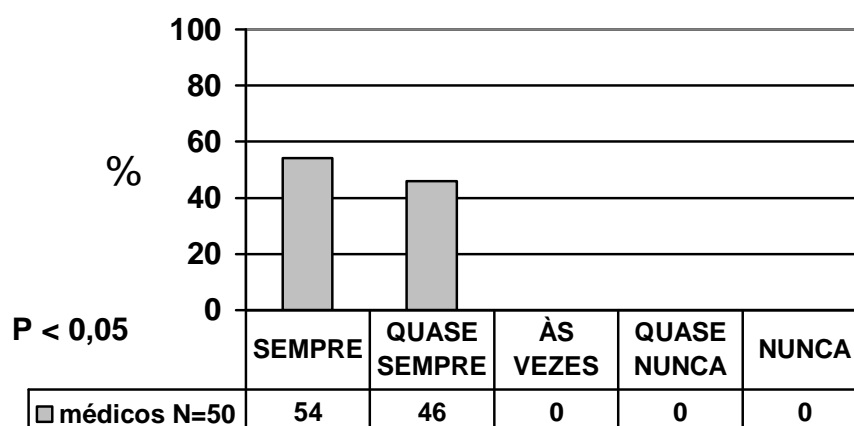
porcentagem.

Entretanto, houve diferença significativa em relação à profissão. Cotejados os resultados com as profissões declaradas no consentimento livre e esclarecido, verificou-se diferença significativa, sendo que 100% dos médicos afirmam que os pacientes devem ser informados sempre ou quase sempre e 18% dos enfermeiros acreditam que nunca ou quase nunca.

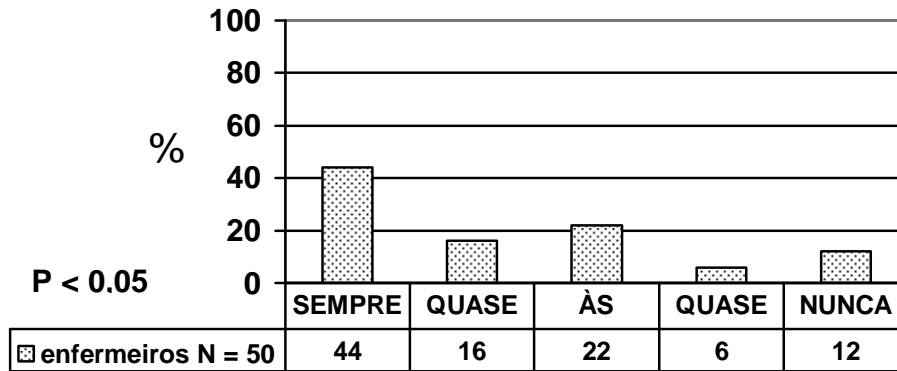
**Gráfico 3** - Frequência relativa (%) das respostas da segunda questão, sobre o prognóstico segundo a profissão: (a) médicos e (b) enfermeiros.

***Você acha que os pacientes oncológicos devem ser informados do seu prognóstico?***

***A . Médicos***



### B. Enfermeiros

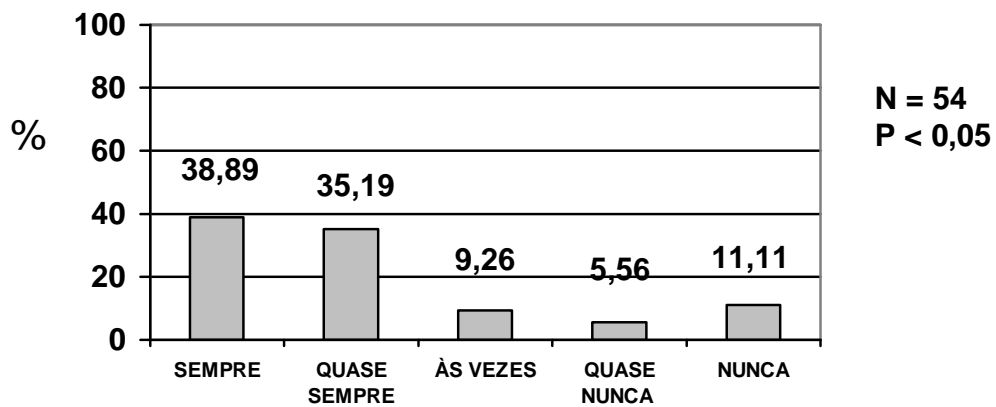


De acordo com as respostas analisadas, a idade também exerceu influência, pois 100% dos entrevistados com mais de 50 anos e 81,8% entre 35 e 50 informariam o prognóstico sempre ou quase sempre.

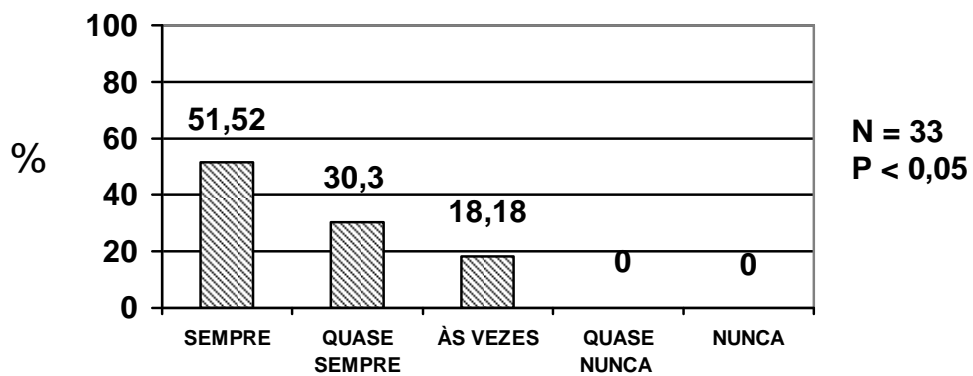
**Gráfico 4** - Frequência relativa (%) das respostas da segunda questão, relativa ao prognóstico segundo faixa etária. (a) 25 a 40 anos; (b) 40 a 55 anos e (c) mais de 55 anos.

***Você acha que os pacientes oncológicos devem ser informados do seu prognóstico?***

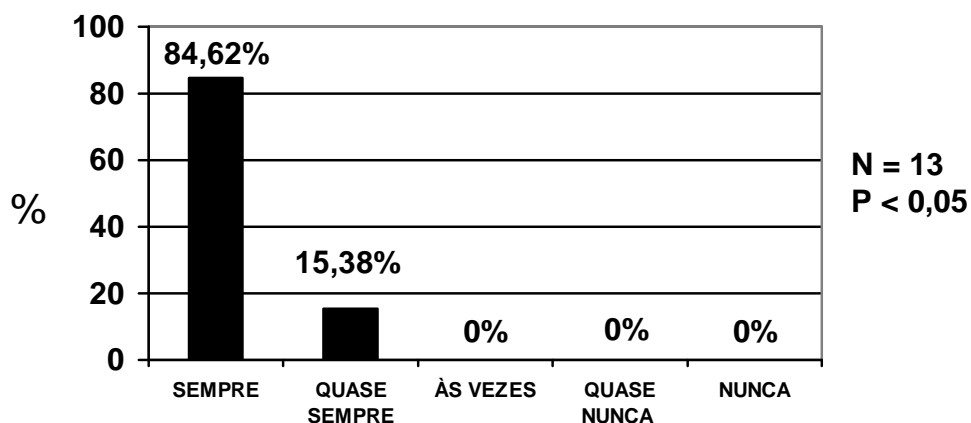
**A . Faixa etária de 25 a 40 anos**



**B. Faixa etária de 40 a 55 anos**



### C. Faixa etária de mais de 55 anos

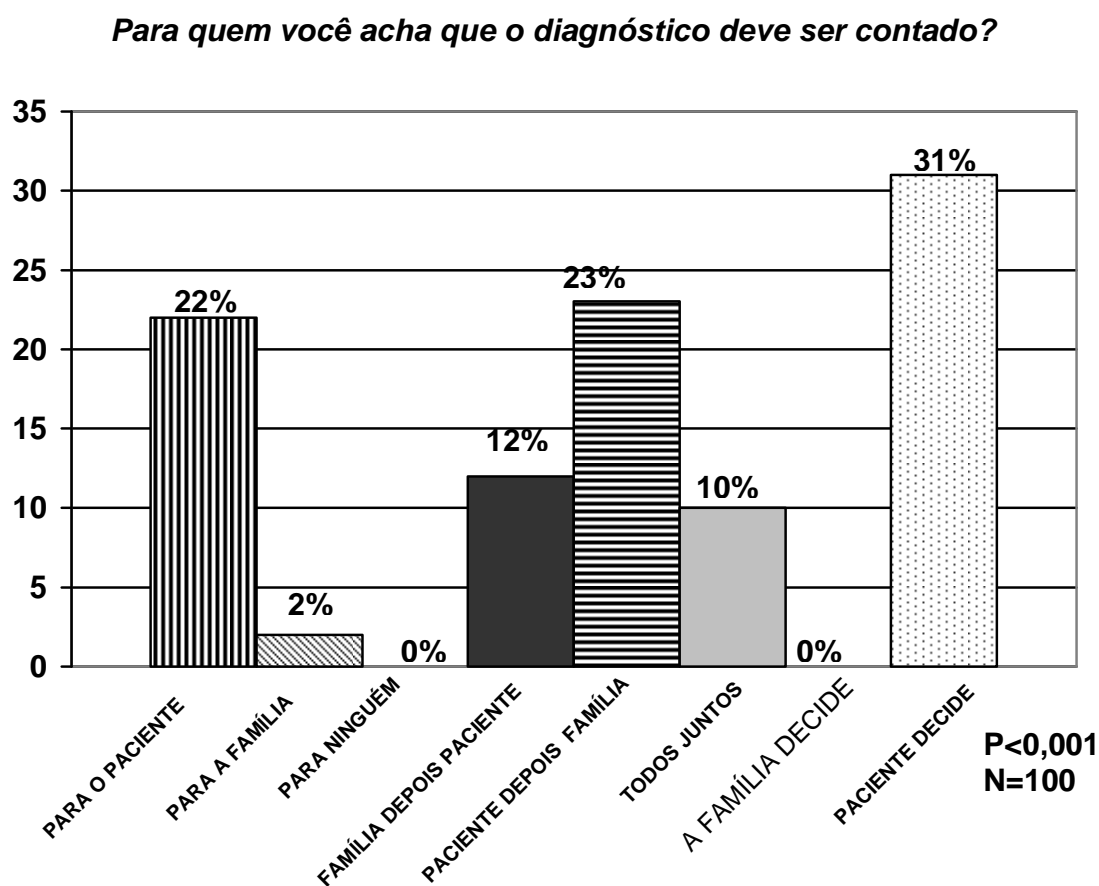


Quando perguntados a quem preferencialmente o diagnóstico deveria ser revelado (questão 3), 88% do total de participantes responderam que ao paciente em primeiro lugar (sozinho ou juntamente com os familiares).

Segundo a opinião dos participantes, 47% incluiriam a família no processo de revelação de más notícias em algum momento. Apenas 2% crêem que somente a família deve ser informada e nenhum participante acha que os familiares devem decidir a quem o diagnóstico deve ser informado.

Esta questão não apresentou diferença significativa em relação à idade ou profissão.

**Gráfico 5:** Respostas à terceira pergunta do questionário expressas em porcentagem.



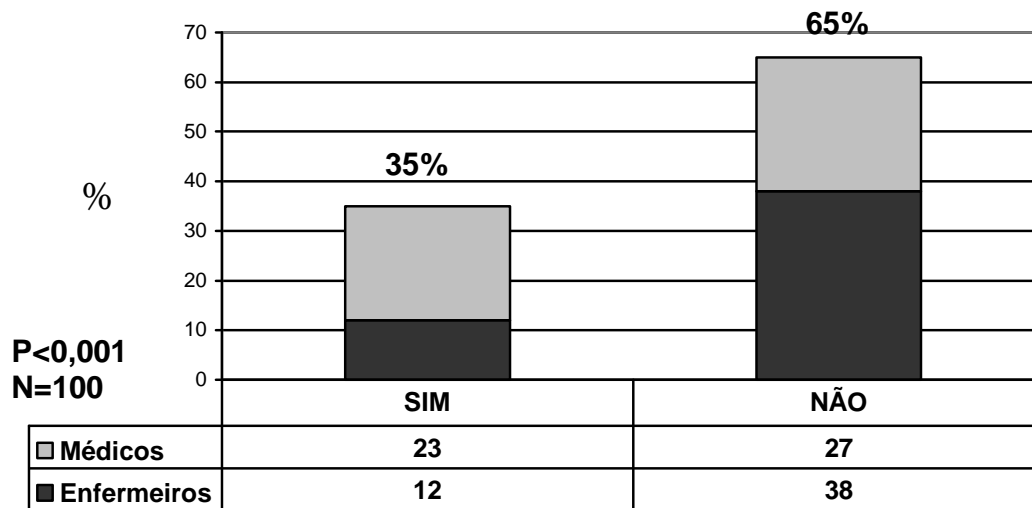
Dentre os 35% do total de participantes que acreditam que existem situações em que é admissível mentir ou omitir uma informação a um paciente, 65,7% são médicos ( $p<0,001$ ). Os seguintes motivos foram os mais citados: falta de preparo emocional ou psicológico do paciente, depressão, família desestruturada, prognóstico sombrio, idade (não informariam para crianças, idosos) e por solicitação da família. Apenas 2% referem que



somente não revelariam informações sobre a saúde de um enfermo se ele assim o solicitasse.

**Gráfico 6:** Respostas à quarta pergunta do questionário expressas em porcentagem segundo profissão.

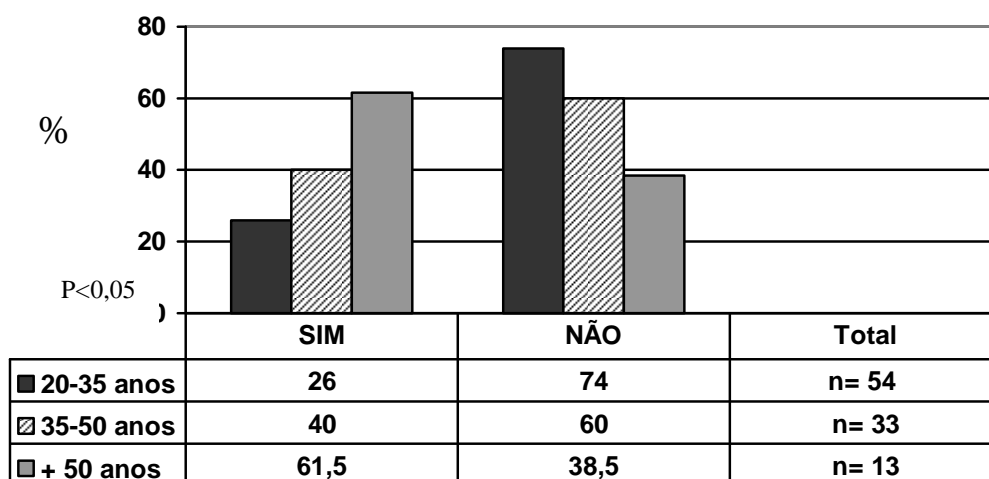
***Você acha que existem situações em que é justificável mentir ou omitir um diagnóstico de um paciente?***



Também se observou que a maioria dos participantes mais jovens (20 a 35 anos) acredita que não há justificativa para omissão de informações ou mentiras (74%), enquanto que a maioria dos indivíduos da faixa etária de mais de 55 anos crêem que existem situações onde se justifica a não revelação de um diagnóstico (61,5%).

**Gráfico 7:** Respostas à quarta pergunta do questionário expressas em porcentagem relativa segundo faixa etária.

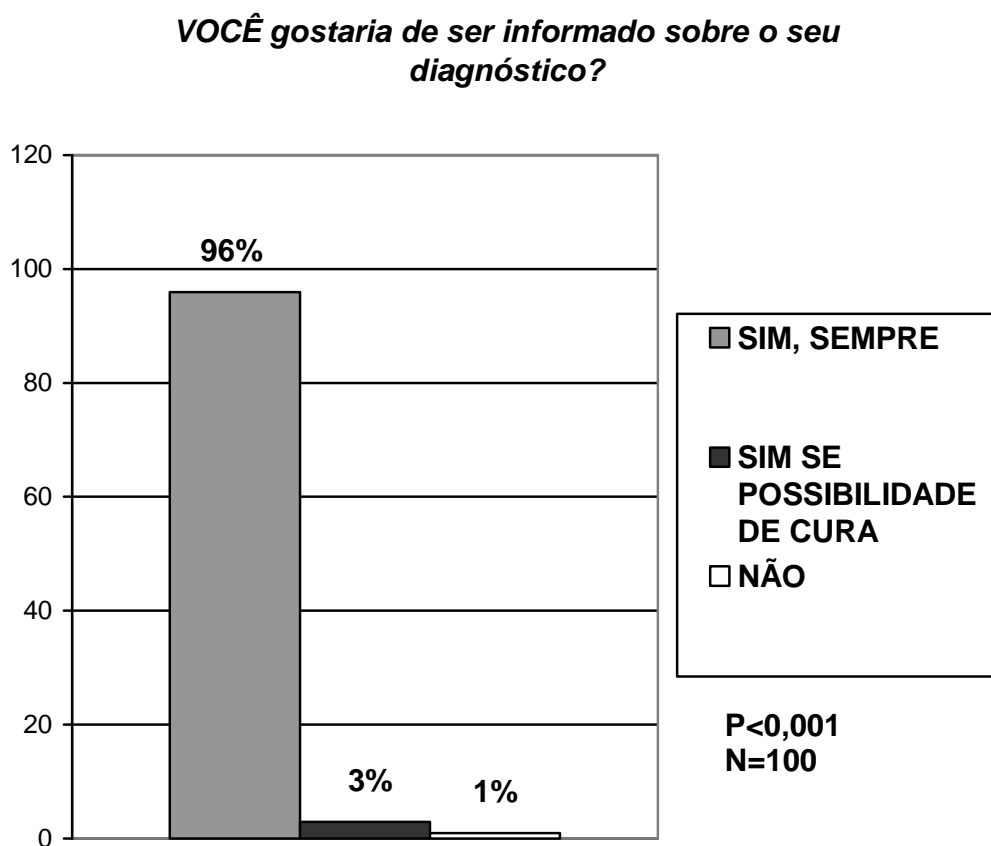
**Você acha que existem situações em que é justificável mentir ou omitir um diagnóstico de um paciente?**



A seguir, solicitou-se que os entrevistados respondessem a questões semelhantes às anteriores, porém, considerando a maneira que eles próprios gostariam de ser abordados em caso de doença.

Em relação ao diagnóstico, 96% gostariam de informação em qualquer situação, independente da possibilidade de cura. Não houve influência, nesta questão, da idade ou da profissão.

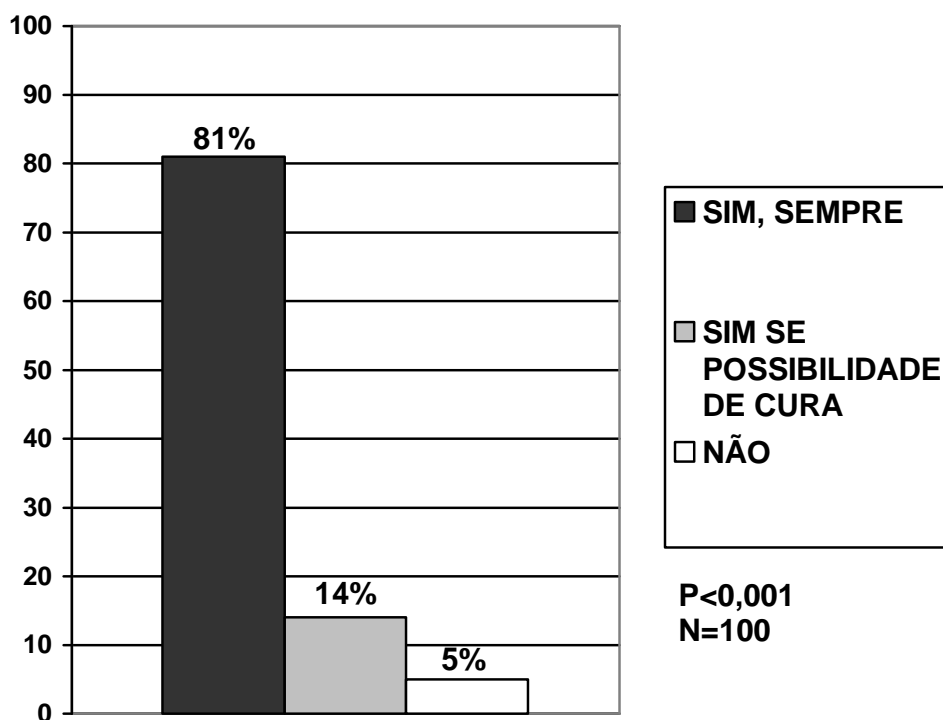
**Gráfico 8:** Respostas à quinta pergunta do questionário expressas em porcentagem.



Quanto a discussões sobre o prognóstico, o número de pessoas que deseja todas as informações caiu para 81% .

**Gráfico 9:** Respostas à sexta pergunta do questionário expressas em porcentagem.

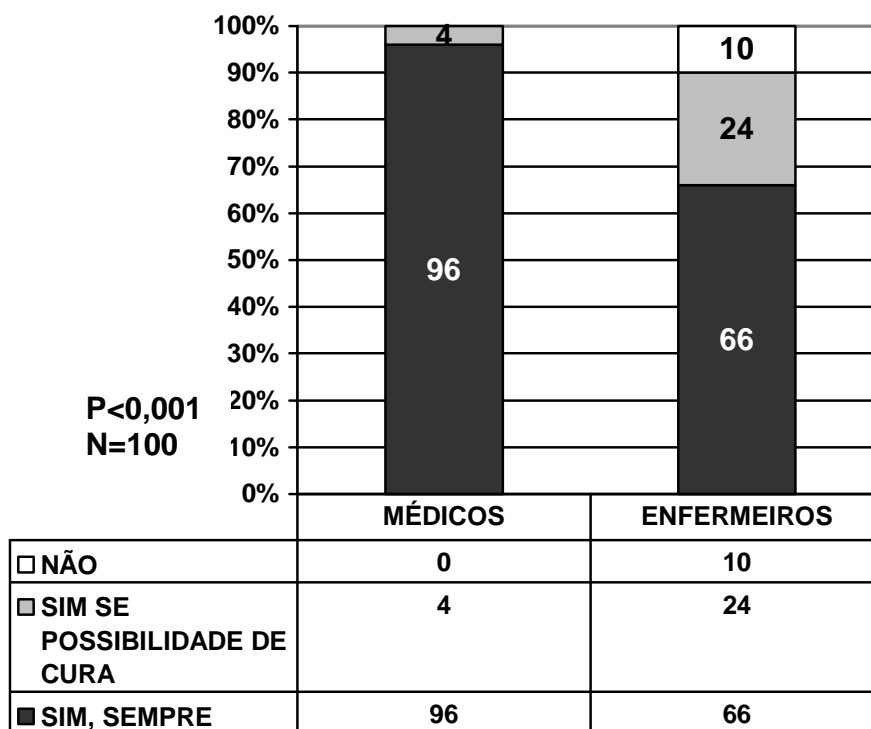
***VOCÊ gostaria de ser informado sobre o seu prognóstico?***



Ainda em relação à questão do prognóstico, 96% dos médicos gostariam de receber informações em qualquer circunstância e 24% dos enfermeiros somente gostariam de receber informações se tivessem possibilidade de cura.

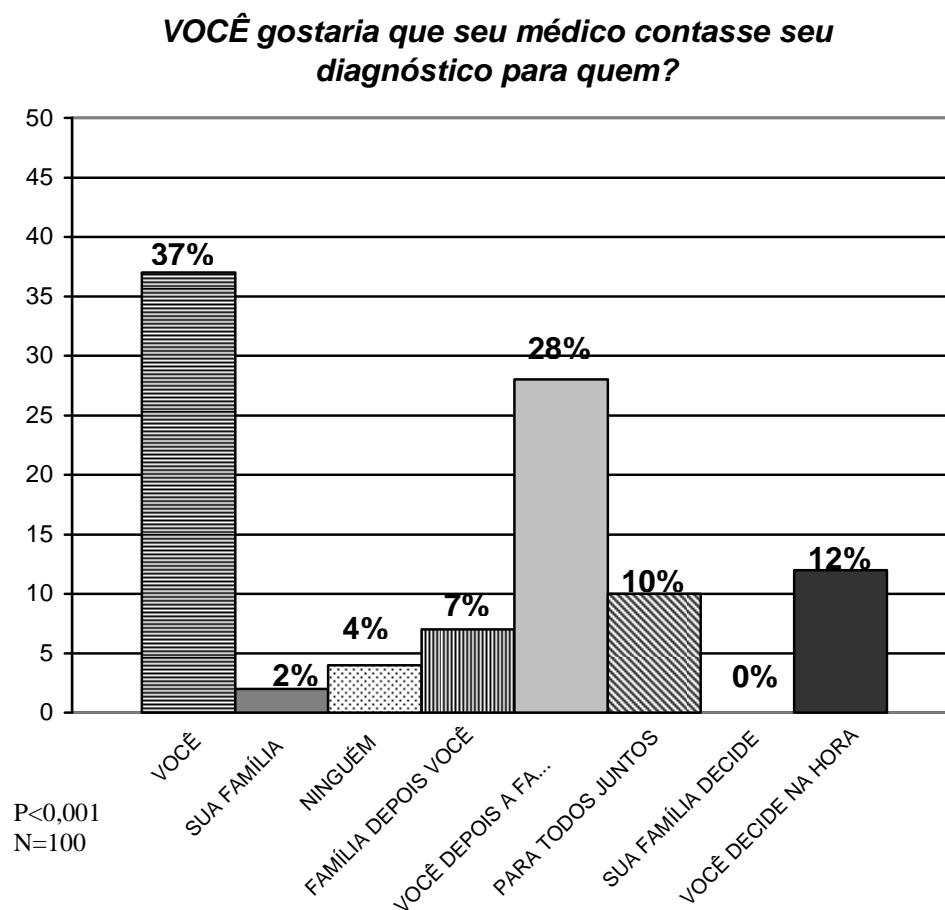
**Gráfico 10:** Respostas à sexta pergunta do questionário expressas em porcentagem relativa à profissão

***VOCÊ gostaria de ser informado sobre o seu prognóstico?***



Quando questionados em para quem as más notícias deveriam ser oferecidas primeiramente em caso de enfermidade dos próprios entrevistados, 37% destes desejam ter exclusividade das informações, enquanto 47% envolveriam os familiares em algum momento da discussão do diagnóstico.

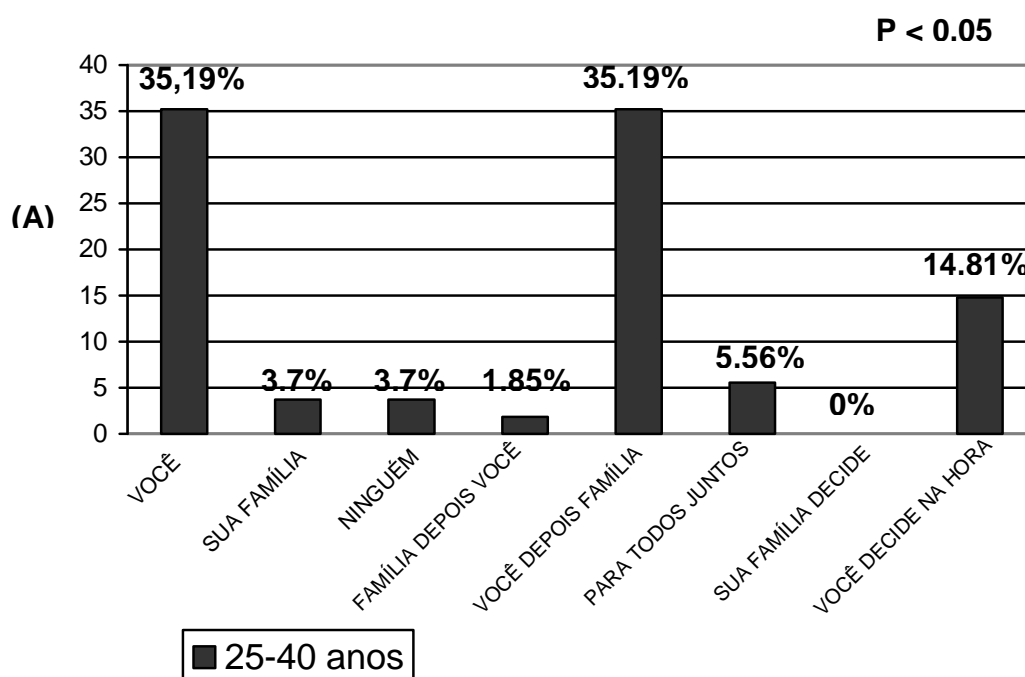
**Gráfico 11:** Respostas à sétima pergunta do questionário expressas em porcentagem.

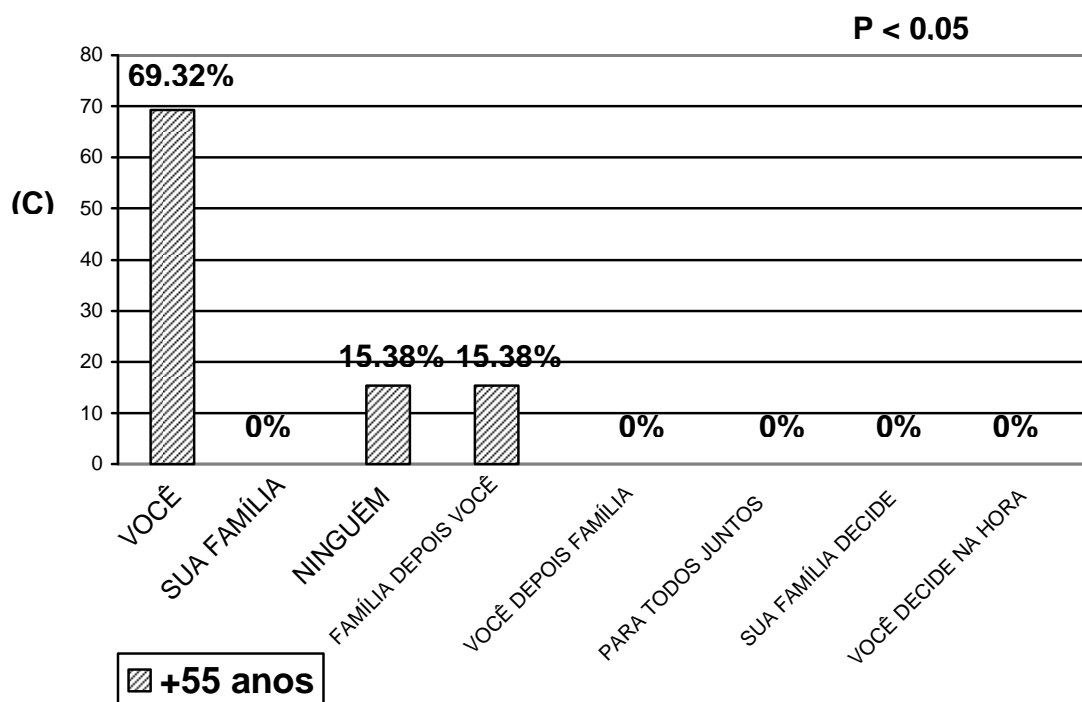
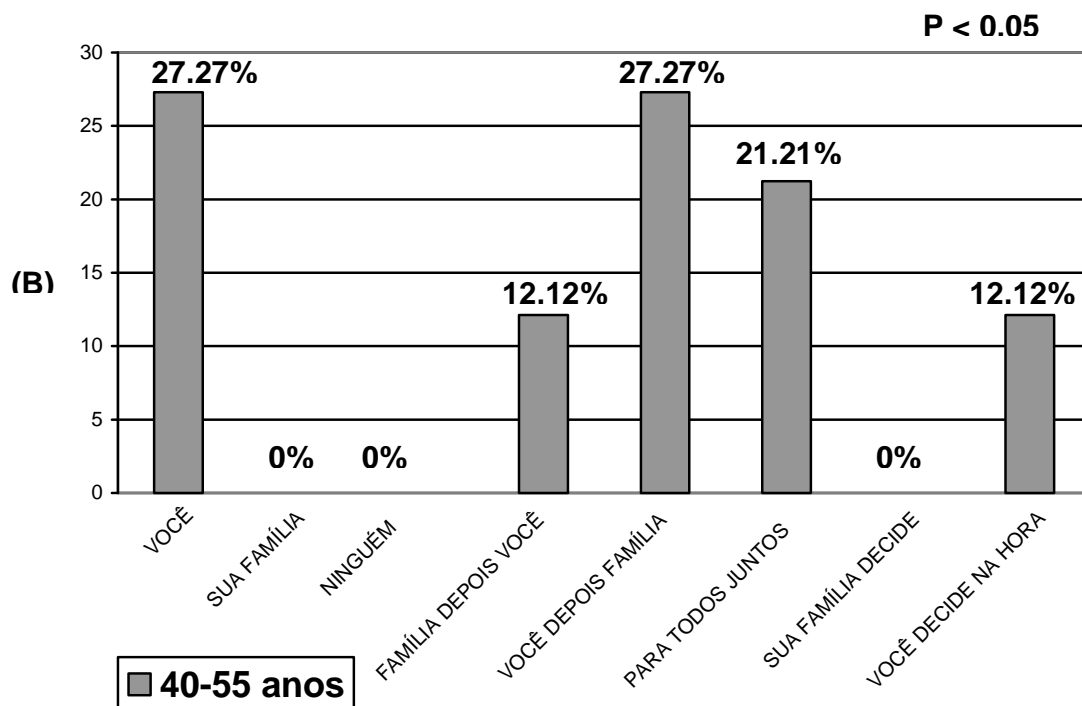


Quando considerada a idade, os profissionais de saúde com mais de 55 anos preferem que informações sobre seu diagnóstico sejam oferecidas exclusivamente a eles próprios (69,32%) enquanto que as faixas etárias mais jovens envolvem mais os familiares neste processo de revelação do diagnóstico.

**Gráfico 12:** Respostas à sétima pergunta do questionário expressas em porcentagem em relação à idade. (A) 25-40 anos; (B) 40-55 anos; (C) mais de 55 anos.

**VOCÊ gostaria que seu médico contasse seu diagnóstico para quem?**

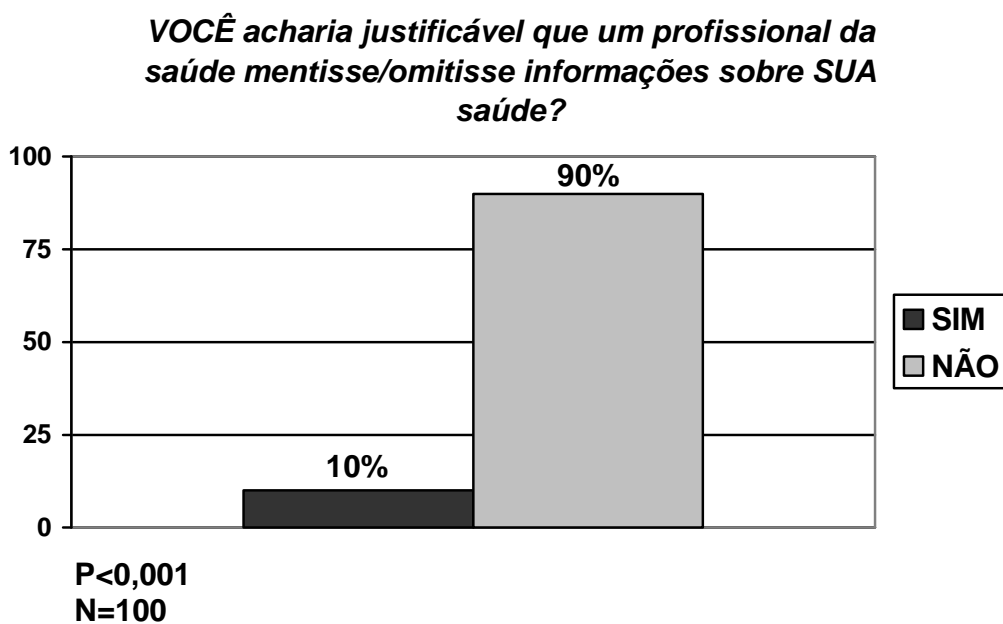






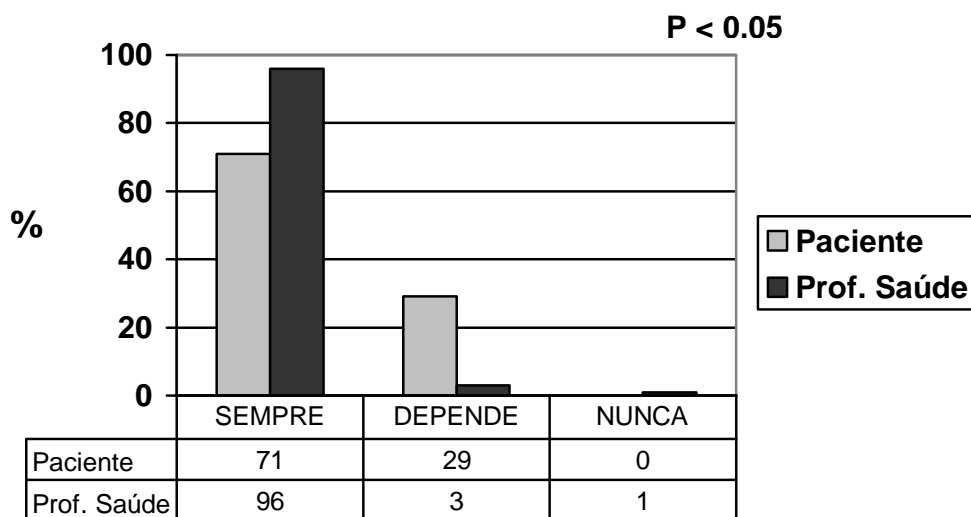
A maioria (90%) não admitiria que algum dado sobre seu próprio quadro clínico fosse omitido ou ainda alterado por nenhum profissional da saúde. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à profissão ou à idade nesta questão.

**Gráfico 13:** Respostas à oitava pergunta do questionário expressas em porcentagem.



Na discussão sobre diagnóstico, os profissionais da saúde reconhecem o direito do paciente de receber informações e revelariam o diagnóstico sempre (71%) ou quase sempre (26%). Entretanto, 96% destes, em relação à própria saúde, gostariam de acesso a todos os detalhes, em qualquer situação.

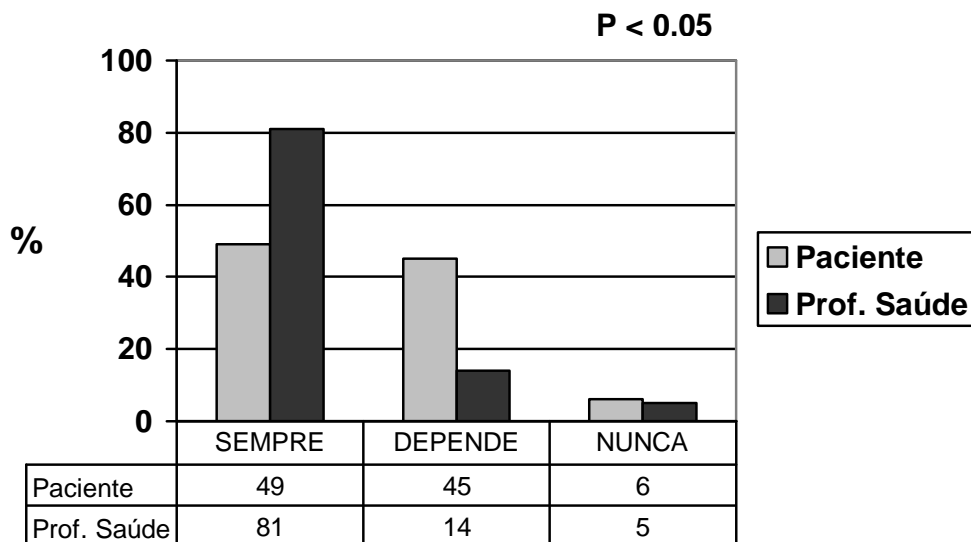
**Gráfico 14:** Revelação do diagnóstico: comparação entre o que o profissional da saúde oferece aos seus pacientes e o que gostaria que fosse feito para si em caso de doença. Dados expressos em porcentagem relativa.



Em relação ao prognóstico, 49% crêem que os pacientes devem ser informados sempre e 31% quase sempre, embora 45% identifica situações onde não revelariam completamente todas as informações.

Tratando-se da própria saúde, 81% foram categóricos em afirmar que, independente da possibilidade de cura, estes, desejam informações completas.

**Gráfico 15:** Revelação do Prognóstico: comparação entre o que o profissional da saúde oferece aos seus pacientes e o que gostaria que fosse feito para si em caso de doença. Dados expressos em porcentagem relativa.



## 5. Discussão:

Uma má notícia pode ser a revelação de uma doença que ameace a vida, como o câncer, ou o insucesso de uma terapêutica curativa, ou a discussão do prognóstico ruim, ou a proximidade da morte.

Ao omitir a doença, o médico ou a família decidem pela “conspiração do silêncio”. Tal prática isola o paciente, fazendo surgir um bloqueio na comunicação entre a família e o paciente. Informar o paciente sobre o seu estado de saúde é um ato de humanidade quando revestido de extremo respeito e compaixão. É fundamental ainda, que o profissional da saúde auxilie o enfermo a reagir à informação e ao mesmo tempo lhe garanta privacidade, especialmente àqueles portadores de doença que ameace a vida, pois tal atitude permite que emoções sejam reveladas, feitos planos, situações práticas resolvidas, viagens, testamentos, festas e opções realizadas.

O assunto abordado no presente trabalho é de grande interesse, considerando que comunicar más notícias, com cuidado e profissionalismo, faz parte do ônus assumido pelo profissional da saúde. Além disto, existem poucos dados sobre a comunicação de más notícias ao paciente fora de possibilidade de cura e das suas preferências em relação à verdade, tanto na literatura mundial, quanto na da América Latina. No Brasil, os relatos são poucos, apesar do crescente interesse sobre o assunto.

Estes dados mostram uma evolução da bioética clínica no contexto cultural brasileiro. Em um trabalho realizado em 1988<sup>48</sup> os resultados revelaram que mais de 50% dos médicos não revelaria a verdade sobre diagnóstico aos seus pacientes em caso de doença que ameace a vida, na crença de que o conhecimento da real situação,

potencialmente, agravaria o quadro clínico.<sup>48</sup> Em outro trabalho, também brasileiro, datado de 1995<sup>49</sup> apenas 22% dos pesquisados declararam fornecer informações completas aos enfermos sob seus cuidados. Interessantemente, dos profissionais que adotavam a “mentira piedosa” na sua prática clínica, em torno de 90%, responderam que gostariam de receber informações completas se estivessem no lugar dos doentes, a fim de que pudessem atender aos seus interesses pessoais e familiares.<sup>48,49</sup>

As pesquisas têm demonstrado que o paternalismo hipocrático está profundamente arraigado na prática da medicina no Brasil, o que confirmam os resultados obtidos neste estudo. Embora 97% dos profissionais de saúde creiam que o paciente deve ser informado sobre seu diagnóstico e 80% sobre seu prognóstico, os dados coletados neste estudo denunciam que 35% dos profissionais da saúde ainda se utilizam da omissão ou da mentira, com o intuito de proteger o paciente do possível dano advindo da informação.

No entanto, em evidente contradição, 90% dos profissionais pesquisados responderam que não admitiriam que qualquer informação sobre diagnóstico lhes fosse omitida.

Diversos estudos corroboram a necessidade de que os pacientes sejam conscientizados de seu estado de saúde<sup>4, 50</sup>, relatando que os indivíduos informados apresentam um maior grau de ajustamento à realidade, com menores níveis de depressão e ansiedade.<sup>18, 51, 52</sup>

Dentro desse contexto, as pesquisas têm relatado que a mentira e a omissão do verdadeiro estado clínico do enfermo, demonstram ser práticas insatisfatórias para a maioria dos pacientes, apresentando ainda um potencial capaz de causar dano maior do que a decepção causada pela revelação de uma má notícia.<sup>53</sup>

Na contramão da bioética, em muitos países em desenvolvimento e também no Brasil e, a atitude paternalista dos médicos oferecendo uma “mentira solidária” ao invés de um diagnóstico real de câncer ainda é a regra, e os relacionamentos médico-paciente são intrincados e muitas vezes indivisíveis das preferências das famílias dos pacientes.<sup>33</sup>

O termo *câncer* ainda é um tabu atrelado ao estigma da morte certa. No entanto, a maioria da população já demonstra estar começando a desenvolver a consciência da sua individualidade e dos seus direitos.

No Brasil, esta mudança começou a ser evidenciada, tornando-se perceptível nos questionamentos realizados frente a atitudes paternalistas, e na necessidade de autonomia exigida pelos pacientes. Dessa forma, os primeiros passos estão sendo dados, nas trilhas do respeito à individualidade, preferências e expectativas do paciente, em direção à autonomia, como conquista não apenas individual, mas de toda população brasileira.

Segundo um estudo publicado em 2004, dos 289 pacientes oncológicos entrevistados, 95% declararam querer receber informações completas sobre seu diagnóstico e 89% sobre o próprio prognóstico<sup>54</sup>. Estas preferências também têm sido expressas na mídia leiga, abordadas concomitantemente a outros temas, como a morte e os cuidados paliativos.<sup>9,55</sup>

Nos países que adotaram como regra a revelação de informações a respeito da própria saúde aos pacientes, ocorreram perceptíveis mudanças nas atitudes dos profissionais de saúde e dos pacientes. Vários estudos vêm demonstrar que a maioria das pessoas das diversas culturas estudadas, gostaria de saber a respeito do seu diagnóstico, mesmo tratando-se de uma doença sem possibilidade de cura. As pesquisas realizadas demonstraram que os pacientes informados colaboram melhor com o tratamento curativo,

têm maior acesso às opções terapêuticas paliativas, gozam de uma melhor qualidade de vida, controlam melhor os sintomas, recorrem com menor frequência a tratamentos fúteis, respondem melhor ao tratamento proposto, o que facilita consideravelmente a relação médico-paciente.

Em amparo aos relatos, a bioética, os tratados e leis nacionais e internacionais, em consonância com os anseios das pessoas, passaram a declarar e exigir como direito fundamental dos pacientes e dever ético dos profissionais da saúde, a prestação de informação e acesso à verdade ao paciente, sobre a sua saúde. Outras causas contribuíram como fatores de mudanças: conscientização da população graças ao acesso fácil à informação (televisão, internet, jornais, revistas etc.) das disposições legais nacionais e internacionais que garantiram direitos, os avanços médicos na área da oncologia, a maior valorização da autonomia dos indivíduos dentre outros.

Variadas são as “desculpas” de que se servem as pessoas para não revelarem informações relativas à saúde de um paciente. Uma delas, a mais freqüente e também encontrada neste trabalho, é a alegação de que a verdade sobre um diagnóstico ou prognóstico sombrio, *per se*, poderia causar dano.<sup>43</sup> Um estudo sobre a influência da revelação da verdade sobre a qualidade de vida dos pacientes sugere que a mentira ou omissão são prejudiciais ao paciente, enquanto que a honestidade com compaixão e humanidade, revelam ser atitudes positivas e indicadas, se despidas de intenção de causar dano ou de ser cruel.<sup>56</sup>

Na prática clínica, o que acontece é o isolamento do paciente, a omissão da verdade e a mentira ao paciente, impossibilitam a discussão aberta das emoções e ansiedades, fazendo com que os profissionais de saúde passem e evitam tais pacientes e suas famílias, com conseqüente desconforto na equipe de saúde. O que vem evidenciar que ao

invés de proteger o paciente de um dano, esconder uma notícia ruim tem o potencial de trazer incertezas, confusão, ansiedade, frustração e expectativas pouco realistas.<sup>57</sup>

Revelar más notícias a um paciente pode ser uma das tarefas mais estressantes da prática médica, portanto, muitas vezes, ao não ser claro e honesto, o médico pode estar apenas protegendo a si próprio de um estresse ao qual não foi devidamente preparado durante sua formação.<sup>7, 43</sup> Além disto, muitos médicos, ao falar sobre incurabilidade e morte com pacientes, encaram esta situação como fracasso profissional.

Durante a escola de medicina o estudante tem quase todo seu ensino voltado para a cura, e a morte é o grande inimigo a ser combatido. Muito pouco tempo é dedicado ao ensino e aprendizado da técnica de comunicar a morte ao paciente, seja em um treinamento formal ou em decorrência da observação de outros profissionais. Poucos são os lugares na nossa realidade que oferecem suporte psicológico para a equipe de saúde. O resultado de todos estes fatores é o despreparo e a insegurança para lidar com questões do fim da vida.<sup>45</sup>

Em acordo com estes dados, o paternalismo dos médicos participantes deste estudo ainda é evidenciado quando 46% deste acredita que existam situações em que se é justificável mentir ou omitir um diagnóstico.

Este trabalho encontrou diferenças de condutas relativas às profissões. Os médicos são mais categóricos ao afirmarem que o prognóstico deve ser revelado a um paciente sempre ou quase sempre (100%) do que os enfermeiros. Estes dados são coerentes segundo a forma que gostariam de serem tratados em caso de doença.

É possível que as diferenças encontradas advenham do fato de que no Brasil, na maioria das vezes o enfermeiro não participe da responsabilidade do processo de comunicação de más notícias ao enfermo e seus cuidadores.



Há necessidade de se abrir espaço para o enfermeiro no contexto latino-americano, implementando uma filosofia de melhor atendimento ao doente<sup>58</sup>.

Sabe-se que o relacionamento enfermeiro-paciente-família é muito mais estreito e freqüente do que o relacionamento médico-paciente e por este motivo, nos países onde existe uma tradição de equipes multiprofissionais que oferecem cuidados interdisciplinares o enfermeiro é uma peça chave da equipe de cuidados e muitas vezes o seu articulador.

É muito freqüente na cultura latino-americana, corroborada pela experiência no serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da UNESP, que as famílias expressem o desejo de que o enfermo não seja informado da sua real situação, no temor de que a notícia venha apressar o processo de morrer, e que esta, possa esmaecer completamente a esperança do paciente. Estas negativas podem ser argumentadas assegurando aos familiares que o paciente receberá a informação em quantidade e qualidade que poderá assimilar, não mais, nem menos.

Em relação à perda da esperança, é preciso trabalhar e redefinir objetivos e expectativas de uma forma mais realista, oferecendo conforto, suporte e cuidado até o momento da morte, independente do curso da doença. A literatura relata que os idosos e crianças são os grupos mais freqüentemente “poupados” da verdade por serem considerados incapazes pelos familiares e equipe de saúde, simplesmente por causa da idade.<sup>59, 60</sup>

Nesta pesquisa, a idade do entrevistado influenciou significativamente algumas questões. Em relação à revelação do prognóstico a um enfermo, o grupo com mais de 55 anos tende a oferecer mais informações (84,62%) do que o grupo mais jovem. Uma possível explicação para esta constatação seria que a possibilidade de uma doença que

ameace a vida neste grupo é maior, provavelmente estes indivíduos estão mais próximos de encarar sua finitude que os grupos mais jovens. Por este motivo, esse grupo deseja para si maior exclusividade de informações (69,32%). Além disto, pode-se considerar a maior experiência clínica e a maturidade profissional.

Por outro lado, a maioria (74%) dos profissionais da saúde mais jovens (20-35anos) acredita que não há justificativa para mentir ou omitir um diagnóstico de um enfermo. Isto se deve, provavelmente à mudança de atitude em relação ao crescente respeito pela autonomia observado nas gerações mais novas.

Durante a pesquisa, ficou demonstrada a impossibilidade da adoção de parâmetros iguais aos que norteiam as condutas norte-americanas ou européias *ipsis litteris*, considerando que a abordagem e os resultados restariam inadequados, por conta das diferenças culturais. Como os valores e princípios que fundamentam os trabalhos representam os anseios de todos os indivíduos, cria-se a possibilidade de pareamento das pesquisas. Quanto à verificação da forma como é incentivada a promoção da autonomia, a realização da justiça e equidade, a efetivação da saúde e da ética, como valores não restritos apenas às populações desenvolvidas, como a cultura européia e norte-americana. Porém, ao comparar os resultados das pesquisas nacionais com aquelas estrangeiras, é *mister* verificar as peculiaridades da pesquisa e a relação com contexto sócio-econômico e cultural no qual está inserido cada paciente, considerando, por exemplo, que a solidariedade e a compaixão são traços mais marcados nas culturas latino-americanas.<sup>21, 61</sup>.

A influência cultural é de suma importância no processo de comunicação com os pacientes, exercendo ao lado da família, papel ativo no exercício das opções terapêuticas, na abordagem do tratamento e no suporte oferecido aos enfermos. As

influências culturais e familiares não podem ser menosprezadas e tampouco desconsideradas, sob risco de contrariar as necessidades e preferências da população latina.

O presente estudo confirma esta característica cultural, em que 47% dos profissionais de saúde, em algum momento, alegaram a importância do envolvimento dos familiares do doente no processo de informar más notícias. Esses, também, envolveriam a própria família (47%) se estivessem frente a uma doença que ameace a vida. Nenhum médico ou enfermeiro crê que a família deve decidir por si só quem deve receber a informação. Este dado demonstra uma contradição com a realidade da prática médica diária, inclusive do serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da UNESP, onde muitos familiares de pacientes detêm toda a informação e o enfermo repousa sob o véu da ignorância. É possível que esses resultados obtidos representem, neste momento, uma tendência positiva à mudança de atitude, visando a melhor qualidade do atendimento à saúde. Provavelmente o reflexo desta mudança será evidenciado nos próximos anos nos hospitais, nos consultórios e nas equipes de saúde.

À luz dos resultados obtidos, corroborados pela experiência e filosofia adotada pelos profissionais da saúde do Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da UNESP, pode-se apontar os benefícios da informação denotando ser possível e desejável, desenvolver uma relação médico-paciente baseada em confiança e honestidade e esta justificativa, por si só deveria ser uma razão suficiente e norteadora da prática médica.

Revelar informações sobre a saúde de uma pessoa, mesmo informações sobre doença que ameaçam a vida, é um ato ético em muitos sentidos.

Considerando-se uma bioética principialista, a autonomia, o direito de autodeterminação baseado em informações verdadeiras, suficientes e inteligíveis, respeita

completamente o paciente como indivíduo, dando a ele a escolha sobre questões que determinam sua própria vida. Por outro lado, se o paciente expressa o desejo de não saber informações concernentes ao seu diagnóstico e prognóstico, ele também estará exercendo seu direito; tendo ele a autonomia de escolher se quer ou não a informação.<sup>8, 29, 62</sup>

Quando se informa toda uma família sobre um diagnóstico de câncer e deixa-se o paciente atrás de um muro de mentiras e isolamento, desrespeita-se um princípio que é assegurado a todos a confidencialidade<sup>63</sup>.

O paciente tem o direito de decidir se ele quer partilhar seu diagnóstico e decisões sobre seu tratamento com outras pessoas. Ele tem o direito de escolher quem receberá a informação caso ele não queira ser informado.<sup>10</sup> Por outro lado, excluir a família completamente do relacionamento médico-paciente pode ser um erro em culturas como a latino-americana e algumas culturas orientais.<sup>64</sup>

Quanto ao princípio da beneficência, considerando uma ótica kantiniana e agostiniana, a verdade sempre será um bem e direito absoluto do indivíduo e a mentira, em contrapartida, sempre será considerada deletéria em si mesma. Estudos provam que dentre os fatores que mais aliviam a ansiedade de um paciente com câncer, estão as informações claras e objetivas sobre seu diagnóstico, a possibilidade de discutir abertamente sobre opções terapêuticas e que a “conspiração do silêncio” causa insatisfação, angústia e perda da confiança.<sup>18</sup>

Quem defende a omissão da informação ou a “mentira piedosa”, justifica sua posição com o princípio da não maleficência, argumentando que a revelação de um diagnóstico de câncer pode levar o paciente a um estado depressivo, sem esperança, que potencialmente pioraria seu estado de saúde ou até, em alguns casos, apressaria sua morte<sup>57</sup>. Realmente, a depressão e ansiedade são reações naturais a uma notícia potencialmente

devastadora como o câncer, porém, sabe-se que na maioria das vezes estas reações são limitadas a algumas semanas sem maiores prejuízos, prevalecendo o benefício da aceitação e conscientização.<sup>56</sup>

Quando um indivíduo encara sua finitude como próxima e inevitável, podem existir questões a resolver, uma viagem que gostaria de fazer, uma pessoa que gostaria de encontrar, se desculpar, fazer um testamento, decidir custódias.<sup>65</sup>

Dentre os inúmeros motivos de se contar a verdade destacam-se o respeito à autonomia, a possibilidade de decisão sobre seu tratamento e sobre sua vida, o exercício de seu direito à confidencialidade, decidindo quem partilhará da informação com ele. Essas atitudes ainda possibilitam prevenir dano maior, já que os pacientes informados aderem mais ao tratamento, pois têm expectativas reais sobre os resultados esperados.

Os pacientes não informados têm menos acesso a opções terapêuticas como quimioterapia, radioterapia; freqüentemente se recusam a receber cuidados paliativos adequados, ou estes nem lhes são oferecidos<sup>60</sup>. Esses pacientes poderão não usufruir de todos os benefícios que o atendimento multiprofissional abrange.<sup>66</sup> Por outro lado, tratamentos fúteis, que geram e prolongam sofrimento, são amplamente utilizados, pois o paciente tem a ilusão curativa.<sup>57, 65</sup>

Um diálogo franco e honesto com o paciente sobre seu diagnóstico, expectativas, tratamentos, opções, fortalece consideravelmente a relação médico-paciente, e a mentira ou omissão podem romper definitivamente com este vínculo.<sup>65</sup>

Tolstoi narra a angústia e a solidão sentida por seu personagem em “A Morte de Ivan Illich” quando seu médico e sua família lhe escondiam o diagnóstico de câncer formando uma verdadeira conspiração do silêncio. Por outro lado, ele demonstra

toda a sua revolta contra aqueles que escondem as informações que tanto deseja, embora já tenha perfeita noção da gravidade da doença.

Os pacientes relatam que as famílias escondem exames, trocam bulas, inventam diagnósticos, se contradizem muitas vezes, fazendo com que o paciente se sinta culpado pela doença que tem, e isolado, pois não pode dialogar abertamente sobre sua doença, suas dúvidas e angústias.

É direito do paciente se preparar para a morte; resolver assuntos financeiros; resolver assuntos sentimentais, questões práticas; fazer coisas que sempre quis fazer, como viajar.<sup>7</sup>

Outra questão que se deve levar em consideração é que a honestidade deve ser um estandarte da prática médica. A figura do médico deve vir acoplada à imagem de confiança, honestidade e segurança, nunca à imagem de um mentiroso.

Estudos demonstram que médicos aprendem a comunicar más notícias durante sua formação, principalmente a partir da observação de outros profissionais ou por simulações de situações reais.<sup>3</sup> Na América latina há certa limitação quanto ao preparo adequado durante o ensino médico, os exemplos de conduta são observados em hospitais onde não há adequada privacidade, tempo, recursos disponíveis, agravado ainda por atitudes paternalistas culturais.<sup>3</sup> No entanto, revelar más notícias como o diagnóstico de câncer, o surgimento de uma nova metástase, a ineficácia de um tratamento ou um prognóstico fechado são motivos de grande ansiedade entre os médicos.<sup>7</sup>

Treinamentos específicos sobre comunicação com pacientes oncológicos têm sido considerados como eficientes na diminuição do estresse do profissional de saúde, na qualidade da informação prestada, na identificação das preferências dos pacientes e na adequação da abordagem.<sup>3</sup>

A forma com que é transmitida a informação é o que provavelmente o paciente e sua família lembrarão para o resto de suas vidas. <sup>6</sup>

Uma estratégia de comunicação entre médicos e pacientes oncológicos pode possibilitar que a informação sobre diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas seja fornecida uma forma sistemática, verdadeira e respeitando a autonomia, individualidade, cultura e a manutenção da esperança. <sup>3, 67</sup>

Na realidade latino-americana não é incomum, após um diagnóstico de doença que ameaça a vida, sem possibilidade de cura, que os pacientes ouçam de seus médicos que não há mais nada a ser feito por eles. Ou até que se ofereça um retorno ao paciente em um tempo maior que a expectativa de vida esperada para aquela doença.

Pelo contrário, a partir do diagnóstico de doença que ameace a vida, a responsabilidade do médico aumenta enormemente. Ele terá a responsabilidade de oferecer conforto, alívio da dor e dos sintomas, cuidados paliativos e humanidade. <sup>3, 6, 7, 18, 51, 68</sup>

Deve-se planejar com o paciente os próximos cuidados a serem oferecidos, opções de tratamento. Esse planejamento deve conter cuidados interdisciplinares como fisioterapia, nutrição, acompanhamento psicológico, terapia sexual, terapia ocupacional, acompanhamento espiritual e outros médicos que poderiam auxiliar no melhor controle dos sintomas. <sup>3, 6, 7, 18, 51, 68</sup>

Um dos pilares dos Cuidados Paliativos é a interdisciplinaridade, que é o trabalho em equipe para que a abordagem do paciente seja feita de uma forma mais completa, humana e efetiva.

Pelo presente estudo observa-se que os profissionais da saúde estão caminhando na direção de oferecer ao paciente aos seus cuidados, o mesmo respeito e consideração que gostariam de receber se estivesse do outro lado, principalmente no que

tange a revelação do diagnóstico. É possível demonstrar que os médicos e enfermeiros, em uma perspectiva de bioética aplicada à clínica, estão cada vez mais se aproximando das expectativas dos pacientes, embora ainda haja um longo caminho a percorrer.

A cultura latino-americana não é incompatível com atitudes de revelação da informação médica, nem da participação ativa na tomada de decisões.<sup>20, 21, 69</sup>

Estamos caminhando para uma nova realidade onde a autonomia individual deverá ser valorada com respeito, observando-se todos os demais princípios bioéticos, igualmente importantes.

É possível que o meio-termo entre a supervalorização da autonomia americana e o paternalismo onipotente do século passado, seja a solução adequada e satisfatória para atender à perspectiva cultural latino-americana.<sup>69, 70</sup>

O paciente e o profissional da saúde na América Latina estão, em ritmo próprio, evoluindo e se orientando em direção a um modelo de realidade ainda por criar, mas que por certo será o alicerce de uma bioética brasileira, fundada na esperança, na solidariedade, na verdade, na compaixão, envolvendo os valores familiares e o respeito à vida, livremente expressada através de comunicação franca, honesta e verdadeira.



## 6. Conclusões:

Segundo o presente estudo e pela metodologia em que foi conduzida a pesquisa, a maioria dos médicos e enfermeiros que responderam ao questionário crê que o paciente deve receber informações sobre seu diagnóstico (97%) e prognóstico (80%). Estes dados são coerentes com a quantidade de informação que gostariam de receber se eles próprios estivessem enfermos.

Uma porcentagem significativa dos participantes (35%) crê que existem situações em que é justificável mentir ou omitir informações concernentes à saúde de um enfermo, embora esses não admitiriam que qualquer informação lhes fosse omitida ou alterada em caso de doença (90%).

Quase a metade dos entrevistados (47%) defende que os familiares do enfermo devem ser envolvidos nas discussões sobre diagnóstico, assim como envolveriam suas próprias famílias em caso de enfermidade.

A maioria dos médicos acredita que o paciente deve ser informado do seu prognóstico sempre (54%) ou quase sempre (46%), embora 46% destes creia que existam situações onde é justificado mentir ou omitir o diagnóstico a um enfermo.

Os enfermeiros desejariam menos informações sobre prognóstico (66%) que os médicos (96%) se estivessem enfermos.

Em relação à idade, a maioria dos entrevistados do grupo com mais de 55 anos defende que o paciente sempre (84,62%) deve ser informado sobre o seu prognóstico e esses mesmos, se doentes, gostariam de ter exclusividade de informação em 69,32%.

Nenhuma questão apresentou diferença significativa em relação ao sexo.

A maioria (74%) dos participantes do grupo da faixa etária de 20 a 35 anos acredita que não há justificativa para esconder o diagnóstico de um enfermo.

7. *Referências Bibliográficas:*

1. Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics*. 2001;27(3):192-7.
2. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol*. 1997;8(9):857-63.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
4. Buckman R. Talking to patients about cancer. *Bmj*. 1996;313(7059):699-700.
5. Buckman R. Cultural Issues - Doctor-Patient Communication at the End of Life: Confronting the Darkness Together. ASCO; 2001.
6. Buckman R. Communications and emotions. *Bmj*. 2002;325(7366):672.
7. Emanuel LL, Ferris FF, Gunten CFv, Roenn JV. Communicating Effectively. Education in Palliative and End-of-life Care -Oncology EPEC-O. Chicago: The EPEC Project; 2005. p. 1-13.

8. Andorno R. The right not to know: an autonomy based approach. *J Med Ethics*. 2004;30(5):435-9; discussion 9-40.
9. Souza Od, Zakabi R. Serenidade até o fim. *Veja* - Abril. 2005:93-103.
10. CREMESP CRdMdEdSP-. Doente Terminal. Destino de Pré-Embriões. Clonagem. Meio Ambiente. *Cadernos de Bioética do CREMESP*. 2005;1:8-41.
11. Drumond JGdF. O Princípio da Beneficência na Responsabilidade Civil do Médico. *Bioética*. 2004;12:159-67.
12. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *Jama*. 1961;175:1120-8.
13. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *Jama*. 1979;241(9):897-900.
14. Surbone A. Persisting differences in truth telling throughout the world. *Support Care Cancer*. 2004;12(3):143-6.
15. Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2004;52(3):165-72.
16. Surbone A. Truth telling to the patient. *Jama*. 1992;268(13):1661-2.

17. Valadares R, Bergamo G. O fim dos mitos sobre o câncer. Veja- Editora Abril. 2005:78-98.
18. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol. 2005;23(6):1278-88.
19. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Introdução à Bioética: Conselho Federal de Medicina; 1998.
20. Drane JF. Bioethical perspectives from Ibero-America. J Med Philos. 1996;21(6):557-69.
21. Pessini L, Barchifontaine CdPd. Problemas Atuais de Bioética. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
22. Kant I. Resposta à pergunta " Que é "Esclarecimento(Aufklärung)?" São Paulo: Martin Claret; 2005.
23. Ascanio AdL-C. Etica en Medicina de familia. 2003-2004 [cited 2006; Disponível em: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/primaria/Oetica-mf-doc.pdf>
24. Souza MTdMe, Lemonica L. Paciente Terminal e o Médico Capacitado: Parceria pela Qualidade de Vida. Bioética. 2003;11(1):83-100.

25. Stanley JM. The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment - Preamble, Parts I, II, III, and IV. *J Med Ethics*. 1992;18(Suppl):S3-22.
26. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publication; 1978.
27. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1994.
28. Conselho Federal de Medicina -. Código de Ética Médica. Resolução CFM n°1245/88; 1996.
29. Muñoz DR, Fortes PAC. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editors. *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.
30. CREMESP. Alerta ético: Exagero no diagnóstico. *Jornal do CREMESP*. 2003;14.
31. Asai A. Should physicians tell patients the truth? *West J Med*. 1995;163(1):36-9.
32. Bérigamo W. O direito à verdade ao Doente. *Revista Brasileira de Bioética*. 2005;01(01):75-9.

33. Faria SL, Souhami L. Communication with the cancer patient. Information and truth in Brazil. *Ann N Y Acad Sci.* 1997;809:163-71.
34. Anderlik MR, Pentz RD, Hess KR. Revisiting the truth-telling debate: a study of disclosure practices at a major cancer center. *J Clin Ethics.* 2000;11(3):251-9.
35. Aydin E. Rights of patients in developing countries: the case of Turkey. *J Med Ethics.* 2004;30(6):555-7.
36. Dalla-Vorgia P, Katsouyanni K, Garanis TN, Touloumi G, Drogari P, Koutselinis A. Attitudes of a Mediterranean population to the truth-telling issue. *J Med Ethics.* 1992;18(2):67-74.
37. Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. *West J Med.* 1992;157(3):323-7.
38. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *Jama.* 1995;274(10):820-5.
39. Shrank WH, Kutner JS, Richardson T, Mularski RA, Fischer S, Kagawa-Singer M. Focus group findings about the influence of culture on communication preferences in end-of-life care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(8):703-9.

40. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician*. 2005;71(3):515-22.
41. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: "You got to go where he lives". *Jama*. 2001;286(23):2993-3001.
42. Kristof ND. Tokyo Journal; When Doctor Won't tell Cancer Patient the Truth. *The New York Times*. 1995 Issue.
43. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
44. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, Chen CY. Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan. *J Med Ethics*. 2000;26(5):353-7.
45. Da Silva CH, Cunha RL, Tonaco RB, Cunha TM, Diniz AC, Domingos GG, et al. Not telling the truth in the patient-physician relationship. *Bioethics*. 2003;17(5-6):417-24.
46. Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*. 1990;66(3):610-6.
47. Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsburg AD, Stewart SS. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer*. 1988;58(3):355-8.



48. Delgado GL, Araújo GN. Compreensão do médico quanto aos mecanismos de adaptação ao diagnóstico em oncologia. *Revista Paulista de Medicina*. 1988;106(4):209-14.
49. Chacon JP, Kobata CM, Liberman SPC. A mentira piedosa para o canceroso. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1995;41(4):274-6.
50. Costantini M, Morasso G, Montella M, Borgia P, Cecioni R, Beccaro M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol*. 2006;17(5):853-9.
51. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Dimitry S, Tattersall MH. Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann Oncol*. 2005;16(7):1005-53.
52. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*. 2003;14(1):48-56.
53. Benn P. Medicine, lies and deceptions. *J Med Ethics*. 2001;27(2):130-4.
54. Pinto RN, Chaves AC, Lourenco MT, Mari Jde J. Information needs of recently diagnosed cancer patients in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(4):319-29.

55. Muto E, Narloch L. Uma nova morte. Super Interessante -Abril. 2005:46-55.
56. Tanida N. Do we always need to tell patients the truth? Lancet. 1998;352(9142):1787-8.
57. Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol. 2004;22(2):307-14.
58. Santos DVd, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico *fora de possibilidade terapêutica*: uma questão bioética. Revista Latino americana de Enfermagem. 2004;12(5):790 - 6.
59. Goldim JR, Glock RS. Pesquisadores em Gerontologia e consentimento informado. Bioética. 2004;12(1):11-8.
60. Caprino D, Wiley TJ, Massimo L. Childhood cancer survivors in the dark. J Clin Oncol. 2004;22(13):2748-50.
61. Gracia D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. Bioethics. 1995;9(3-4):192-206.
62. Walker RM. Ethical Issues in End-of-Life Care. Cancer Control. 1999;6(2):162-7.

63. Jones C. The utilitarian argument for medical confidentiality: a pilot study of patients' views. *J Med Ethics*. 2003;29(6):348-52.
64. Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients--when the family says "no!" *Singapore Med J*. 2002;43(10):533-8.
65. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*. 2002;16(4):297-303.
66. Pellegrino ED. Emerging ethical issues in palliative care. *Jama*. 1998;279(19):1521-2.
67. Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best, and prepare for the worst. *Ann Intern Med*. 2003;138(5):439-43.
68. Tulsky JA. Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *Jama*. 2005;294(3):359-65.
69. Ortona C. Entrevista com Diego Gracia. 2006 [cited 13/10/2006]; 34Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=34>
70. Gracia D. The historical setting of Latin American bioethics. *J Med Philos*. 1996;21(6):593-609.

*Apêndice 1*

**UNESP**  **Universidade Estadual Paulista**  
Campus de Botucatu

**Faculdade de Medicina**  
**TERAPIA ANTÁLGICA E CUIDADOS PALIATIVOS**

**DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA**

Distrito de Rubião Júnior s/n

Fone: 14-38116222

---

**TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO DE  
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CLÍNICO**

**“Atitudes dos profissionais de saúde frente à revelação de más notícias”**

Este trabalho consiste em avaliar as preferências dos pacientes, seus familiares e profissionais da saúde em relação à comunicação sobre diagnósticos (nome e explicação da doença) e prognósticos (se a doença está no começo, se está avançada, se tem cura, o que pode acontecer, tempo de vida, etc).

Os dados serão utilizados de forma anônima e sem qualquer prejuízo para os participantes.

Este trabalho tem a finalidade de melhorar a comunicação entre pacientes, famílias de pacientes e profissionais da saúde.

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, fui esclarecido sobre o objetivo do presente estudo, assim como os benefícios em que este estudo pode resultar.

Concedo meu acordo de participação de livre e espontânea vontade. Foi-me assegurado o direito de privacidade e sigilo e de desistir a qualquer momento, se eu assim o desejar. Caso não me sinta atendido, poderei entrar em contato com o Chefe da Disciplina de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos.

**Botucatu, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.**

---

Paciente

---

Pesquisador

---

Pesquisador:  
Carolina Rebello Pereira  
Rua Amazonas, 134  
Sorocaba SP  
[cadoc@uol.com.br](mailto:cadoc@uol.com.br)  
Fone 15-32171650

---

Orientador  
Prof Dr Lino Lemonica  
Rua Cél José Vitoriano Villas Boas 545, ap 121  
Botucatu SP  
[linol@fmb.unesp.br](mailto:linol@fmb.unesp.br)  
Fone 14- 3882043

*Apêndice 2:*

**Faculdade de Medicina**

**TERAPIA ANTÁLGICA E CUIDADOS PALIATIVOS**

**DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA**

Distrito de Rubião Júnior s/n

Fone: 14-38116222

---

**“Atitudes dos profissionais de saúde frente à revelação de más notícias”**

**QUESTIONÁRIO:**

- 1- Você acha que os pacientes oncológicos devem ser informados do seu diagnóstico?
  - A. Sempre
  - B. Quase sempre
  - C. Às vezes
  - D. Quase nunca
  - E. Nunca
  
- 2- Você acha que os pacientes oncológicos devem ser informados sobre o prognóstico?
  - A. Sempre
  - B. Quase sempre
  - C. Às vezes
  - D. Quase nunca
  - E. Nunca
  
- 3- Para quem você acha que o diagnóstico deve ser contado?
  - A. Para o paciente
  - B. Para os familiares
  - C. Para ninguém
  - D. Para a família e depois para o paciente
  - E. Para o paciente e depois para a família
  - F. Para todos juntos
  - G. A família decide
  - H. O paciente decide
  
- 4- Você acha que existem situações em que é justificável mentir ou omitir um diagnóstico de um paciente?
  - A. Não

- B. Sim
- C. Quais? \_\_\_\_\_

5- VOCÊ gostaria de ser informado sobre o seu diagnóstico?

- A. Sim, em qualquer situação
- B. Sim, se tiver possibilidade de cura
- C. Não

6- VOCÊ gostaria de ser informado sobre o seu prognóstico?

- A. Sim, em qualquer situação
- B. Sim, se tiver possibilidade de cura
- C. Não

7- VOCÊ gostaria que seu médico contasse seu diagnóstico para quem?

- A. Para você
- B. Para os familiares
- C. Para ninguém
- D. Para a família e depois para você
- E. Para você e depois para a família
- F. Para todos juntos
- G. A família decide
- H. Você decide na hora

8- VOCÊ acharia justificável que um profissional da saúde mentisse/omitisse informações sobre SUA saúde?

- A. Não
- B. Sim
- C. Outro \_\_\_\_\_

Data:

Idade:

Sexo:

Formação:

### *Apêndice 3*

