

O PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE AO CONHECIMENTO DA DOENÇA¹

Julianna Carvalho Trintenaro*
Adriana Pereira Paes**
Adriana Sperandio Ventura***

RESUMO:

O câncer é, sem dúvida, uma entre algumas doenças penosas que possui conotações extremamente negativas; para a grande maioria, o diagnóstico de câncer ainda é uma sentença de morte. Essa inaceitabilidade social do câncer pode ser atribuída a muitas causas, das quais a mais relevante refere-se ao medo do prolongado sofrimento no decorrer do tratamento e nas etapas da doença. Nesse contexto, o conhecimento sobre a doença é fundamental para um melhor enfrentamento desse processo. Assim sendo, os objetivos do presente estudo foi avaliar a percepção de conhecimento de pacientes com câncer acerca da doença e tratamento e os fatores associados com o nível de compreensão do paciente. Métodos: Foram avaliados 50 pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados no ambulatório de quimioterapia do Hospital ASCOMCER, diagnosticados havia mais de 60 dias, maiores de 18 anos, que aceitassem participar do estudo. Foi utilizada uma entrevista estruturada contendo dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados, bem como questões sobre o grau de conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento. Foi realizada estatística descritiva. Os resultados foram expressos em média \pm desvio padrão e frequência. Resultados: A média do conhecimento dos participantes da pesquisa foi médio, sendo a idade e a comunicação médico X paciente fatores que influenciaram nesse conhecimento.

Palavras-chave: Oncologia. Conhecimento. Quimioterapia.

1 INTRODUÇÃO

Câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. Existe uma grande variedade de tipos de câncer, e estes não apresentam uma única causa, mas sim uma etiologia multifatorial. Para que a doença ocorra, é necessária uma operação conjunta de vários fatores, incluindo a predisposição genética; a exposição a fatores ambientais de risco; o contágio por

¹ Artigo recebido em 20/08/2016 e aprovado, após reformulações, em 27/10/2016. Este artigo foi realizado a partir de pesquisa submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer de aprovação na Plataforma Brasil sob o número 018163/2014

* Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora.

@: jutrintenaro@hotmail.com

** Graduada em Psicologia e Mestre em Educação pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora.

@: adrianapaes.psi@gmail.com

*** Graduada em Psicologia e Mestre em Educação e Letras pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. @: psicologia@puccinas.cesjf.br

determinados vírus; o uso do cigarro e a ingestão de substâncias alimentícias cancerígenas.

As células cancerígenas possuem uma maneira característica de se comportar: elas passam a se multiplicar mais rapidamente que as células normais, com isso, tomam conta do tecido e são capazes de migrar para outros tecidos e órgãos do corpo distantes de onde “surgiram”; e devido a isso, o câncer toma conta do corpo tão rapidamente quanto surgiu, e aumenta a proeminência de morte. Elas são menos especializadas do que as células normais, e por invadir tecidos e órgãos, retiram destes suas funções normais, gerando dores, mau funcionamento, enfim, a perda da capacidade do órgão. (MELLO, 1983).

O câncer é, sem dúvida, uma entre algumas doenças penosas que aterrorizam e afligem as pessoas, pois possui conotações extremamente negativas; para a grande maioria, o diagnóstico de câncer ainda é uma sentença de morte. Essa inaceitabilidade social do câncer pode ser atribuída a muitas causas, das quais a mais relevante refere-se ao medo do prolongado sofrimento no decorrer do tratamento e nas etapas da doença.

O médico e a equipe de saúde possuem o papel de falar com o paciente sobre o seu diagnóstico. A comunicação é o bom entendimento entre as pessoas, no entanto nem sempre esse entendimento é alcançado, devido à influência de fatores, como nível de instrução, cognição, cultura e idade, que podem comprometer a qualidade da comunicação.

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se buscar investigar a percepção de pacientes com câncer acerca de seu tratamento para que possam ser estabelecidas estratégias de intervenção psicológica, no que se refere à transmissão adequada de informação ao paciente sobre a sua doença. Esse fato pode, como consequência, favorecer uma melhor adesão e uma participação mais ativa por parte do paciente em seu processo de tratamento.

2 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO: O MÉDICO, O PROFISSIONAL DA SAÚDE; O PACIENTE

A comunicação é peculiar ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. A comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais as pessoas se compreendem, partilham o significado de ideias,

pensamentos e propósitos (COSTA, 2004). Seu objetivo é possibilitar ao profissional de saúde e ao paciente planejar as necessidades a serem atendidas, de maneira que este se sinta com autonomia para solucionar seus problemas, visando à promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental, como também encontrar novos padrões de comportamento diante de uma situação inesperada (STEFANELLI, 1993).

Para Pfuetzenreiter (2001), a aplicação de termos médicos pode acarretar sérios problemas na comunicação, sendo necessário que o profissional tenha perfeita compreensão da interpretação do fenômeno pelo doente e por seus familiares, levando em consideração as suas características culturais e sociais. Assim, há necessidade do profissional de saúde saber comunicar-se tomando a precaução de se fazer entender.

O desenvolvimento de uma conversa entre o médico e o doente, ou familiares, faz parte de uma delicada relação, cujo registro inicial pode desencadear uma série de reações balanceadas, pela mistura de medos, ansiedades, ignorâncias, raiva ou alívio (PERDICARIS; SILVA, 2008, p 403)

Paroni (2000) assinala que a doença é uma mensagem que precisa ser decifrada, havendo a necessidade da construção de uma sabedoria para manter a saúde e entender a moléstia, convivendo com boas e más notícias, diante de prognósticos favoráveis ou desfavoráveis

A expectativa ou a presença da doença, como uma encruzilhada, amplificam esse cenário. Nesse sentido, o comunicar não representa apenas monitorar o paciente ou sua família ao dar boas ou más notícias, mas, principalmente, busca introduzir um diálogo de qualidade. (GOFFMAN, 1996) Assim, no dia a dia dos médicos e dos pacientes, são enfrentadas situações-limites, nas quais se nota empiricamente que a palavra, o olhar, o gesto ou mesmo o silêncio podem ser mais cortantes que o mais afiado bisturi. (PERDICARIS, 2006).

O primeiro encontro entre o paciente e o médico é permeado de expectativas quanto à solução do problema enfrentado, seja ele real ou imaginário, e que é gerador de apreensão e ansiedade. É no desenvolvimento e na construção dessa relação que um processo de comunicação eficaz ou não pode facilitar, dificultar ou truncar definitivamente o compromisso de adesão, caracterizado pela aliança e a empatia entre as partes (PERDICARIS, SILVA, 2006).

Silva (2005) aponta alguns objetivos de uma comunicação adequada: conhecer os problemas físicos e pessoais do doente; obter informações básicas para seu diagnóstico e tratamento; fazê-lo sentir-se cuidado e acompanhado (até o final, se for o caso); conhecer previamente sua reação à doença, seus temores e ansiedades; facilitar o alívio sintomático eficaz e melhorar sua autoestima; oferecer informações verdadeiras, de forma delicada e progressiva, segundo suas necessidades, para planejar seu futuro; ajudar a manter sua esperança; conhecer seus valores espirituais, culturais e medidas de apoio; ajudar a vencer o tabu da morte; dar tempo para que se resolvam assuntos pendentes; reforçar o princípio da autonomia; detectar as necessidades da família; melhorar as relações com seus entes queridos; tornar mais direta e interativa a relação médico-paciente.

À frente de todos esses objetivos da comunicação, pode-se supor que é fundamental que o médico se prepare para conversar adequadamente durante todo o processo de tratamento (SILVA, 2005).

O ouvir envolve estar em alerta à postura corporal adotada diante do doente, ao tom de voz que se utiliza ao explicar algo que é questionado pelo paciente e sua família, à expressão facial receptiva e à própria gestualidade (o que fazer com as mãos: desenhos em algum papel, desviando o olhar? Balançando as pernas?). É necessário ter percepção de como portar-se diante do que o paciente e sua família estão falando (SILVA, 2005). Esse ouvir instrui para a identificação das emoções envolvidas diante da enormidade de facetas que podem se expressar nos pacientes. Durante a comunicação inicial com o paciente, é importante identificar o que ele já sabe, o seu nível de compreensão em relação a sua doença, o que ele quer saber e utilizar o vocabulário adequado, estando atento aos pequenos sinais não verbais utilizados (com tanta frequência!) quando não se quer dizer tudo que se pensa e sente (SILVA, 2004). Se surgirem dúvidas, o médico pode perguntar, por exemplo: “Você gostaria de saber detalhes sobre o tratamento?”; “Você gostaria que eu lhe desse mais informações sobre seu diagnóstico?” Caso o paciente não queira saber o diagnóstico, deve-se mostrar a ele que sua escolha será respeitada. Se o paciente estiver em um momento de negação, o médico também deve diagnosticar o mecanismo de defesa, sem confrontá-lo, e a informação deve ser transmitida a um familiar ou um amigo, se ele desejar (DONDONI, BRAGA BARRIOS, 1999).

Na comunicação verbal, devem ser evitados jargões científicos; as frases podem ser simples e sucintas, comunicando o sentido exato do que se quer dizer.

Pode-se verificar o entendimento das informações perguntando-se: “Estou sendo claro?”; “Está acompanhando o meu raciocínio?” Após cada conversa, é adequado resumir em poucas frases o que foi discutido e programar o próximo encontro, deixando claro quando ele acontecerá e explicitando os passos a serem tomados entre o encontro atual e o próximo. Estudos indicam, ao questionar pacientes imediatamente após uma consulta, que a porcentagem das informações que ficam retidas é muito menor do que poderíamos imaginar (SILVA, 2004).

A informação deve ser transmitida de acordo com a capacidade do paciente em captá-la, mas é fundamental que todas as informações que forem passadas sejam verdadeiras; a mentira bem-intencionada tem um efeito destrutivo sobre a confiança que o paciente deposita no seu médico. Em nenhum momento, ela deve limitar a ação do médico com relação ao que pode ser feito. É importante compreender que o fato de as pessoas vivenciarem uma doença, muitas vezes incurável, não implica a inexistência de cuidados ou tratamentos, a possibilidade de aliviar o sofrimento ou minimizar os medos desse momento. Os profissionais de saúde não podem deixar que o paciente e seus familiares se sintam sozinhos ou abandonados. Essa pode ser considerada a primeira intenção da comunicação com os pacientes (PERDICARIS, SILVA; 2006).

Para Toralles-Pereira e outros (2004), no processo de adoecimento e hospitalização, a atenção da equipe de saúde dirige-se essencialmente para a doença e não para o indivíduo doente. Assim, a individualidade de cada paciente é silenciada, não havendo espaço para um cuidado que reconheça seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, ou mesmo que garanta a participação do paciente como um indivíduo autônomo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, percebe e pensa sobre seu estado.

O momento da internação hospitalar é observado como sendo uma experiência desagradável por quem a vivencia, uma vez que é permeada pelo medo do desconhecido; pela utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos e dolorosos; pelo uso de uma linguagem técnica e rebuscada que aumenta a ansiedade do paciente no que tange a seu quadro patológico; pela inquietação em estar em um ambiente estranho de estruturas rígidas que o descaracteriza, partilhando o mesmo espaço físico com pessoas que estão fora de seu convívio familiar; e ainda pela preocupação com sua evolução clínica (ÓRIA; MORAES; VICTOR; 2004)

A todo momento, pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergência e leitos de pacientes, surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada. Isso acontece porque o profissional da área de saúde tem como base o trabalho nas relações humanas, sejam elas com o paciente ou com a equipe multidisciplinar. Assim, não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserida. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas conscientemente ou não (SILVA, 2005).

As falhas de comunicação mais comuns são as barreiras pessoais, que causam impedimentos naturais na comunicação: a linguagem (uso de termos técnicos, palavras que sugerem pré-conceitos, impaciência, mensagem incompleta); impedimentos físicos (surdez, mutismo); fatores psicológicos (personalidade, sentimentos, emoções); diferenças educacionais (formação profissional ou cultural) e barreiras organizacionais (status das pessoas em uma determinada organização). Quando o profissional de saúde acompanha um paciente, deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não verbal (SILVA, 2005).

Segundo o mesmo autor, a comunicação apropriada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. O paciente hospitalar, por sua vez, age basicamente como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. O instinto natural de autodefesa e autopreservação são preponderantes fazendo com que ele passe a estar mais atento ao que acontece à sua volta, delimitando o próprio território e jamais admitindo a invasão arbitrária.

É importante, que durante o tratamento, o paciente adote uma postura PAR, (Paciente, Ativo e Responsável). Dessa forma, o paciente procura por maiores informações, tem mais controle e participação nas escolhas e decisões, sente-se mais seguro, confiante e preparado para enfrentar o tratamento. Aprende a lidar com as reais expectativas em todas as decisões necessárias, sendo defensor de si mesmo e de sua vida, exercendo seu papel de cidadão ativo com responsabilidade (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013)

O câncer vai impactar a vida do paciente. Durante um tempo, ele irá sentir como se um furacão estivesse passando por sua vida. Antes de iniciar o tratamento,

é preciso que ele tenha calma e espere para evitar a tomada de alguma decisão precipitada. É muito importante que ele se informe sobre o seu diagnóstico e as possíveis opções de tratamento. Quanto mais o paciente souber, mais ele se sentirá confiante (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

Em uma primeira consulta, o paciente deve contar ao médico sobre o seu histórico de doenças familiares; o médico deve examiná-lo e solicitar os exames, de acordo com o caso. Nas consultas intermediárias, o paciente deve anotar os efeitos colaterais dos medicamentos (quando começou, quanto tempo durou e o que foi feito para acabar com eles), anotar suas dúvidas e aproveitar o tempo da consulta para esclarecê-las. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

O paciente deve ser o responsável pelo seu tratamento, marcação de exames, agendamento de quimioterapia e etc. Também é importante definir os objetivos para esse momento de sua vida: organizar as prioridades, estabelecer metas com o médico, com a família e no trabalho. Estabelecer uma boa comunicação com o médico e a equipe de saúde é essencial para um bom resultado do tratamento. Ao se tornar um paciente ativo, ele se sentirá mais tranquilo, participativo e confiante em seu tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

3 A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A PESQUISA NO HOSPITAL ASCONCER

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Ascomcer - Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora. O hospital surgiu como resultado da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer. A ASCOMCER foi fundada em 4 de Janeiro de 1963 por Maria José Baeta Reis, que tinha sobrevivido a um câncer de colo uterino. O hospital é filantrópico e conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. Os serviços oferecidos aos usuários do SUS, convênios e particulares incluem radioterapia, quimioterapia, exames de raio-X, ultrassonografia, mamografia, colonoscopia, endoscopia, patologia clínica, preventivo de câncer uterino e de mama, além da assistência oferecida por meio de grupos de apoio aos familiares e acompanhantes coordenados pelas psicólogas da instituição

O hospital também possui uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, além de

grupos de apoio aos familiares e acompanhantes, coordenados pelas psicólogas da instituição.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação constituiu-se em uma pesquisa de natureza exploratória/descritiva que tem como finalidade primeira proporcionar maior familiaridade com o problema, envolvendo levantamento bibliográfico e entrevistas com o intuito de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos (GIL, 2008) O objetivo da presente pesquisa é avaliar a percepção de conhecimento, de pacientes com câncer, a acerca de sua doença e seu tratamento. Também foram avaliados os fatores associados ao nível de compreensão do paciente oncológico. Foram eles: idade, nível de escolaridade, tempo de tratamento, comunicação médico/paciente.

Foram entrevistados, na presente investigação, 50 pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados no ambulatório de quimioterapia e radioterapia do Hospital ASCOMCER. Estariam aptos a participarem pacientes com diagnóstico de câncer havia mais de 60 dias, maiores de 18 anos e que aceitassem participar do estudo. Como critério de exclusão foi definido que pacientes com relato em prontuário sobre déficit cognitivo importante que impedisse a compreensão do estudo não estariam aptos a participar.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo perguntas semiestruturadas e dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados, bem como questões sobre a percepção do conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento, com a finalidade de avaliar o seu nível de conhecimento em relação ao seu diagnóstico e os possíveis fatores que poderiam influenciá-los.

Inicialmente, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil de acordo com disposto na Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES-JF). Com o protocolo de deferimento do projeto e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceito, que formaliza a adesão à participação no estudo e assegura os cuidados de cunho ético, os pacientes foram entrevistados durante o tratamento no ambulatório da instituição.

Após a aplicação dos questionários, foi realizada a coleta de dados dos prontuários de cada paciente, com o objetivo de obter maiores informações sobre o participante.

A partir da aplicação do instrumento de pesquisa, como fechamento das etapas metodológicas, foi realizada uma análise quantitativa e em seguida foi realizada uma estatística descritiva. Os resultados foram expressos em média +/-, desvio padrão e frequência. Para isso foi utilizado o programa SPSS 15.0.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram avaliados 50 pacientes em tratamento de quimioterapia e radioterapia no ambulatório do Hospital ASCOMCER. Desses 50 pacientes, 28 eram do sexo feminino e 22 eram do sexo masculino.

Na análise qualitativa do perfil sociodemográfico desses participantes, observamos que, quanto ao estado civil, 8 eram solteiros, 24 eram casados, 7 eram separados e 11 eram viúvos. Desses participantes, apenas 13 estavam trabalhando, os outros 37 não trabalhavam. Avaliando o tipo de aposentadoria dos participantes, percebemos que 6 estavam inativos por invalidez, 7 estavam por tempo de serviço, 8 estavam por idade e 6 eram pensionistas.

Em relação ao nível de escolaridade, observamos que: 3 eram analfabetos; 5 haviam estudado até a 3ª série fundamental; 14 haviam estudado até a 4ª série fundamental; 9 tinham o ensino fundamental completo; 7 não haviam completado o ensino médio; 3 tinham o ensino médio completo; 2 não haviam completado o ensino superior e 7 tinham o ensino superior completo. Para uma melhor análise das informações do nível de escolaridade dos pacientes, foram criados três grupos: grupo Ensino Fundamental, que é composto pelos participantes analfabetos, que haviam estudado até a 3ª série fundamental, os que haviam feito até a 4ª série fundamental e os que tinham o ensino fundamental completo. O segundo grupo, Ensino Médio, era composto pelas pessoas que haviam feito o ensino médio completo e incompleto. O terceiro grupo, Ensino Superior, composto pelos participantes que haviam feito o ensino superior completo e incompleto. Assim tivemos uma nova análise do nível de escolaridade dos pacientes, ficando representada por: 31 pacientes no grupo Ensino Fundamental, 10 pacientes no grupo Ensino Médio e 9 pacientes no grupo Ensino Superior.

Em relação ao tipo de religião seguida pelos participantes, notamos que: 27 eram católicos; 14 evangélicos; 4 espíritas e 5 tinham outras religiões.

Também foi feita uma pesquisa no prontuário de cada participante com o intuito de colher mais informações sobre o tipo e o tempo de tratamento a que o paciente estava se submetendo, e, também, observar se as respostas dadas pelos pacientes sobre seu tipo de tratamento estavam corretas. Dentro dos dados coletados, observamos que: 31 pacientes estavam sendo submetidos à quimioterapia no momento da pesquisa, 25 estavam em radioterapia e 3 estavam realizando outros tipos de tratamento.

Analisando o perfil sociodemográfico quantitativo da pesquisa realizada, verificamos que a média de idade dos pacientes era de 58,98, com um desvio padrão de 12,74. Em relação ao tempo de estudo dos participantes, notamos que a média foi de 7,54, com um desvio padrão de 4,46. Também analisamos em relação ao diagnóstico e ao tratamento a que estava sendo submetido em meses dos pacientes. A média estimada foi de 6,74, com um desvio padrão de 13, 21.

O questionário utilizado para a pesquisa era composto por 13 perguntas, sendo que apenas 8 foram utilizadas para construir o intervalo de confiança da análise da pesquisa. Para medir o nível de conhecimento do paciente em relação ao seu diagnóstico e o tratamento a que estava sendo submetido, analisamos as 8 perguntas, dessas apenas 3 foram consideradas básicas do conhecimento. Essas foram: 1- Seu médico lhe enviou para o tratamento de?, 2- Que tipo de alimento você deve evitar quando faz quimioterapia?, 3- A qual tratamento está se submetendo?. Se o paciente acertasse a resposta, ganharia 1 ponto; caso não acertasse, não marcaria nenhum ponto. Ou seja, o participante poderia pontuar de 0 a 8. A média do nível de conhecimento do paciente em relação ao diagnóstico e ao tratamento a que estava sendo submetido apontada na pesquisa foi de 4,8, com um desvio padrão de 2,0.

Para melhor analisarmos esse resultado, foram criadas 3 categorias de nível de conhecimento, com o seguinte critério: participantes que acertaram de 0 a 3 questões se enquadravam na categoria baixo conhecimento, os que acertassem de 4 a 6 questões estariam na categoria médio conhecimento, e os participantes que acertassem de 7 a 8 questões estariam na categoria alto conhecimento.

A partir das novas categorias criadas, observamos que, dos 50 pacientes entrevistados, 12 estavam na categoria baixo conhecimento, 28 na categoria médio conhecimento e 10 na categoria alto conhecimento. Ou seja, de acordo com o número de pacientes entrevistados, podemos perceber que a maior parte dos

pacientes possui um nível médio de conhecimento em relação ao seu diagnóstico e tratamento.

A partir dessa informação, começamos a analisar as possíveis variáveis que poderiam influenciar nesse nível de conhecimento. A primeira correlação foi feita através do grau de conhecimento com o nível de escolaridade dos participantes.

Ao realizarmos o teste de independência (qui-quadrado) no intuito de verificar se existe relação entre o nível de conhecimento e o grau de escolaridade, pôde-se perceber que não havia relação significativa (valor $p= 0,127$), ou seja, das 31 pessoas que faziam parte do grupo de escolaridade ensino fundamental, 9 tinham baixo conhecimento, 16 médio conhecimento e 6 alto conhecimento. Das 10 pessoas que estavam no grupo de escolaridade médio, 0 tinha baixo conhecimento, 6 tinham médio conhecimento e 4 tinham alto conhecimento. E das 9 pessoas que estavam no grupo de escolaridade superior, 3 tinham baixo conhecimento, 6 médio conhecimento e 0 alto conhecimento. †

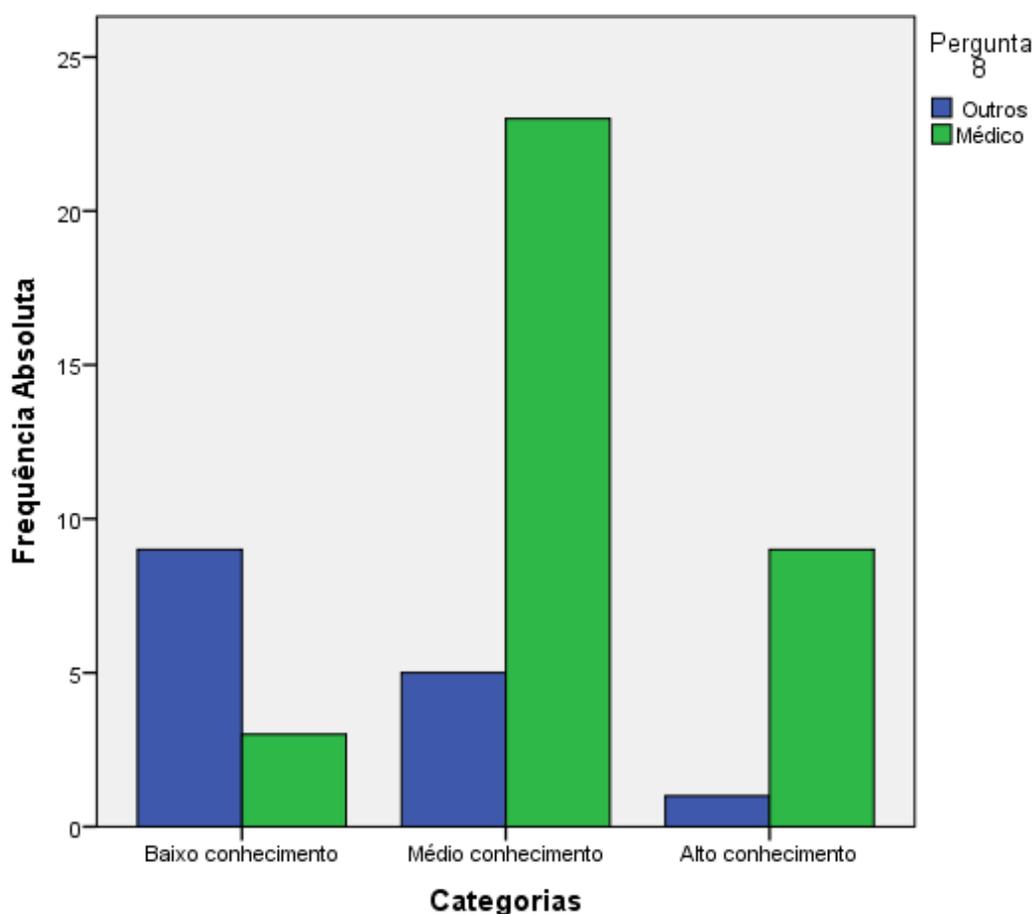
A próxima correlação feita na pesquisa foi para avaliar se existia relação entre o nível de conhecimento com a idade do participante.

Por meio do coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0,439$), podemos afirmar que há uma correlação negativa entre a idade e o nível de conhecimento (valor $p= - 0,439$), ou seja, quanto mais velho for o paciente menor será o seu nível de conhecimento.

Posteriormente correlacionamos o tempo de tratamento dos participantes com o seu grau de conhecimento. Por meio do coeficiente de correlação de Pearson ($r= 0,196$), podemos constatar que não há correlação do nível de conhecimento com o tempo de tratamento do paciente, (valor $p= 0,171$), ou seja, o tempo de tratamento não influencia o nível de conhecimento do paciente.

A última correlação feita na pesquisa foi por meio do nível de conhecimento que o paciente tinha com a resposta dada pelo participante na pergunta 8 do questionário (Ao receber o diagnóstico, você obteve informações sobre sua doença? De quem?); a resposta considerada certa seria a letra A (Sim, do médico).

FIGURA 1 - Categorias X Pergunta



Fonte: Das autoras

Ao realizar o teste do (qui-quadrado) para verificar se existia relação entre as categorias de conhecimento e a informação ser provida por intermédio do médico, pôde-se observar que há relação significativa (valor $p= 0,00$), ou seja, dos 12 participantes que estavam na categoria baixo conhecimento, apenas 3 foram informados pelo médico sobre seu diagnóstico e tratamento; os outros 9 receberam as informações de outras formas. Entre os 28 pacientes categoria médio conhecimento, 23 receberam a informação por intermédio do médico, os outros 5 receberam de outras maneiras. E dos 10 participantes que pertenciam à categoria alto conhecimento, 9 foram informados pelo seu médico e apenas 1 recebeu a informação de outra maneira. Podemos constatar que 70% dos participantes receberam a informação de seu diagnóstico por intermédio do médico.

Sabemos que a informação sobre o diagnóstico e tratamento deve ser fornecida pelo médico. É direito do paciente estar informado sobre a sua doença, porém o momento de se falar sobre o diagnóstico requer um pouco mais de atenção e cuidado, assim como aponta Silva (2006), ao fazer uma relação de vários fatores que devem ser observados para que essa comunicação obtenha um sucesso. Quando o paciente tem o conhecimento de seu diagnóstico, ele passa a ter autonomia sobre sua vida. Pesquisas apontam que, para que haja uma adesão ao tratamento, é necessário que o paciente tenha conhecimento de sua doença.

Os autores Reiners et al (2006) apontam em sua pesquisa que um dos fatores que está relacionado à falta de adesão ao tratamento é a comunicação inadequada e insuficiente do profissional. O mesmo estudo aponta algumas soluções para a não adesão ao tratamento em relação ao profissional; uma delas seria mudar a postura dos profissionais de saúde: explicar os procedimentos, esclarecer dúvidas, usar adequadamente a linguagem, equilibrar as relações assimétricas, promover o bem-estar do paciente, permitir a participação do paciente nas metas e decisões sobre o seu tratamento. Sabemos que a qualidade da comunicação profissional de saúde-paciente influencia a qualidade dos cuidados de saúde em geral.

Grilo (2010) aponta, em sua tese de doutorado, que vários autores constataram em suas pesquisas que uma boa relação médico-paciente pode contribuir para melhorar o processo de entrevista médica, facilitar a compreensão e memorização das recomendações médicas, que, conseqüentemente, aumentam a adesão e diminuem sintomas físicos. A autora apresenta, em sua pesquisa, que existem hoje evidências de que os profissionais de saúde não comunicam eficazmente. Em sua tese discute a ideia de que, mesmo com o avanço da medicina, as pessoas continuam manifestando descontentamento com a interação entre os profissionais de saúde. Autores referenciados por Grilo (2010) mostram que uma grande parte dos pacientes está insatisfeita com a qualidade dos serviços de saúde, principalmente em relação ao desempenho comunicacional do profissional de saúde.

Grilo (2010) demonstra, em uma pesquisa realizada com 320 pacientes de obstetrícia e ginecologia, a existência de uma correlação elevada entre a comunicação e os níveis de satisfação. Ou seja, mais uma vez podemos constatar a falha da comunicação na saúde. A autora ressalta que a falha da comunicação pode

vir a ter consequências negativas para os pacientes, como o aumento das reações emocionais excessivas, diminuição da qualidade de vida e não adesão ao tratamento.

O Código de Ética da Medicina (Resolução do Conselho Federal de Medicina, N 1.246/88, de 08.01.1988, art. 59 apud OSANAI, 2004, p. 240) diz que: “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”. Dessa maneira, o médico deve compreender a situação do paciente, buscando a melhor forma o diagnóstico e instruir a terapêutica. A indicação da terapêutica é uma variável de extrema importância. Nassar (2013) e Osanai (2004) ressaltam que a decisão deve ser fundamentada em uma discussão com o paciente, alertando sobre todos os riscos e possíveis dificuldades que possam ocorrer durante todo o período do tratamento, e que a imposição do tratamento de forma tendenciosa por parte do médico poderá ocasionar uma baixa aderência ao tratamento ou uma menor tolerância aos efeitos colaterais da terapêutica instituída, o que prejudicaria os resultados.

4 CONCLUSÃO

Falar sobre o adoecer é complicado e se agrava quando esse adoecer se dá por uma doença crônica, tal como o câncer, que acaba assumindo um lugar central na existência do paciente. O que acontece em decorrência disso é supervalorizado, tornando o restante da vida desinteressante.

O interesse pela escolha do tema da pesquisa partiu da observação e prática de estágio supervisionado realizado no ambiente hospitalar. Realizando o acolhimento aos pacientes internados, percebia-se a falta de comunicação sobre o diagnóstico e tratamento. Diante disso, foi levantada a seguinte hipótese: Pacientes com diagnóstico de câncer possuem pouco conhecimento sobre sua doença e seu tratamento, o que poderia estar associado à baixa escolaridade, à idade, ao pouco tempo de tratamento e à dificuldade na comunicação médico-paciente.

De acordo com o resultado da pesquisa, pôde-se constatar que estão relacionados ao pouco conhecimento sobre o adoecimento os fatores idade e dificuldades na comunicação médico-paciente. Porém, essa dificuldade de comunicação pode ser ainda atribuída a outros fatores que não foram apontados e

estudados na pesquisa, como: déficit cognitivo, questões familiares, negação por parte do paciente, entre outros que podem ser discutidos em futuros estudos.

Reflexões são feitas desde o diagnóstico, o passado volta à tona com o peso de tudo que ficou mal resolvido e a esperança de futuro passa a ser uma incerteza. Humanizar esse sofrimento e aproveitar as repercussões suscitadas para tentar uma nova atitude do paciente e da família podem levar a uma mudança de comportamentos. A comunicação entre todos os envolvidos é fundamental (paciente, família e equipe de saúde). Tentar modificar a concepção de que o “não saber” é melhor, ou que ajuda a não piorar, é determinante. A passividade e o desconhecimento intensificam as crenças que sustentam o medo e a insegurança. A comunicação, o diálogo aberto e franco, a troca de informações e de ideias desmistificam o “monstro” que representa a doença e que habita a fantasia dos pacientes, fornecendo dados de realidade e limites ao que parece ser imensurável.

THE PATIENT ONCOLÓGICO FRONT TO THE KNOWLEDGE OF THE DISEASE

ABSTRACT:

Cancer is undoubtedly one of some painful illness that has extremely negative connotations; for the vast majority, the diagnosis of cancer is still a death sentence. This social unacceptability of cancer can be attributed to many causes, the most relevant of which refers to the fear of all individuals prolonged suffering during treatment and the stages of the disease. In this context, knowledge about the disease is key to better cope with this process. Objectives: To evaluate the perception of knowledge of cancer patients about the disease and treatment factors associated with the level of understanding of the patient. Methods: We analyzed 50 patients diagnosed with cancer chemotherapy as outpatients ASCOMCER Hospital, diagnosed more than 60 days over 18 who agreed to participate in the study. A structured interview containing sociodemographic and clinical data of the respondents, as well as questions about the degree of knowledge of the patient about the disease and treatment was used. Descriptive statistics were performed. Results were expressed as mean \pm standard deviation and frequency. Results: The mean of knowledge of survey knowledge was average, with age and physician patient communication X as factors that influenced this knowledge.

Keywords: Oncology. Knowledge. Chemotherapy.

REFERÊNCIAS

COSTA, M. P. F. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA, M. J. P. (Org.). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

DONDONI, A. P. F.; BRAGA, C. F.; BARRIOS, C. H. **Como transmitir aquilo que não gostaríamos de ouvir?** A comunicação de notícias difíceis na relação médico-paciente. Porto Alegre: Acta Médica, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis: Vozes, 1996.

GRILO, A. I. R. M. **Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas**: categorização e proposta de um treino individual de competências. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia/ Doutorado em Psicologia da saúde, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2249/9/ulsd059337_09_Cap2.pdf . >Acesso em: 6 jun. 2014.

INSTITUTO ONCOGUIA. Espaço do paciente. Seja um PAR. 2013
Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/seja-um-par/156/173/> >Acesso em: 9 mai. 2014.

MELLO, F. J. **Concepção psicossomática**: Visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.

NASSAR, M. R. F. Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente. In: CARBONARI, K.; SEABRA, C. R. **Psico-oncologia**: assistência humanizada e qualidade de vida. São Paulo: Comenius, 2013.

OSANAI, M. H. Relação médico-paciente em oncologia. In: DELEUSE, R. A.; BARROS, M. C. M. de.; MÜLLER, M. C. (Orgs.). **Psicooncologia e interdisciplinaridade**: uma experiência na educação a distância. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

ORIÁ, M. O. B; MORAES, L.M.P; VICTOR, J.F. **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**. Rev Elétron Enferm. 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf> Acesso em: 27 mar. 2014.

PARONI, C.F. **Você é o remédio**. São Paulo: Lúmen, 2000.

PERDICARIS, A. A. M. **Além do bisturi**: novas fronteiras na comunicação médica. Santos: Leopoldianum, 2006.

PERDICARIS, A. A. M, SILVA, M. J. P. A comunicação essencial em oncologia. In: CARVALHO, V. A. (ORG.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2006.

PFUETZENREILTER, M. R. **A ruptura entre o conhecimento popular e o científico em saúde**. Ensaio Pesquisa e Educação em Ciência, 2001.

REINERS, A. A. O; et al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde.** Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900034&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 6 jun. 2014.

SILVA, M. J. P. Comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (ORGS.). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2005.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

TORALLES-PEREIRA, M. L. et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 1013-1022, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a22v9n4>>. Acesso em: 06 jun. 2014.