

# A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico

UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE,  
PORTADORES DE CÂNCER E SEUS FAMILIARES

Ricardo Caponero

**mg**  
MG EDITORES

*A COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO*  
*Um guia para profissionais de saúde, portadores de câncer e seus familiares*  
Copyright © 2015 by Ricardo Caponero  
Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**  
Assistente editorial: **Michelle Neris**  
Capa: **Buono Disegno**  
Projeto gráfico e diagramação: **Crayon Editorial**  
Impressão: **Sumago Gráfica Editorial**

## **MG Editores**

Departamento editorial  
Rua Itapicuru, 613 – 7ª andar  
05006-000 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 3872-3322  
Fax: (11) 3872-7476  
<http://www.mgeditores.com.br>  
e-mail: [mg@mgeditores.com.br](mailto:mg@mgeditores.com.br)

Atendimento ao consumidor  
Summus Editorial  
Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado  
Fone: (11) 3873-8638  
Fax: (11) 3872-7476  
e-mail: [vendas@summus.com.br](mailto:vendas@summus.com.br)

Impresso no Brasil

## SUMÁRIO

PREFÁCIO. . . . .	11
INTRODUÇÃO . . . . .	15
1. Por que a comunicação na oncologia é diferente? . . .	21
Premência . . . . .	23
A grande diferença de referenciais . . . . .	26
Princípios fundamentais da bioética . . . . .	27
Princípio de primeiro não lesar – <i>Primum non nocere</i> . . . . .	28
A conspiração do silêncio. . . . .	31
A desconfiança do paciente . . . . .	37
O equilíbrio entre a realidade e a esperança . . . . .	40
O humor. . . . .	42
A mudança da pessoa tornada “paciente” . . . . .	45
2. A importância . . . . .	55
A comunicação como terapêutica . . . . .	58
O tempo como aliado . . . . .	60

3. O momento . . . . .	63
4. O local . . . . .	69
5. A forma . . . . .	75
O conceito de cura . . . . .	78
A comunicação competente . . . . .	79
Algumas técnicas de comunicação . . . . .	86
O problema da moral . . . . .	95
Como dar más notícias . . . . .	101
6. Os entraves . . . . .	127
A formação . . . . .	128
O tempo e a remuneração . . . . .	130
A mecânica do mal-entendido . . . . .	133
A angústia e o estado de alerta constante . . . . .	134
A dissociação entre informação e consciência . . . . .	135
A medicina também não colabora... . . . .	137
O que é normal? . . . . .	139
Sensibilidade, especificidade, valores preditivos . . . . .	140
Casos difíceis . . . . .	144
7. As possíveis soluções . . . . .	149
O amor é o caminho . . . . .	149
A equipe multiprofissional . . . . .	151
O método Balint . . . . .	153
8. Aspectos legais da comunicação paciente-médico . . . . .	157
Código de Ética Médica . . . . .	158

A descriminalização da ortotanásia. . . . .	161
O testamento vital. . . . .	163
A posição da Igreja Católica . . . . .	164
A sedação paliativa. . . . .	165
9. O outro lado da comunicação. . . . .	171
CONCLUSÕES . . . . .	177

## PREFÁCIO



Era uma vez...

Quem não se lembra de ficar fascinado pelas muitas possibilidades que surgiam na nossa imaginação quando, ainda crianças, ouvíamos alguém começar a contar: “Era uma vez...”

Que gostoso! O (nosso) mundo crescia com mais aquela história, com mais aquela sabedoria...

Este livro poderia também começar assim, pois nele estão 25 anos de experiências nos mais significativos aspectos da comunicação humana entre médico e paciente e entre médico e familiares – além de dimensões das relações entre a equipe multiprofissional.

Na oncologia, comunicar-se é difícil! A possibilidade ou a realidade de um diagnóstico de câncer mobiliza muita emoção, muitos sentimentos. Há tensão, medo, dúvida, insegurança, surpresas... É também provável que a “suspeita” do diagnóstico não seja levantada por um oncologista, mas por outros especialistas que, assim como todos nós, não gostam de dar más notícias.

Os profissionais de saúde adorariam só dar boas-novas. Porém, isso seria um conto de fadas, não a realidade humana. Nossa realidade é feita de desafios e, se respeito é um valor fundamental nas relações terapêuticas, é necessário que o paciente ou cliente receba todas as informações pertinentes para tomar decisões adequadas, de acordo com suas crenças, vontades, possibilidades, seu contexto pessoal, familiar e social. Portanto, quando refletimos sobre comunicação em oncologia, não se trata de dizer ou não a verdade, mas de *como* dizer o que é difícil de ser ouvido e vivido.

O princípio de “não fazer mal” está presente desde sempre na Medicina. Mas gostei de ler quando o dr. Ricardo (com tanta propriedade) afirma que não existe a “boa” Medicina, pois a verdadeira não precisa do “boa”. É reduzir a profissão.

Isso significa que os profissionais não podem se esconder atrás de técnicas, pois muito além delas está a capacidade deles de compreender a si mesmos como instrumento terapêutico, como “remédios” que podem acalmar, aliviar a dor, a ansiedade, o medo. Às vezes, ficamos demasiado presos às técnicas, e cada pessoa pode precisar de uma técnica diferente, ditada por suas necessidades particulares em determinado contexto de tempo e espaço.

Na comunicação, o uso de técnicas é possível e necessário; porém, sejam elas quais forem, seu domínio depende do cultivo da sensibilidade, da atenção e da intenção da relação. Ricardo defende que o médico deve fornecer um diagnóstico verdadeiro, mas explica que seu talento consiste na capacidade de expor esse diagnóstico como um desafio (se for o caso de um câncer) e não como uma sentença. Ensina, assim, que precisamos aprender a reconhecer as dimensões da comunicação não verbal e a confiar nelas, pois a linguagem do corpo não é enganadora.

Este livro nos leva a refletir sobre quanto tempo estamos gastando falando e ouvindo; quantas queixas dos pacientes são causadas, direta ou indiretamente, por uma comunicação inadequada; se esclarecemos expressões que são abstratas ou permitem mais de uma interpretação; como lidamos com o direito à autonomia das pessoas, cumprindo nosso papel de elucidar seus questionamentos e ajudá-las a tomar decisões ao longo de todo o processo de tratamento e cuidado.

A chance de conhecermos alguém (amigos, parentes, conhecidos) com diagnóstico de câncer é cada vez maior, segundo pesquisas mundiais. Daí também a importância deste livro, pois, à medida que cresce a nossa consciência sobre algo, reagimos menos e agimos mais. Aprendendo com esta obra, podemos agir em sintonia com os indivíduos, desenvolvendo vínculos que nos auxiliem nos vários momentos difíceis que marcam o acompanhamento do tratamento de uma pessoa com câncer.

Cultivar o diálogo. Superar desavenças. Criar sintonia, confiança. Tudo isso é gratificante para quem tem essas habilidades e para quem se empenha em desenvolvê-las.

Este livro poderia começar com “Era uma vez...” porque, como em toda boa história, ficamos atentos até o final. Os relatos aqui presentes fazem-nos lembrar da nossa existência e, por isso, proporcionam um grande aprendizado.

Obrigada por isso, Ricardo. Este é um livro para mais de uma vez.

**PROFESSORA DOUTORA MARIA JULIA PAES DA SILVA**

Professora titular da Escola de Enfermagem  
da Universidade de São Paulo



## INTRODUÇÃO



O câncer, cientificamente denominado neoplasia, não é uma única doença, mas um grupo muito distinto de várias enfermidades, inclusas num grupo maior, de doenças crônico-degenerativas.

O que caracteriza as neoplasias é a proliferação celular desordenada e descontrolada. Nas ditas benignas, essa proliferação é limitada ao sítio de origem do processo, enquanto nas malignas pode ocorrer a disseminação da doença no organismo, com a formação de metástases, comprometimento da função dos órgãos e óbito.

Estimam-se em mais de 600 os tipos de neoplasia, que são absolutamente distintas. A oncologia começou classificando-as pelos órgãos de origem. Por exemplo, “neoplasia de mama”, “neoplasia de pulmão” etc. Em seguida, vieram as classificações histopatológicas: “adenocarcinoma”, “sarcoma”, “melanoma” etc., que se fundamentavam no tecido ou na célula que originava o processo. Acrescentaram-se fatores prognósticos, geralmente definidos por imuno-histoquímica ou biologia molecular. Hoje, essa classificação é ainda mais subdividida com base nas “assinaturas

gênicas”, ou seja, no conjunto de genes que estão expressos ou suprimidos em cada neoplasia. Agora falamos em “adenocarcinoma de pulmão com mutação do gene do *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) com ganho de função”, “Tumor estromal gastrointestinal com mutação no éxon 11 do c-KIT”, “Carcinoma mamário HER2 (*Human Epidermal Receptor - 2*) positivo” etc. E, num futuro próximo, classificaremos de modo ainda mais detalhado as assinaturas gênicas, definindo, talvez para cada momento da doença, os processos celulares e as vias de sinalização que estão ativas ou suprimidas. Dessa forma, teremos um diagnóstico “molecular” das neoplasias.

A expectativa de vida da população de vários países está aumentando rapidamente, sobretudo naqueles em desenvolvimento. Diversos fatores contribuem para isso e não os discutiremos aqui. O que nos interessa é que, à medida que a população envelhece, aumenta a incidência exatamente das doenças crônico-degenerativas.

A maior expectativa de vida também decorre do sucesso da medicina em combater as doenças infectoparasitárias e, mais modernamente, as cardiovasculares. O combate às causas predisponentes, o diagnóstico mais rápido e a intervenção precoce em relação a estas últimas reduziram de forma significativa o número de óbitos por essa condição. Em virtude disso, nos Estados Unidos, a mortalidade por câncer já supera as mortes por doenças cardiovasculares.

Também é certo que a maior disponibilidade de diagnóstico reduz, em especial nos países em desenvolvimento, o número de óbitos por causas desconhecidas. Pacientes que morriam sem causa definida podem agora, com exames radiológicos, receber o

diagnóstico de portadores de metástases cerebrais – portanto, neoplasia –, aumentando a incidência do câncer.

Além do aumento da expectativa de vida e das facilidades diagnósticas, é certo que a modernidade trouxe uma maior exposição a fatores de risco, cada vez mais bem definidos, o que também contribui para parte do aumento da incidência. Ainda são poucos os métodos preventivos primários para reduzir a incidência das neoplasias, e sua utilização é incipiente.

O resumo de tudo isso é que as neoplasias são cada vez mais frequentes. Dados estadunidenses estimam que a probabilidade de desenvolver uma neoplasia invasiva, de qualquer localização, ao longo da vida (desconsideram-se as neoplasias *in situ*) é de 44,81% nos homens e 38,17% nas mulheres.<sup>1</sup>

A boa notícia é que, no período de 2004 a 2010, a taxa de sobrevivida em cinco anos (o que não significa obrigatoriamente a cura), nos Estados Unidos, aumentou para 68% para todas as neoplasias, independentemente do diagnóstico e do estágio.<sup>2</sup>

Ainda assim, as neoplasias são a principal causa de morte na maior parte dos países economicamente desenvolvidos e a segunda causa de mortalidade naqueles em desenvolvimento.<sup>3</sup> Seu impacto vem aumentando nestes últimos em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, assim como da adoção de estilos de vida associados ao câncer – incluindo tabagismo, sedentarismo e dietas “ocidentalizadas”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de casos de neoplasia vá duplicar até o ano de 2023, principalmente nos países em desenvolvimento.

Com base nas estimativas da Globocan<sup>4</sup> 2012, 14,1 milhões de casos novos e 8,2 milhões de óbitos por neoplasia ocorreram

naquele ano. Entre eles, 48% dos casos e 65% dos óbitos ocorrem nos países em desenvolvimento econômico.<sup>5</sup> A sobrevida, em casos de neoplasia, tende a ser pior nos países em desenvolvimento, principalmente por uma combinação de estágio avançado ao diagnóstico e acesso limitado e tardio ao tratamento padrão.<sup>6</sup>

No Brasil, estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) para os anos de 2015 e 2016 apontam a ocorrência de aproximadamente 576.3580 casos novos de câncer por ano, incluindo os de pele não melanoma. Estima-se um total anual de 302.350 casos novos para o sexo masculino e 274.230 para o feminino. Nos homens, os tipos mais incidentes seriam os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago; nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide.<sup>7</sup>

Muito provavelmente o diagnóstico não vai ser feito por um oncologista. Clínicos gerais, cirurgiões, médicos de família e da comunidade e os mais diversos especialistas em geral farão o diagnóstico e encaminharão esses casos a um oncologista. A este cabe explicar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento. Porém, tudo que é dito ao paciente e a seus familiares pelos profissionais envolvidos traz grande impacto na comunicação entre eles.

Aos oncologistas cabe conhecer em profundidade os meandros da comunicação dinâmica, que é, por si só, parte fundamental do tratamento. Os profissionais que participam do diagnóstico devem estar minimamente esclarecidos sobre a importância e o impacto que a comunicação exerce – tanto como alento quanto como sofrimento.

Infelizmente, inúmeros dados mostram que os profissionais de saúde, inclusive e principalmente os médicos, estão mui-

to mal preparados para estabelecer uma comunicação efetiva e terapêutica. Tal situação se agrava no momento de comunicar más notícias<sup>8</sup>, mesmo em especialidades como a oncologia, nas quais essa situação é quase rotina.<sup>9</sup>

Desse modo, este livro lança luz sobre os aspectos mais significativos da comunicação entre médicos e pacientes com base em minha experiência de 25 anos de atendimento, não deixando de lado aspectos que envolvem toda a equipe de saúde e a família dos portadores de câncer.

#### NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer facts & figures 2015*. Atlanta: American Cancer Society, 2015.
2. *Ibidem*, p. 18.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Plataforma que recolhe e analisa dados sobre câncer em 184 países do globo.
5. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. "Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012". Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)>. Acesso em: 8 abr. 2015.
6. JEMAL, A. et al. "Global cancer statistics". *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, v. 61, n. 2, 2011, p. 69-90.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2014, p. 56.
8. RAPPAPORT, W.; WITZKE, D. "Education about death and dying during the clinical years of medical school". *Surgery*, v. 113, 1993, p. 163-65.
9. FORD, S.; FALLOWFIELD, L.; LEWIS, S. "Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?" *British Journal of Cancer*, v. 70, 1994, p. 667-70.

## 1. POR QUE A COMUNICAÇÃO NA ONCOLOGIA É DIFERENTE?



A comunicação é uma necessidade humana básica.<sup>1</sup> No âmbito do cuidado à saúde, determina e efetua o atendimento da área expressiva de assistência ao paciente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde. Independentemente de sua área de formação, todos os profissionais que lidam com enfermos têm como base de seu trabalho as relações humanas. É impossível ao enfermeiro cuidar, ao médico tratar, ao fisioterapeuta reabilitar, ao psicólogo compreender e aconselhar ou qualquer outra ação na assistência ao ser humano sem lançar mão de habilidades de comunicação interpessoal.<sup>2</sup>

Escrevi antes que é impossível ao médico curar. Tudo que podemos fazer é tratar, com a participação do paciente. Além de informar, a comunicação tem o papel de mobilizar para a “cura”. Minha amiga Rita Macieira contribuiu nesse esclarecimento com o pensamento de que, como disse Aristóteles, o principal fator de recuperação ou mecanismo de cura se encontra dentro do próprio paciente. Nesse sentido, todos nós, trabalhadores da saúde