

O MÉDICO FRENTE AO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DO CÂNCER AVANÇADO

ETELVINO DE SOUZA TRINDADE, LETÍCIA ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA, JEISON PÁBULO ANDRADE E VOLNEI GARRAFA*

Trabalho realizado na Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília e no Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF

RESUMO

OBJETIVO. Avaliar a postura de médicos frente à informação do diagnóstico e prognóstico de câncer aos pacientes, familiares ou ambos, incluindo uma análise bioética do conflito verificado entre beneficência, respeito à autonomia do paciente e paternalismo.

MÉTODOS. Foram entrevistados 38 médicos responsáveis por pacientes com neoplasias malignas em um hospital terciário. O questionário foi dividido em duas partes. Uma com dados gerais do entrevistado e outra com perguntas específicas sobre a transmissão das informações ao paciente e também avaliação da compreensão do médico sobre beneficência.

RESULTADOS. Embora 97,4% dos médicos em geral informem o diagnóstico aos seus pacientes, nos casos de doença terminal, 50% se valem da família como apoio. Com relação à informação sobre prognóstico fatal, os que comunicam somente à família foram 63,1%, enquanto 31,6% preferem passar a informação diretamente ao paciente. O estudo mostrou que os profissionais confundem beneficência com paternalismo.

CONCLUSÃO. Os médicos têm o hábito de informar o diagnóstico aos seus pacientes. Na impossibilidade de recursos curativos, as atitudes tornam-se conflitantes no que concerne aos princípios da beneficência e autonomia. O número de médicos que acreditam no paternalismo como forma de beneficência é ainda significativo. A atitude paternalista emerge principalmente quando os recursos terapêuticos tornam-se não resolutivos.

UNITERMOS: Bioética. Pacientes graves. Informação do diagnóstico e prognóstico. Beneficência. Paternalismo. Autonomia.

*Correspondência:

Cátedra Unesco de Bioética,
Universidade de Brasília
Caixa postal: 04451
Brasília/DF
Cep: 70904 - 970
Tel: (61) 3307-2113
Fax: (61) 3307-3946.
bioetica@unb.br

INTRODUÇÃO

A humanidade alcançou significativas conquistas nos últimos anos. O rápido progresso biotecnocientífico fez com que o médico passasse a enfrentar situações novas. Neste contexto, surgiu a necessidade de uma postura profissional mais coerente com a realidade atual e que ampliasse sua formação, basicamente deontológica, para outra mais abrangente, fundamentada na Bioética.

A beneficência médica é habitualmente relacionada à bondade, caridade, altruísmo, amor. No entanto, o entendimento de beneficência que se procurou utilizar no presente estudo é mais amplo, conforme a teoria proposta por Beauchamp & Childress¹. A beneficência consiste em todas as formas de ação que tenham como objetivo beneficiar outras pessoas, diferente da benevolência que se refere à virtude, ao traço de caráter de quem procura beneficiar os outros. O princípio bioético da beneficência consiste na obrigação moral de se agir em benefício de outros¹. A procura por fazer o bem está na essência do juramento hipocrático; o médico deve empenhar-se em proporcionar a atenção mais adequada possível ao paciente e em protegê-lo diante de qualquer possibilidade de dano ou injustiça.

A beneficência, no entanto, quando exagerada, transforma-se em paternalismo, uma extrapolação de limites motivada por boas intenções. A relação médico-paciente é assimétrica devido à fragilidade natural do paciente, por um lado, e à autoridade e poder do profissional decorrente do saber, pelo outro. Ao procurar o médico, o paciente transfere a responsabilidade por si mesmo ao outro. Esta assimetria

pode levar o profissional a não perceber a indispensável reciprocidade que deve existir na relação e seus procedimentos acabam por anular o objeto do cuidado, o paciente: "...esta elevação do saber ao poder leva à passagem da beneficência ao paternalismo"². Segundo Silva, "a singularidade do paciente não deve ser desprezada, seus benefícios não devem se restringir à esfera terapêutica, não se pode separar o problema daquele que o possui"².

Duas condições são necessárias para que uma pessoa possa agir com autonomia: a liberdade e a qualidade do agente¹. Não respeitar a autonomia de uma pessoa significa tratá-la como um meio, de acordo com os objetivos dos outros, inclusive do agente da ação, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa. Os sentimentos e preocupações para com os outros levam as pessoas a ações que não podem ser reduzidas à mera obediência a princípios e regras².

Os objetivos deste estudo foram: 1) avaliar a percepção e aplicação do princípio bioético da beneficência por médicos especializados no tratamento de pacientes com câncer em um hospital público terciário do Distrito Federal; 2) estudar a compreensão de beneficência e autonomia pelos médicos do universo estudado; 3) analisar se os profissionais, nos procedimentos de rotina frente a casos graves, tratam do assunto diretamente com o paciente, com a família ou com ambos; 4) interpretar as diferentes posturas dos médicos com relação à transmissão do diagnóstico e prognóstico de câncer avançado aos pacientes, aos familiares ou a ambos.

MÉTODOS

O presente estudo avaliou a relação médico-paciente em ambiente hospitalar, por meio de questionários aplicados a médicos especializados e responsáveis por pacientes portadores de neoplasia maligna. De uma amostra aleatória de 50 profissionais, 38 responderam à consulta. O local da coleta de dados foi o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), um hospital público terciário de alta complexidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Saúde do Distrito Federal.

O critério de inclusão dos sujeitos na pesquisa foi único: médicos especializados que assistem pacientes portadores de câncer no HBDF. Foram excluídos os médicos que trabalham na maior parte do tempo em serviços de emergência ou unidades de terapia intensiva, por não criarem vínculo assistencial com seus pacientes, e os inseridos em programas de residência médica ou estágio profissional, em vista de ainda estarem em processo de formação e, portanto, carecerem de experiência específica neste tipo de atendimento.

O questionário foi estruturado de forma a obter respostas fechadas, solicitando escolha entre alternativas para o estudo dos objetivos 2, 3 e 4 e, para estudar o objetivo 1, foi solicitada a valoração de 1 a 10 dentre várias palavras que o questionando pudesse correlacionar ao seu entendimento de beneficência. A primeira parte do questionário continha dados gerais sobre a idade, sexo e tempo de graduação do respondente. A segunda parte do questionário continha perguntas específicas. O questionário aplicado encontra-se no apêndice.

As questões 1 a 7 foram analisadas pela frequência das respostas para cada opção fornecida, sendo a análise estatística por quartis percentuais pelo programa de computador Excel da Microsoft. As respostas da questão 8 foram analisadas também percentualmente pela frequência das opções, com o uso do mesmo programa de computador.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 38 médicos. A distribuição por faixa etária foi: cinco (13,1%) até 40 anos; 15 (39,5%) entre 40 e 50 anos; 12 (31,6%) entre 50 e 60 anos; e seis (15,8%) acima de 60 anos.

Quanto ao sexo, 29 (76,3%) eram homens e nove (23,7%) mulheres. A distribuição pelo tempo de graduação foi: quatro (10,5%) até 10 anos; oito (21,1%) entre 10 e 20 anos; 18 (47,3%) entre 20 e 30 anos; e oito (21,1%) mais de 30 anos.

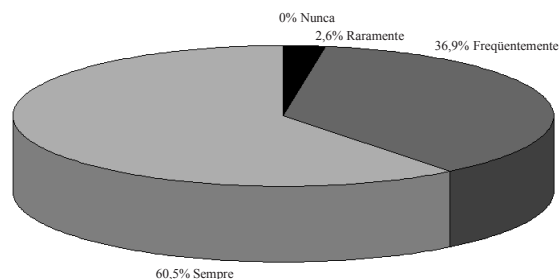
O questionário específico teve os seguintes resultados:

Questão 1: Número de pacientes atendidos por mês? – dois (5,3%) atendiam menos de 10 pacientes; 16 (42,1%) entre 10 e 20; dois (5,3%) entre 20 e 30; e 18 (47,3%) mais de 30.

Questão 2: Informa o diagnóstico de doença grave ao paciente? – nenhuma resposta para “nunca”; uma (2,6%) para “raramente”; 14 (36,9%) “freqüentemente”; e 23 (60,5%) “sempre” (Figura 1).

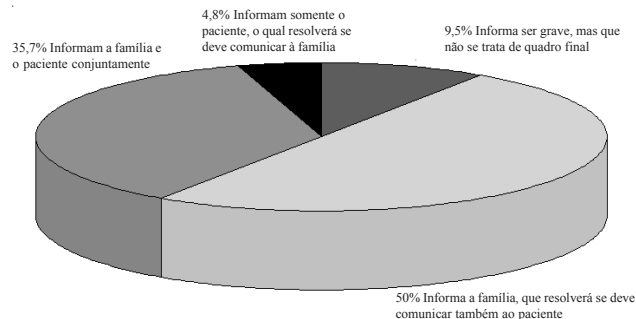
Questão 3: Se não informa ou informa com restrições, isso se deve a que? – dois (8,7%) assinalaram que “o paciente não precisa saber da gravidade do diagnóstico”; oito (34,8%) “o paciente deverá ser preservado emocionalmente”; nenhuma resposta para “o paciente só confiará

Figura 1 – Questão 2: Informação do diagnóstico grave ao paciente



Fonte: pesquisa dos autores-2005

Figura 2 – Questão 5: Procedimento médico em presença de quadro terminal



Fonte: pesquisa dos autores-2005

se acreditar que poderá ter cura”; e 13 (56,5%) que “o paciente deve ser estimulado a sempre ter esperança de cura”. Dezoito (47,3%) médicos não responderam esta questão e os 20 (52,6%) respondentes registraram 23 respostas: um respondeu três opções e outro duas opções.

Questão 4: Quando informa que a doença é grave, informa também os procedimentos que ele irá enfrentar, com seus inconvenientes e os desdobramentos de sua doença? – nenhuma resposta para “nunca”; uma (2,6%) “raramente”; 13 (34,2%) “freqüentemente”; e 24 (63,2%) “sempre”.

Questão 5: Quando o paciente estiver em estado muito grave, em quadro final, qual é seu procedimento? – quatro (9,5%) respostas para “informa ser grave, mas que não se trata de quadro final”; 21 (50%) “informa a família, que resolverá se deve comunicar também o paciente”; 15 (35,7%) “informa a família e o paciente conjuntamente”; e duas (4,8%) para “informa somente o paciente, o qual resolverá se deve comunicar à família”. Nesta questão, houve dois médicos que assinalaram duas respostas ao invés de uma (Figura 2).

Questão 6: Se informa somente a família, que deverá decidir os desdobramentos, é porque – quatro (16%) respostas “sente constrangimento quando necessita dar esse tipo de notícia ao paciente”; 17 (68%) “o paciente pode piorar ao acrescentar a angústia ao seu estado já muito grave”; duas (8%) “quem tem que lidar com o problema, a partir de agora, será a família do paciente”; e duas (8%) “pessoalmente

Tabela 1 – Questão 8: respostas em ordem crescente de importância segundo o entendimento de beneficência e cálculo do desvio padrão por linha

Palavras	Valores										Desvio padrão	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Altruísmo	3	1	0	2	0	5	6	6	6	4	5	2,1
Amor	2	4	2	4	4	8	4	0	4	2	4	2,8
Bondade	2	0	2	2	7	6	6	7	3	1	2	1,8
Caridade	3	4	3	1	1	4	3	7	8	3	1	2,3
Compaixão	3	2	5	2	2	1	4	2	4	7	6	2,9
Humanismo	3	4	3	4	6	3	4	3	1	3	4	2,9
Paternalismo	4	6	1	1	1	1	0	1	2	5	16	3,7
Profissionalismo	1	9	6	5	2	2	3	4	3	1	2	2,7
Responsabilidade	2	6	10	6	3	1	2	1	3	3	1	2,7
Solidariedade	2	0	3	6	10	6	1	3	3	3	2	2,2

Fonte: pesquisa dos autores-2005

não tenho mais nada a fazer pelo paciente". Um questionário teve duas respostas assinaladas. Não responderam 14 (26,9%) médicos.

Questão 7: Se informa somente o paciente, que decidirá os desdobramentos, é porque – nenhuma resposta para “o paciente é o único interessado no seu próprio caso”; 10 (76,9%) respostas para “o paciente precisa resolver seus eventuais problemas pendentes da forma que julgar mais apropriada”; nenhuma resposta para “a família poderá pressionar para realizar ações que são consideradas como futilidades terapêuticas”; e três (23,1%) “o paciente precisa saber que estão esgotadas as condições que se tinham para lhe ajudar”. Apenas 12 (31,6%) médicos responderam esta questão. Em um questionário, foram assinaladas duas alternativas.

Questão 8: De acordo com seu entendimento de beneficência, numere as seguintes palavras, de 1 a 10, em ordem crescente de importância: altruísmo, amor, bondade, caridade, compaixão, humanismo, paternalismo, profissionalismo, responsabilidade, solidariedade. Como houve quem assinalasse somente uma palavra, foi atribuída a ela a maior pontuação. Outro caso foi da atribuição de valores iguais a várias palavras; foram computadas com os valores registrados. Mais um outro caso foi a não marcação de nenhuma palavra, o que levou à criação do valor zero na Tabela 1.

A palavra paternalismo teve dez valores 0 e 1 (26,3%), cinco valores entre 2 e 7 (13,2%) e 23 valores entre 8 e 10 (60,5%). No cálculo do desvio padrão, paternalismo foi o valor mais alto (3,7), sendo a maior discrepância na correlação com o entendimento da beneficência pelos que responderam o questionário.

DISCUSSÃO

Dentre os 38 médicos do presente estudo, 37 informam o diagnóstico ao paciente freqüentemente ou sempre. A informação do diagnóstico consolida os direitos e os deveres que devem existir na relação médico-paciente, que promove segurança e garante ao paciente o direito de exercer sua autonomia de modo consciente³. Em uma pesquisa recente, desenvolvida no Japão, as respostas sobre informação do diagnóstico mostraram que a maioria dos pacientes preferiu

obter todas as informações sobre sua doença (86,1%)⁴. Um estudo anterior mostrou, também, que a maioria dos pacientes deseja saber a verdade, podendo participar das escolhas sobre sua própria saúde³.

Apesar de alguns médicos ainda não terem o hábito de informar o diagnóstico aos seus pacientes terminais, costumam fazê-lo nos seguintes casos: quando o paciente pergunta diretamente sobre sua condição, quando os médicos percebem que o paciente tem condições emocionais de receber as informações, quando a terapia não está surtindo efeito, quando o paciente se encontra sintomático e/ou quando decisões sobre o tratamento devem ser tomadas⁵.

Neste estudo, a divisão equitativa das respostas da questão 2, em que o médico “freqüentemente” e “sempre” informa o diagnóstico, pode se dever ao fator tempo dispensado no cuidado de um determinado paciente. Quando os cuidados se prolongam, o diagnóstico é geralmente revelado.

A não informação ou a informação restrita do diagnóstico, abordada na questão 3, foi respondida por pouco mais da metade dos médicos. O artigo 59 do Código de Ética Médica brasileiro proíbe ao profissional ocultar informações sobre diagnóstico e prognóstico, salvo quando isso trouxer mais danos ao paciente³. As restrições de informações do diagnóstico podem ser devidas ao paternalismo, bastante presente na cultura médica latina e constatado no presente estudo, quando foi analisada a questão 8. Com a atitude paternalista, o médico tenta proteger seu paciente de más notícias e de grandes impactos emocionais.

As respostas referentes à informação do prognóstico, na questão 4, têm correlação evidente com a questão 2, sobre a informação do diagnóstico: as respostas “sempre” foram, respectivamente, 23 e 24, “freqüentemente” foram 14 e 13, e “nunca” não obteve resposta.

Na literatura, existem diferenças entre os aspectos informar diagnóstico e discutir prognóstico. Mesmo nos Estados Unidos, onde os médicos legalmente são obrigados a informar os pacientes sobre o diagnóstico, ainda existe dificuldade com relação a dar informações sobre o prognóstico⁴. Todavia, é um direito do paciente saber a verdade sobre o diagnóstico e prognóstico da sua doença³.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

PARTE I – DADOS GERAIS

Idade:

- Até 40 anos 40 a 50 anos
 50 a 60 anos Mais de 60 anos

Sexo:

- Masculino Feminino

Tempo de graduado:

- Até 10 anos 10 a 20 anos
 20 a 30 anos Mais de 30 anos

PARTE II – QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

1 – Número de pacientes portadores de câncer que atende, no HBDF, por mês:

- Menos de 10 Entre 10 e 20
 Entre 20 e 30 Mais de 30

2 – Informa o diagnóstico de doença grave ao seu paciente?

- Nunca Raramente
 Frequentemente Sempre

3 – Se não informa ou informa com restrições, isso se deve a que:

- O paciente não precisa saber da gravidade do diagnóstico
 O paciente deve ser preservado emocionalmente
 O paciente só confiará se acreditar que poderá ter cura
 O paciente deve ser estimulado a sempre ter esperança de cura

4 – Quando informa que a doença é grave, informa também os procedimentos que ele irá enfrentar, com seus inconvenientes e os desdobramentos possíveis da sua doença?

- Nunca Raramente
 Frequentemente Sempre

5 – Quando o paciente estiver em estado muito grave, em quadro final, qual é o seu procedimento?

- Informa ser grave, mas que não se trata de quadro final
 Informa a família, que resolverá se deve informar também o paciente
 Informa a família e o paciente conjuntamente
 Informa somente o paciente, o qual resolverá se deve informar a família

6 – Se informa somente a família, que deverá decidir os desdobramentos, é porque:

- Sente constrangimento quando necessita dar esse tipo de notícia ao paciente
 O paciente pode piorar, ao acrescentar a angústia ao seu estado, já muito grave
 Quem tem que lidar com o problema, a partir de agora, será a família do paciente
 Pessoalmente, não tenho nada mais a fazer

7 – Se informa somente o paciente, que decidirá os desdobramentos, é porque:

- O paciente é o único interessado no seu próprio caso
 O paciente precisa resolver seus eventuais problemas pendentes da forma que julgar mais apropriada
 A família poderá pressionar para realizar ações que são consideradas como futilidade terapêutica
 O paciente precisa saber que estão esgotadas as condições que se tinha para lhe curar

8 – De acordo com seu entendimento de beneficência, numere as seguintes palavras de 1 a 10 em ordem crescente de importância.

Palavras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Altruísmo											
Amor											
Bondade											
Caridade											
Compaixão											
Humanismo											
Paternalismo											
Profissionalismo											
Responsabilidade											
Solidariedade											

Em um estudo que analisou informações quanto ao prognóstico, 55,9% dos pacientes preferiram receber informações completas sobre as chances de recuperação e 46,8% preferiram receber todas as informações sobre o tempo de vida que lhes restava. De acordo com esse estudo, um paciente que deseja todas as informações sobre seu diagnóstico não deseja automaticamente todas as informações sobre seu prognóstico. Os autores sugerem que informações completas sobre o diagnóstico e parciais sobre o prognóstico podem satisfazer a vontade da maioria dos pacientes⁴.

O procedimento dos médicos quando seu paciente está muito grave, respondido na questão 5, concentrou as respostas na prioridade da família receber as informações. A grande maioria das respostas foi de que a informação era somente para a família (21 respostas) e para o paciente conjuntamente com sua família (15 respostas). Os dados da literatura evidenciam que, em um modelo liberal de sociedade, a família desempenha papel importante na hora de decidir pelo paciente incapacitado. A família é quem melhor conhece os valores, preferências e interesses do paciente. Existem doentes que preferem deixar que a família tome todas as decisões, mesmo quando ainda se encontram competentes para tal tarefa⁶. A equipe médica deve refletir e tentar reconhecer os interesses que possam estar por trás de decisões, tanto pessoais quanto institucionais, em desacordo com o que desejam os próprios pacientes⁷.

No entanto, existe um ponto, pouco discutido, que é o dos danos causados à família. Os parentes podem sofrer, por remorso ou culpa, ao longo do curso da doença ou após a morte. A atitude paternalista de tentar preservar o paciente do sofrimento pode privar a família de organizar seus sentimentos no tempo adequado⁸. Em muitas culturas, o diagnóstico não é rotineiramente dado ao paciente. O médico costuma discutir o diagnóstico do câncer com os familiares, antes de comunicar o paciente. Em vista de a família ser um suporte essencial no cuidado ao paciente, muitos médicos acham que é melhor conversar com os familiares primeiro e obter seu consentimento para a posterior revelação diagnóstica ao paciente⁹. No entanto, a iatrogenia é uma questão complexa nessa situação específica; nem sempre se pode saber quando a verdade causará danos e o ponto de vista do médico é unilateral, podendo não ser igual ao do paciente.

A questão 6 restringe-se aos médicos que informam somente a família do paciente sobre o quadro ser muito grave. O conflito que advém do cuidado do paciente sem perspectiva de cura é, sem dúvida, muito incômodo para o médico. Alguns não estão preparados para enfrentar o dilema. O aspecto paternalístico reaparece nas respostas concentradas em não acrescentar angústia a um quadro sem esperanças (17 dentre 25 respostas), demonstrando que o médico assume a proteção do paciente. Apenas duas circunstâncias existem em que o paciente não deve ser informado sobre a verdade: quando ele não deseja e quando esta informação pode se tornar iatrogênica³.

A questão 7 também é restritiva e se refere à informação da gravidade do caso somente ao paciente. Poucos médicos responderam a essa questão, o que demonstra, novamente, o paternalismo envolvido na relação. O médico não quer dar más notícias ao seu paciente e o protege delas. Este dado reflete a cultura latina que premia a beneficência paternalista em detrimento da autonomia. O paciente é visto como sem condições de tomar decisões. Como

poucos responderam esta questão, isso pode dever-se ao fato de alguns médicos começarem a se preocupar com a autonomia do paciente, pois a maioria dos que responderam optaram pela resposta que o paciente poderia querer resolver seus problemas pendentes (10 entre 13 respostas).

A questão final, número 8, avaliou como o médico entende o princípio bioético da beneficência. O desvio padrão indicou o paternalismo como a resposta mais freqüente. Na seqüência, apareceu a caridade, que tem um aspecto de proteção, ou seja, também paternalismo.

É habitual a postura dos médicos de educar, informar e esclarecer seus pacientes, familiares e até a população. Todavia, essa postura é freqüentemente paternalista. Alguns médicos entendem que o dever da beneficência deveria ser sobreposto ao respeito à autonomia nas situações clínicas em que haja conflito entre estes princípios¹⁰.

Beneficência é comumente compreendida como compaixão, bondade, caridade, altruísmo, humildade e amor. O entendimento de beneficência que os autores buscaram no presente estudo incluiu todas as formas de ação que almejassem o bem a outras pessoas¹. No caso do médico, tratava-se do compromisso de promover o bem do doente, por meio do máximo benefício de sua ação. Isso faz parte do juramento hipocrático.

Por outro lado, o direito à autonomia do paciente também deveria ser respeitado. O médico deveria estar preparado, por meio de seus conhecimentos e juízos de valor, para medir a capacidade de compreensão e discernimento dos fatos, de forma que o paciente pudesse exercer sua verdadeira autonomia. Um princípio bioético pode sobrepor-se aos demais, ou mesmo conflitar com eles, em alguns casos, e não existe uma regra geral para sua aplicação, trazendo dificuldades na hora de se fazer as escolhas.

O princípio da autonomia não pode ser resumido ao consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente. Esse documento deve apenas formalizar algo já discutido e esclarecido anteriormente. Um paciente em estado grave, com progressão rápida de sua doença, ao obter cuidados emergenciais, recebe uma ação que lhe causará mais bem do que mal; entretanto, deve ter não só o conhecimento de seu quadro de saúde, mas também a possibilidade de escolha quanto ao tratamento, em respeito à sua autonomia¹¹.

Na Europa de língua neolatina, existe uma óptica da beneficência que pode ser transposta para o Brasil. Ela difere da prática utilizada nos Estados Unidos, onde a autonomia é vista como consideração primeira. Isso faz com que o enfoque da relação médico-paciente seja diferente. Os países de formação latina têm uma forte raiz humanista, explicada pela tradição católica, fortemente misericordiosa e paternalista.

Nos países anglo-saxônicos, a tradição protestante e individualista tem conceitos diferentes¹². A consequência é que, nos Estados Unidos, a relação médico-paciente é entendida mais como um contrato entre duas pessoas, privilegiando a autonomia¹³. Na cultura latina, a relação médico-paciente é oposta: o médico assume muitas vezes um posicionamento cristão de ajuda ao outro, decidindo por ele, o que configura o paternalismo. Na realidade, nos dois contextos culturais, na maioria das vezes, os pacientes não questionam sua total autonomia nas decisões. Eles querem respeito, atenção e consideração; esperam que o médico tome a melhor decisão e se sinta responsável por eles¹³.

O paternalismo normalmente se torna mais evidente nos casos em que a escolha do paciente o coloca em situação de grande risco. A competência para exercer a autonomia, nesses casos, está mais relacionada com a capacidade de tomar decisões, com a presença de riscos e com a necessidade de informações sobre o assunto do que com a natureza da decisão. A quantidade de competência, assim como sua presença ou ausência, entretanto, é algo de difícil determinação¹⁴.

Uma pessoa que não seja plenamente competente não está capacitada a exercer sua autonomia. Todavia, exigir competência para que seja exercida a autonomia não é o mesmo que colocar a beneficência em patamar mais alto que o da autonomia. A relativamente baixa capacidade cognitiva do paciente para entender sua doença não elimina o direito de ser informado, apenas torna a comunicação mais difícil³.

A autonomia de uma pessoa plenamente capaz não deve ser sufocada paternalisticamente pela necessidade de se fazer o bem para a pessoa. O fato de uma significativa porcentagem dos médicos do presente estudo entender beneficência como paternalismo demonstra a assimetria dessas relações. Dessa forma, a fragilidade de um sujeito (o paciente), colocado sob o cuidado de outro (o médico), constata a submissão do primeiro e o exercício unilateral da autoridade decorrente do saber do segundo.

Nos casos de pacientes graves, não se pode fugir dessa situação. No entanto, é necessário estabelecer um limite entre a beneficência e o paternalismo. Isso ocorre porque há uma passagem, às vezes não percebida, do saber ao poder. Nesses casos, advém uma relação de subordinação, que pode ser estendida à relação entre beneficência e paternalismo². A beneficência seria exercida pelo saber e o paternalismo pelo poder. Se encarada dessa forma, a autonomia do paciente se esvai. Isso mostra a grande vinculação existente entre a beneficência e a autonomia.

A questão da presença de atitude paternalista dos médicos aqui estudados para com os pacientes ficou explícita nas respostas às questões 3 e 8. A divisão das opiniões sobre o que é fazer o bem ao paciente também ficou estabelecida. O fato de 17 médicos não responderem a questão 3, associado ao desvio padrão obtido na questão 8, revelou que muitos ainda acreditam na atitude paternalista como forma de beneficência. Reforça esta observação o fato de 23 respostas à palavra "paternalismo", na questão 8, terem incidido nos valores mais altos, entre 8 e 10 na escala estabelecida.

CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou perfil abrangente por sexo, idade e tempo de graduação dos médicos entrevistados. Os conflitos entre fazer o bem ao paciente (beneficência) e o direito do paciente de decidir sobre seus próprios interesses (autonomia) ainda existem no universo pesquisado.

O paternalismo médico surgiu com significativa presença estatística no estudo, comprovando a dificuldade dos entrevistados de limitar as tênues fronteiras existentes entre autonomia do paciente e o ato beneficente do médico. Apesar de 60,5% dos profissionais do universo estudado informarem o diagnóstico e

prognóstico da doença aos pacientes, este número cai significativamente quando a situação do paciente torna-se terminal; nestes casos, 50% dos entrevistados transferem a informação exclusivamente à família. A atitude paternalista emerge na medida em que os recursos terapêuticos se esgotam.

Os médicos tiveram opiniões divididas ao relacionar paternalismo e o que é fazer o bem ao paciente, revelando que muitos ainda acreditam na atitude paternalista como forma de beneficência.

Por fim, pôde-se inferir que há o início de uma postura dos profissionais no sentido de caminhar da ética médica tradicional hipocrática para a bioética.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

THE PHYSICIAN WHEN FACING DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF ADVANCED CANCER

Biotechnological scientific progress has brought about some misunderstanding between advances and ethical decisions. The relationship physician-patient when facing seriously ill patients has been altered.

OBJECTIVE. To evaluate the physician's attitude when facing disclosure to patient, family or both of cancer diagnosis and prognosis including also a bioethical analysis about the conflicts between beneficence, respect for patient autonomy and paternalism.

METHODS. Thirty-eight physicians responsible for neoplastic patients in a tertiary hospital were interviewed. The questionnaire was structured in two different parts. The first, with general information about the physicians and the second, with specific questions about diagnosis and prognosis disclosure to the patient, evaluating also the physician's comprehension of beneficence.

RESULTS. Although most physicians (97.4%) inform the diagnosis to their patients in cases of fatal diseases, 50.0% rely on the family for support. In cases of fatal prognosis, 63.1% tell only the families while 31.6% prefer to tell only the patients. The study showed that physicians misunderstand beneficence and paternalism.

CONCLUSION. Physicians normally disclose diagnosis to their patients. When they run out of therapeutic resources, their attitudes become conflicting in relation to the principles of beneficence and autonomy. The number of physicians who believe in paternalism as a form of beneficence is still significant. The paternalistic attitude arises especially when therapeutic resources no longer seem to really solve the problem. [Rev Assoc Med Bras 2007; 53(1): 68-74]

KEY WORDS: Bioethics. Seriously ill patients. Diagnosis and prognosis disclosure. Beneficence. Paternalism. Autonomy.

REFERÊNCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4th ed. São Paulo: Loyola; 2002.
2. Silva FL. Beneficência e paternalismo. Med Conselho Federal. 1997;87:8-9.

3. Silva C, Cunha R, Tonaco R, Cunha T, Diniz A. Not telling the truth in the patient- physician relationship. *Bioethics*. 2003;17:417-24.
4. Miyata H, Takahashi M, Saito T, Tachimori H, Kai I. Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not to tell ? *J Med Ethics*. 2005;31:447-51.
5. Gordon EJ, Daugherty CK. Hitting you over the head: oncologists disclosure of prognosis to advanced cancer patients. *Bioethics*. 2003;17:142-68.
6. Chan HM. Sharing death and dying: advance directives, autonomy and the family. *Bioethics*. 2004;18:87-103.
7. Meyers C. Cruel choices: autonomy and critical care decision-making. *Bioethics*. 2004;18:104-19.
8. Ruddick W. Hope and deception. *Bioethics*. 1999;13:343-57.
9. Akabayashi A, Fetters MD, Elwin TS. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics*. 1999;25: 296-301.
10. Beste J. Instilling hope, and respecting patient autonomy: reconciling apparently conflicting duties. *Bioethics*. 2005;19:215-31.
11. Boyd KM. Medical ethics: principles, persons, and perspectives: from controversy to conversation. *J Med Ethics*. 2005;31:481-86.
12. Selleti JC, Garrafa V. *As raízes cristãs da autonomia*. Petrópolis: Vozes; 2005.
13. Fournier V. The balance between beneficence and respect for patient autonomy in clinical medical ethics in France. *Camb Q Healthc Ethics*. 2005;14:281-86.
14. Demarco JP. Competence and paternalism. *Bioethics*. 2002;16:231-45.

Artigo recebido: 13/03/06
Aceito para publicação: 06/11/06
