

COMPREENSÃO DA DOENÇA E O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO EM PACIENTES COM CÂNCER DO APARELHO DIGESTIVO

Study of the psychological responses of patients with gastrointestinal cancer and their understanding of the disease and the impact of diagnosis

ANA CLAUDIA N. DE SOUZA¹ MASSAKAZU KATO² LUIZ ANTONIO N. DIAS²

Os autores apresentam os resultados de um estudo prospectivo realizado com 81 pacientes com neoplasias malignas do aparelho digestivo atendidos e tratados num hospital de câncer, onde se buscavam respostas às seguintes questões: O paciente que chega ao hospital sabe que tem câncer? Qual o impacto do diagnóstico de câncer? O paciente consegue assimilar e compreender as informações recebidas sobre o diagnóstico? Após realizado o tratamento, qual a compreensão da doença e conduta terapêutica utilizada? Os pacientes foram entrevistados na admissão, após o diagnóstico e após o tratamento cirúrgico; 36% sabiam que tinham câncer e após o esclarecimento do diagnóstico foi observado que o nível de compreensão da doença passou a ser 70%. Na admissão 39% estavam angustiados e após receberem o diagnóstico apenas 26% persistiram angustiados. Quatorze pacientes estavam tranquilos na admissão e após o diagnóstico 50% destes passaram a expressar angústia ou tristeza.

Unitermos: Psicooncologia - impacto do diagnóstico - câncer gastrointestinal.

Keywords: Psychooncology - impact of diagnosis - gastrointestinal cancer.

1 - Psicólogo do Serviço de Psicologia Clínica.

2 - Médico Oncologista do Serviço de Cirurgia Abdominal.

Introdução

Dentro de uma perspectiva histórica, o câncer sempre foi uma doença associada ao sofrimento, dor, desfiguração e morte. Porém, com os avanços conseguidos nas últimas décadas através dos tratamentos cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, tem-se evidenciado uma necessidade maior quanto à compreensão multidisciplinar destes pacientes. Tanto as características orgânicas da doença quanto a compreensão dos aspectos emocionais destes indivíduos passam a ter importância fundamental no seu atendimento, visando uma melhor abordagem terapêutica.

Holland e Rowland (1990) (3) descrevem os acontecimentos e atitudes sociais em relação ao câncer. No início deste século, os médicos costumavam assumir uma posição autoritária e paternalista sobre os pacientes, não revelando o diagnóstico nem os medicamentos utilizados. Na década de 40, observa-se o costume de se informar à família, nunca ao paciente. Já na década de 50, com os primeiros sucessos conseguidos com a quimioterapia e maior informação da sociedade

Endereço para correspondência: Hospital Erasto Gaertner. Serviço de Psicologia Clínica e Serviço de Cirurgia Abdominal. Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 - Jardim das Américas - Curitiba - PR. Fone: (041) 366-3233.

de sobre assuntos médicos, iniciam-se os primeiros debates para discutir a prática de não informar ao paciente. Nos anos 60 e 70, surgem as primeiras combinações de modalidades de tratamento. O câncer passa a ser visto menos como tabu e conseqüentemente é mais abertamente discutido, assim como surgem debates sobre a morte e dignidade. Aparece uma consciência crítica contra a conspiração do silêncio e elaboração dos "direitos dos pacientes". Nos anos 80 cresce a preocupação quanto aos cuidados com o paciente, adequado controle de sintomas e com a qualidade de vida durante todo o tratamento.

Não só as modalidades de tratamento obtiveram avanço. Podemos observar que com o passar dos anos houve uma mudança comportamental na abordagem da doença, os meios de comunicação passam a informar mais à comunidade como também há uma tendência maior de participação dos pacientes em seu tratamento (*Cassileth e Steinfeld, 1987*) (1).

Assim, a questão de revelação do diagnóstico em cancerologia torna-se um tema bastante atual e polêmico. Surgem questões como: Deve-se revelar o diagnóstico? Como revelar o diagnóstico? Qual o paciente preparado para receber tais informações? Qual o melhor momento para informar ao paciente? O paciente consegue assimilar o que lhe é explicado?

Outro aspecto é a centralização dos pacientes portadores de câncer em hospitais especializados, ditos "hospitais de câncer", e se este fato facilitaria uma maior assimilação com relação ao processo doença e tratamento, a ponto de influenciar no nível de conhecimento e aceitabilidade da doença.

O Hospital Erasto Gaertner é uma instituição que trata pacientes com câncer. Neste sentido, algumas questões relacionadas à abordagem do diagnóstico com o paciente são levantadas e realizamos o presente estudo com a finalidade de saber:

- 1) Se o paciente que chega ao hospital sabe que tem câncer?
- 2) Qual o impacto do diagnóstico?
- 3) O paciente consegue assimilar e compreender as informações recebidas sobre o diagnóstico?
- 4) Após realizado o tratamento, qual a compreensão da doença e conduta terapêutica utilizada?

Material e métodos

Trata-se de um trabalho prospectivo, realizado no período de junho de 1992 a dezembro de 1993, no Hospital Erasto Gaertner (Curitiba - PR), onde foram entrevistados 81 pacientes com neoplasias malignas do aparelho digestivo, sendo que para cálculo da amostra foi considerada uma variabilidade máxima, com 93% de precisão dos dados e um nível de confiança de 90%. Para ser incluído no estudo o paciente deveria ter câncer do aparelho digestivo e não ter sido submetido a tratamento oncológico anterior.

As informações a serem coletadas foram agrupadas em

três questionários, através de perguntas fechadas e abertas realizadas pelo mesmo psicólogo.

A primeira entrevista era realizada logo após a primeira consulta médica, (anamnese e exame físico). Nesta ocasião o diagnóstico não era comentado, sendo informada a necessidade de realização de alguns exames complementares para definição do diagnóstico. Esta entrevista tinha como objetivo levantar aspectos psicossociais e a compreensão prévia da doença em um hospital especializado. Para a compressão prévia da doença foi perguntado:

- O que acha que tem?
- O que isto significa para você?
- Já conhecia o hospital?
- Que tipo de tratamento espera fazer?
- Qual a expectativa quanto ao tratamento?
- Como gostaria de receber o diagnóstico?

Após exames complementares, os pacientes retornavam para consulta, onde era informado o diagnóstico, sendo utilizados termos como "câncer", "tumor maligno", bem como era proposta uma conduta terapêutica. Em seguida, o paciente era submetido à segunda entrevista, com objetivo de avaliar a assimilação e compreensão das informações recebidas após o diagnóstico e o impacto emocional, incluindo questões como:

- Como se sente neste momento?
- Como foi saber do seu diagnóstico?
- O que acha que tem?
- O que significa isto para você?
- Qual o tratamento proposto?
- Qual sua expectativa quanto ao tratamento?

A maioria dos pacientes foi submetida ao tratamento cirúrgico. Porém a definição do tipo de procedimento e finalidade (se curativo ou paliativo), se dava durante o ato cirúrgico. Após alta hospitalar, os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente e foram informados sobre a real situação diagnóstica, bem como o esquema terapêutico definido. Após esta consulta, foram submetidos à terceira entrevista, com a finalidade de levantar a compreensão da doença e do tratamento realizado, bem como o estado emocional do paciente após o período pós-operatório imediato. As questões colocadas eram:

- O que pensa que era sua doença?
- O que significa isto para você?
- Qual foi o tratamento realizado?
- Houve alguma alteração da proposta de tratamento recebida no momento do diagnóstico?
- Como foi ter realizado o tratamento?
- Como se sente emocionalmente?

O estado emocional foi considerado como sendo a condição afetiva manifesta em que se encontrava o paciente, sendo

referida angústia quando o paciente se encontrava com ansiedade, aflição intensa ou insegurança interior. Tristeza quando prevalecia a melancolia e mágoa. Tranquilidade quando se apresentava em equilíbrio emocional com predomínio da serenidade e segurança. Conformação quando o indivíduo acomodava-se à realidade.

As informações foram armazenadas em um banco de dados e analisadas estatisticamente de forma univariada e correlacionadas entre si. Para análise da frequência destas variáveis, os casos em que os pacientes não forneceram respostas foram excluídos do cálculo.

Resultados

Dos 81 pacientes, 51 (63%) do sexo masculino e 30 (37%) do sexo feminino. A idade variou de 24 a 85 anos, sendo a média de 57 ($s = 14$ anos). Em relação ao estado civil, verificamos que 59 (73,0%) eram casados, 8 (11,0%) eram viúvos, 6 (7,0%) unidos de forma consensual, 5 (5,0%) solteiros e 3 (4,0%) separados ou divorciados.

Com relação à religiosidade, observamos que 70 (86%) consideravam muito importante, 10 (13%) definiram como importância relativa e apenas 1 (1%) não dava importância; 66 (81%) eram católicos, evangélicos 12 (15%), espírita 1 (1%) e 2 (2%) pacientes não responderam.

Quanto à profissão, 29 (36%) eram aposentados, 18 (22%) trabalhadores agrícolas, 11 (14%) eram do lar, 4 (5%) comerciantes e 19 (23%) outras profissões. Quando foram abordados com relação às atividades atuais, 57 (70%) não estavam em atividade, justificando por estarem aposentados ou pela própria condição de saúde, apenas 24 (30%) continuavam desenvolvendo suas atividades normalmente.

A grande maioria não chegou a completar o primeiro grau e 20 (25%) eram analfabetos, conforme tabela 1.

Quanto à área de procedência, 39 (48%) eram provenientes da zona urbana de cidades do interior, 32 (39,5%) da zona rural e apenas 10 (12%) de Curitiba.

A topografia do tumor mais encontrada foi estômago 36

(44%), seguida de tumores de reto e ânus 17 (21%), fígado, vias biliares e pâncreas 13 (16%), cólon 11 (13%), retroperitônio em 4 (5%) casos.

O convívio familiar foi considerado ótimo ou bom por 62 (78,5%) pacientes e regular ou ruim por 17 (21,5%). O relacionamento conjugal foi considerado satisfatório em 56 (80%) e não satisfatório em 14 (20%). Vinte e dois pacientes não mantinham relacionamento sexual (27%), 58 referiam atividade sexual, destes, 37 (64%) consideravam-se satisfeitos e 21 (36%) não estavam satisfeitos com o relacionamento sexual.

Vinte e sete (38%) mantinham atividades de lazer frequentemente, enquanto que 39 (55%) não costumam reservar nenhum período para tais fins e 5 (7%) apenas esporadicamente.

A perda de algo significativo foi relatada por 38 (51,4%), como perdas de algum familiar em 27 (71%), perda do cônjuge em 8 casos, filhos em 7, irmão em 4, pai ou mãe em 4 casos cada. Onze (29%) relataram perdas materiais. A perda foi sofrida há mais de 2 anos por 24 (63,2%) e há menos de 2 anos por 14 (36,8%) dos pacientes.

Avaliação na admissão

Quando eram perguntados sobre o que pensavam ser a enfermidade, a palavra "úlceras" foi utilizada por 17 (21%), seguida de "câncer" 16 (20%) e "tumor" em 15 (18%) dos pacientes, além de outras menos frequentes, como inflamação, infecção, ferida, caroço, doença brava e outros. Dez pacientes relataram não ter suspeita sobre a doença, conforme tabela 4.

Logo após a pergunta sobre o que achavam que era a doença, os pacientes foram abordados com relação ao significado desta resposta, objetivando se significava câncer ou não. Observamos que 28 (36,4%) das respostas significavam câncer e em 49 (63,6%) não significavam câncer, sendo que 4 pacientes não responderam.

Quanto ao conhecimento prévio da especialidade da instituição, 33 (41,5%) disseram conhecer, enquanto 47 (58,5%) não tinham nenhuma informação sobre o mesmo. Um paciente não respondeu.

Quando inquiridos sobre a causa de seu problema, 29 (36%) não souberam responder. Algumas respostas mais frequentes foram doença anterior mal tratada em 11 (14%), alimentação inadequada em 10 (12,8%), traumatismos locais em 8 (10,2%), além de outras menos frequentes que somaram 20 respostas, como cigarro, "sistema nervoso", café, problemas hereditários, trabalho "pesado", "remédios", exposição ao sol ou chuva e chimarrão.

O tratamento esperado pela maioria foi a cirurgia em 41 (51,3%), seguido por "remédios" 17 (21,2%), quimioterapia em 6 (7,5%), radioterapia em 1 caso (1,2%) e 17 (21,3%) não imaginavam o procedimento, um paciente não respondeu.

Tabela 1 - Grau de instrução

Escolaridade	Número	%
Analfabeto	20	24,7
Primeiro Grau Incompleto	50	61,7
Primeiro Grau Completo	06	7,4
Segundo Grau	05	6,2
Terceiro Grau	0	0
Total	81	100,0

Porém, quando abordados sobre a complexidade do tratamento, 27 (36%) acreditavam ser um tratamento fácil, 20 (26,7%) consideravam difícil, 18 (24%) relativo e 10 (13,3%) não souberam definir complexidade, 6 casos não responderam.

Quando abordados sobre como gostariam de receber o resultado, 64 (83,1%) expressaram a preferência de conhecer seu diagnóstico de forma clara e objetiva, a maioria 32 (54%) justificando o desejo de não serem enganados. Apenas 8 (10%) não faziam questão de receber informações sobre a doença, 2 casos (2,6%) tinham interesse em saber apenas sobre o tratamento, 3 forneceram outras respostas e 4 não responderam. Além de não desejarem ser enganados, justificavam o interesse em saber o diagnóstico para tomar devidos cuidados com a doença, participar do tratamento, comunicar a família, organizar atividades, saber o que iriam enfrentar e organizar o tempo de vida.

Quanto ao estado emocional na admissão, 27 (39,1%) relataram alguma alteração como ansiedade ou angústia, relacionadas ao diagnóstico ou questões subjacentes à doença, como estar longe de casa, dificuldades financeiras, etc. Vinte e seis (37,7%) referiam estar tristes e 14 (20,3%) disseram estar tranquilos, 2 (3%) disseram sentir-se conformados, sendo que 12 não responderam.

Avaliação após diagnóstico

Cinquenta e um (63,7%) pacientes consideraram ótimo ou bom receber a informação, 29 (36,3%) referiram regular ou ruim. Os sentimentos relatados neste momento foram muito variados, 25 (33,3%) disseram estar tranquilos, 19 (25,3%) referiram angústia, 16 (21,3%) tristeza, 11 referiam estar con-

Tabela 2 - Aspecto emocional com diagnóstico e com tratamento

Estado emocional	Na admissão		Após diagnóstico	
	Número	%	Número	%
Ansiedade ou angústia	27	39,1	19	25,3
Tranquilo	14	20,3	25	33,3
Tristeza	26	37,7	16	21,3
Conformado	2	2,9	11	14,7
Feliz	0	0	2	2,7
Surpreso	0	0	1	1,3
Esperança	0	0	1	1,3
Total	69	100,0	75	100,0
Não souberam responder	12	14,8	6	8,0

formados, 2 casos estavam felizes, outro caso surpreso e 1 caso relatava esperança. A tabela 2 compara o estado emocional antes e após a revelação do diagnóstico.

Dos 27 pacientes que estavam angustiados na admissão, utilizando o estado emocional para verificar o impacto que ocorreu após o diagnóstico, verificamos que 7 (26%) permaneceram angustiados, 7 (26%) passaram a referir tristeza, 7 (26%) tranquilidade e 6 (22%) sentiram-se conformados, conforme mostra a figura 1.

Dos 14 pacientes que estavam tranquilos no momento da

Figura 1 - Estado emocional dos pacientes angustiados na admissão após receberem o diagnóstico.

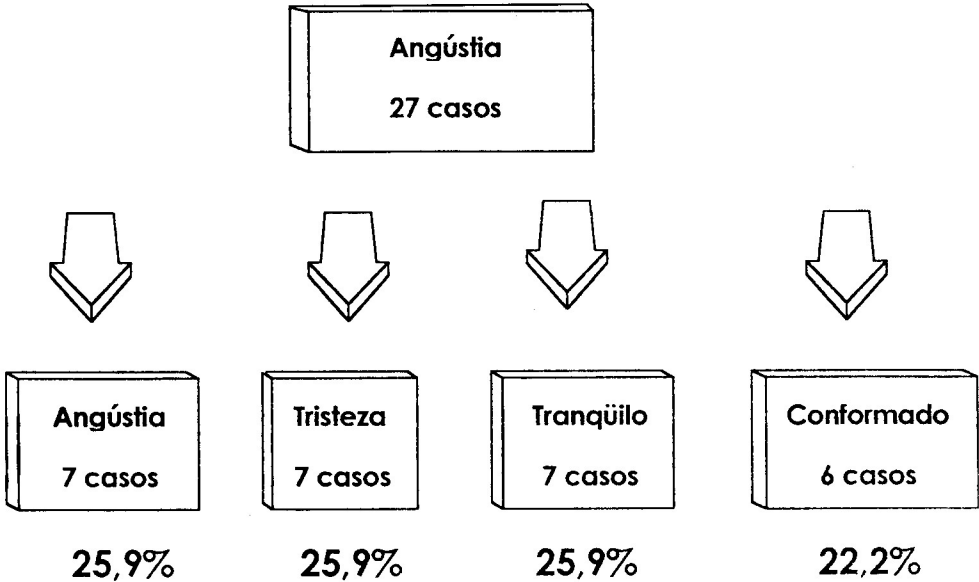
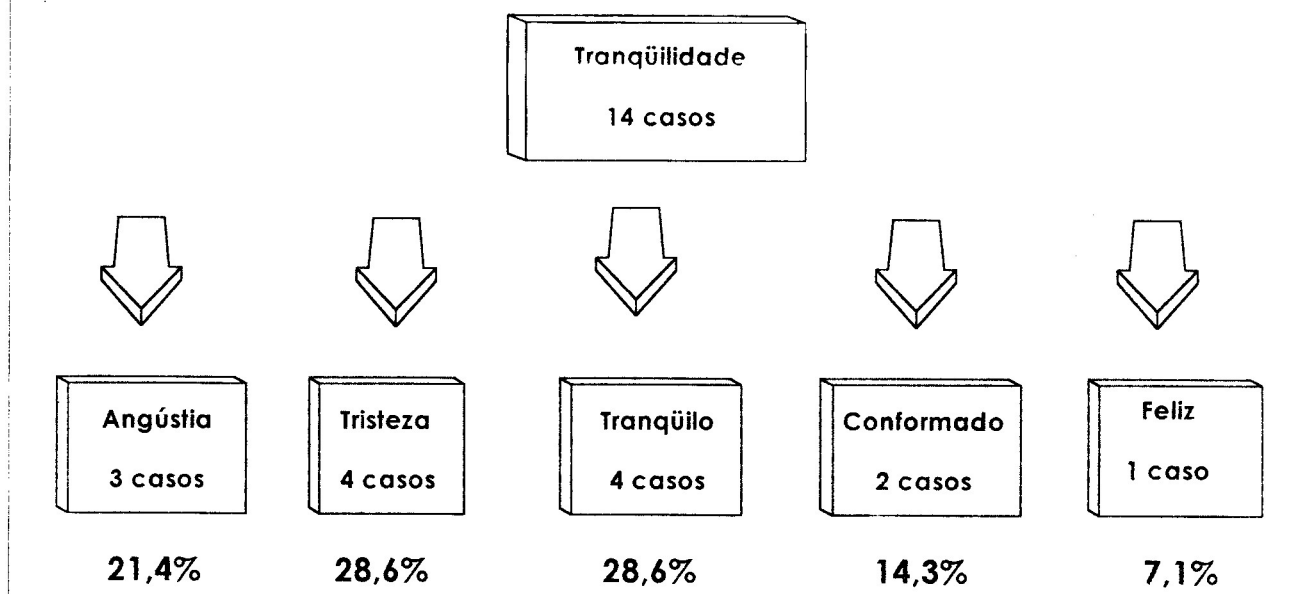


Figura 2: Estado emocional dos pacientes tranqüilos na admissão após receberem o diagnóstico.



admissão, após receberem o diagnóstico passaram a sentir angústia em 3, tristeza em 4, tranqüilidade em 4, conformados em 2 e 1 paciente relatava estar feliz.

Com relação à doença, 45 (56,3%) passaram a denominá-la "câncer", 12 (15%) referiam "tumor", seguido de "úlceras" em 10 (12,5%), 8 referiram outras doenças, 5 (6,3%) não souberam responder e 1 não quis responder. O significado da resposta era câncer em 55 (69,6%) dos pacientes, não significava câncer em 24 (30,4%) e 2 não responderam.

Quanto à assimilação em relação ao tratamento proposto, 54 (67,5%) assimilaram as informações recebidas de forma completa, 20 (25%) assimilaram parcialmente as informações fornecidas e 6 (7,5%) não souberam relatar o tratamento sugerido pelo médico, ou seja, não assimilaram a proposta terapêutica; um paciente não respondeu. Da mesma forma, foram abordados com relação às possíveis alterações estéticas do corpo (tais como colostomias, cicatrizes, etc.) e observamos que 75 (92,6%) assimilaram as informações completa-

Tabela 3 - Termo usado para definir a doença

Termo usado	Na admissão		Após diagnóstico		Após tratamento	
	Número	%	Número	%	Número	%
"Úlceras"	17	21,0	10	12,5	3	7,3
"Câncer"	16	19,8	45	56,3	25	61,0
"Tumor"	15	18,5	12	15,0	10	24,4
Não sabe	10	12,3	5	6,3	1	2,4
"Inflamação"	04	5,0	2	2,5	1	2,4
"Infecção"	03	3,7	0	0,0	0	0,0
"Doença brava"	02	2,5	1	1,2	0	0,0
"Ferida"	01	1,2	1	1,2	0	0,0
"Caroço"	01	1,2	0	0,0	0	0,0
Outros	12	14,8	4	5,0	1	2,4
Total	81	100,0	80	100,0	41	100,0
Significava câncer	28	36,4	55	69,6	32	78,0

mente, 3 (3,7%) assimilaram parcialmente e 3 não entenderam as explicações quanto à mudança na estética corporal.

Sobre a expectativa de complexidade do tratamento, 43 (53%) passaram a considerar o tratamento difícil, 19 (23%) consideraram fácil e 15 (18%) relativo. Em relação à expectativa do resultado do tratamento, 48 (66,7%) esperavam a cura, 12 (16,7%) desejavam prolongar o tempo de vida, 8 (11,1%) alívio dos sintomas, 4 (5,6%) o retorno das atividades, 3 não souberam responder e 9 não responderam.

Avaliação após tratamento

Do universo de 81 pacientes, 40 (49,4%) não responderam ao terceiro questionário (após tratamento) por motivos tais como: não realização do tratamento cirúrgico, abandono, perdas no encaminhamento ao Serviço de Psicologia ou óbito. Restaram para esta análise apenas 41 (50,6%) entrevistas.

Vinte e cinco pacientes (61%) mencionaram o termo "câncer" para definir a doença, 10 (24%) como "tumor" e 3 (7%) como "úlceras". Sendo que para 32 (78%) essa resposta significava câncer e para 9 (22%) não significava, conforme tabela 3.

Quanto ao tratamento realizado, 28 (71,8%) souberam expressar de forma completa o procedimento cirúrgico, 9 (23%) relataram de maneira incompleta e 2 (5,2%) não souberam expressar o que foi feito na sua cirurgia. Da mesma forma, possíveis alterações na estética corporal foram relatadas corretamente por 38 (92,7%), de forma incompleta em 2 (4,9%) e 1 não conseguiu explicar. Vinte (48,8%) diziam ter sido fácil submeter-se à cirurgia, 16 (39%) consideraram difícil e 5 (12,2%) acharam relativo.

Em 19 (46,3%) dos pacientes o tratamento realizado foi diferente do tratamento proposto no pré-operatório, em decorrência do estágio da doença. Quando abordados se o tratamento realizado foi o mesmo que o proposto, observamos que apenas 12 (29,35%) apontaram mudanças.

Como resultado positivo após cirurgia relatavam em 18 (43,9%) casos, o fato de estarem se sentindo fisicamente melhor ou curados, em 10 (24,4%) apontaram o alívio dos sintomas como mais importante, outros menos freqüentes relataram poder viver mais tempo, dar mais valor à vida, ter mais segurança. Quatro (9,8%) pacientes acharam que a cirurgia não trouxe resultado positivo. Foram apontados como resultado negativo a dor no período pós-operatório em 6 (14,6%), a modificação na estética corporal em 3 (7,3%), um referia como negativo o fato de ter que continuar o tratamento com quimioterapia, outro relatava o fato de ter que permanecer no hospital no pós-operatório e um não soube responder. Verificamos que 29 (70,7%) dos pacientes avaliados não apontavam aspectos negativos com relação ao tratamento.

O estado emocional neste período era bom ou ótimo em 32 (84,2%) pacientes e regular ou ruim em 6 (15,8%).

Discussão

A preocupação com os aspectos psicossociais do paciente com câncer é uma constante no dia-a-dia dos profissionais que trabalham em oncologia, principalmente o impacto emocional do diagnóstico e o grau de compreensão do tratamento realizado.

No presente estudo alguns aspectos gerais devem ser considerados, como:

- O fato de que 70 (87%) pacientes eram analfabetos ou com o primeiro grau incompleto faz com que profissionais da área se preocupem com a maneira de se expressar, principalmente cuidando da linguagem utilizada para explicar diagnóstico e terapêutica;

- A religiosidade foi considerada um fator muito importante em 70 (86%) dos entrevistados. Este perfil deixa claro que ela pode ser utilizada no sentido de garantir um apoio psicossocial e espiritual ao paciente;

- Apesar de ser uma instituição que trata pacientes com câncer, o nível de conhecimento sobre esta característica da instituição era conhecido em apenas 33 (41%) dos entrevistados;

- Sobre o conhecimento do diagnóstico, 64 (83%) expressaram a preferência de conhecer seu diagnóstico de forma clara e objetiva, sendo que 32 (54%) não queriam ser enganados.

- Quando abordados sobre o conhecimento da doença, na ocasião da admissão 36% das respostas significavam câncer. Na entrega dos resultados apesar de ter sido revelado explicitamente o diagnóstico de "câncer" ou "doença maligna", verificamos que o nível de compreensão do diagnóstico passou a ser 70% e após terminada a proposta de tratamento atingiu 78%. Com isso, observamos que cerca de 22% dos pacientes não conseguem assimilar ou expressar qual o seu diagnóstico mesmo após terem recebido as informações na ocasião da entrega do resultado ou após terem realizado o tratamento. Com relação à assimilação das alterações estéticas produzidas pela cirurgia, o grau de desinformação foi menor comparado com o diagnóstico, ou seja, em torno de 6% dos pacientes não conseguiram assimilar as alterações estéticas tanto antes como depois de realizada a cirurgia. Não relacionamos a não-assimilação do diagnóstico com o resultado do tratamento pela dificuldade de se avaliar a mesma.

- Observamos que apenas 7 (26%) dos pacientes que estavam angustiados na admissão ficaram tranquilos após o fornecimento do diagnóstico e 6 (22%) sentiram-se conformados. O que chama atenção é que 7 (26%) permaneciam angustiados e 7 (26%) passaram a referir tristeza. Já os pacientes que se mostravam tranquilos na admissão, após o conhecimento do diagnóstico, 3 (21%) passaram a ficar angustiados, 4 (29%) passaram a sentir tristeza, 4 (29%) permaneceram tranquilos e 2 (14%) sentiam-se conformados. Isto mostra o impacto emocional que o fornecimento do diagnóstico

causa nos pacientes, tanto no sentido de tranquilização de pacientes que foram admitidos angustiados como alteração do estado emocional daqueles que se mostravam tranquilos. Devemos considerar que a maioria dos pacientes não queriam ser enganados. Até que ponto vale a pena fornecer o diagnóstico real para o paciente? Observamos que os pacientes inicialmente angustiados, como os tranquilos, tiveram alteração do seu estado emocional, porém não conseguimos definir o perfil destes pacientes para que pudéssemos prever qual indivíduo teria um benefício com o esclarecimento do diagnóstico.

Encontramos mais uma vez o fato de que o câncer é uma doença que traz em si uma conotação pessimista, tendendo a significar diminuição da expectativa e piora da qualidade de vida, como mostrado por Faria em 1984 (3) e nestas condições é de se esperar que o indivíduo tenha que passar por este impacto, ainda mais quando se trata de uma população socioeconômica e culturalmente carente, sem acesso ou conhecimento aos recursos existentes para o tratamento.

À partir destes dados podemos concluir que frente a esta realidade cabe aos profissionais envolvidos com o paciente buscar formas de minimizar o impacto emocional, oferecendo recursos para que o paciente possa superá-lo e aderir ao tratamento ativamente.

Mesmo sabendo que a maioria prefere saber a verdade e não ser enganada, devemos observar as diferenças existentes de indivíduo para indivíduo, ou seja, há os que chegam com uma idéia prévia da doença por conhecer a instituição, há os que não sabem nada sobre ela e também há aqueles que preferem obter menos informações.

Os mecanismos de defesa psicológica devem ser considerados (negação, reconciliação, etc.), pois existem justamente para manter a integridade emocional do paciente e onde podemos entender porque o tratamento e possíveis alterações estéticas são mais facilmente assimilados e verbalizados do que o diagnóstico em si.

Cassileth (1987) sugere algumas ações para maior interação com os pacientes: preparar o paciente antecipadamente para esta discussão, certificar-se que algum familiar ou amigo estejam presentes, revelar o diagnóstico e o plano de tratamento simultaneamente, usar linguagem acessível e lidar com as preocupações dos pacientes, criar um ambiente que permita às pessoas fazer perguntas e evitar a suposição de homogeneidade, isto é, a suposição de que ter câncer é similar de uma pessoa para outra.

Pode-se sugerir ainda que as informações sejam repetidas ao paciente em momentos distintos, o que favorece a assimilação das mesmas, como foi verificado neste estudo.

Conclusões

Como conclusão procuramos responder nossas questões propostas:

- 1) Se o paciente que chega ao hospital sabe que tem câncer? 36% dos pacientes sabiam que tinham câncer.
- 2) Qual o impacto do diagnóstico?

Dos pacientes que estavam angustiados na admissão 26% persistiram angustiados após receber o diagnóstico, 26% passaram a sentir tristeza e 48% se sentiram tranquilizados ou conformados. Dos pacientes que estavam tranquilos na admissão, 50% passaram a expressar angústia ou tristeza após o diagnóstico.

- 3) O paciente consegue assimilar e compreender as informações recebidas sobre o diagnóstico?

O nível de compreensão sobre a doença com o diagnóstico aumentou de 36% para 70%.

- 4) Após realizado o tratamento, qual a compreensão da doença e conduta terapêutica utilizada?

Após o tratamento instituído, 22% dos pacientes não conseguiram assimilar o diagnóstico, bem como o tratamento realizado.

Summary

The authors present the results of a prospective study of 81 patients carrying neoplasms of the digestive system seen at a cancer hospital where we sought the answer to the following questions: Do the patients know they have cancer when arriving at the hospital? What is the impact of the diagnosis of cancer? In the patients able to assimilate and understand the information about diagnosis of cancer? In the patients to assimilate and understand the information about diagnosis? After treatment, what is the understanding about the illness and the therapeutics used?

To answer these question the patients were interviewed at admission, after diagnosis and after surgical treatment; 36% knew they had cancer and after explaining the diagnosis, understanding of the disease went up to 70%. At admission 39% were anguished and after diagnosis 26% continued to be. Fourteen patients were calm at admission and after diagnosis 50% expressed anguish or sadness.

Referências bibliográficas

1 - HOLLAND, J.; ROWLAND, J.- *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer.* Oxford University Press, 1990.

2 - CASSILETH, B. R.; STEINFELD, A. D.- *Psychological preparation of the patient and family.* Cancer, 60:547-52, 1987.

3 - FARIA, S. L. - *Com respeito ao paciente com câncer.* Rev Assoc Med Bras., 30:121-4, 1984.