

25 ANOS DE ABCD

RELAÇÃO CIRURGIÃO-PACIENTE NO PASSADO E NO PRESENTE

25 years of ABCD - Surgeon-patient relationship in the past and present

Nelson Adami **ANDREOLLO**, Ivan **CECCONELLO**, Cleber Dario Pinto **KRUEL**, Osvaldo **MALAFIA**
Nota do Editor: O texto na figura abaixo foi reproduzido do primeiro Editorial do ABCD - Arq Bras Cir Dig. 1986; 1(1):1

PATIENT-SURGEON RELATIONSHIP

ABCDDV/1

PINOTTI HW — Patient-surgeon relationship. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, São Paulo, 1(1):1-2, 1986.

KEY WORDS: Physician-patient relations*.

Industrialization brought about by scientific and technological advancement resulted in the concentration of population in metropolitan centers of various sizes. Contrary to the inhabitants of rural areas, this urban population always had easier access to education, culture and medical assistance. Social progress stimulated the government to found medical schools and turn out a growing number of professionals to handle the demand for health care. The result in most European and South American countries is that many doctors flood the market place and they are not always professionally well-prepared. Therefore, in order to survive, the doctor thrown into the intensely competitive field, complies with poor salaries, debasing the dignity of the profession. Technically ill-prepared, and with little incentive, he lacks the motivation to care for his patients. To make matters worse, because of his poor preparation he does not have the over-all knowledge to treat the patient. Often he only has a partial view and is unable to integrate the information provided by the patient within the precise clinical reasoning. The result is that the patient is sent to other specialists so that he winds up being examined by parts and superficially. This type of management prolongs the patient's suffering, increases expenses and diminishes efficiency. Under these circumstances the patient-doctor relationship is non-existent. On the other hand, except for a few countries we have seen, the international medical assistance has a somewhat chaotic organization, for patient care is centralized and not regionalized and hierarchical. To make matters worse, the doctor is often poorly paid and has little incentive to perform his task. In highly industrialized nations with abundant resources, especially plentiful and sophisticated diagnostic equipment, the patient often submits to diagnostic tests with little participation by the attending physician. The doctor's relationship with his patient is mainly through the realization of complementary exams. In the last two examples of either poverty or wealth, the doctor-patient relationship is essentially weak. The worker is the

major financier of the health system by contributing with his salary, and he winds up the loser.

Therefore, in many modern societies, in spite of scientific, technical, cultural and social progress, the doctor-patient relationship is still far from being ideal. Besides being a science, Medicine should also be practiced as an "art", by this we mean the concept and rules to do anything well. In the practice of surgery, the concept is sufficiently clear. There are 2 "arts", the "art" that is implicitly involved in the doctor-patient relationship, and the "art" directly connected to the Surgery itself. The latter "art" is the skill or ability to execute something. The patient-doctor relationship is an art that elicits feelings that cannot be produced by scientific processes. Positive feelings emerge from the patient due to the personal interrelationship with the physician and reactions of sympathy, admiration, enthusiasm and confidence are evoked. In gastrointestinal Surgery, the sources of anxiety and psychological suffering can be diminished by means of the patient-surgeon relationship. These feelings are caused by depression when the patient must face the diagnosis of his illness, especially if it is a malignant neoplasm. Another important aspect is the Surgery itself, involving the anesthesia, the loss of blood, the level, extent and consequences of the incision. But unquestionably, what most mobilizes the patient's feelings is the problem of the organ to be operated on. There are always doubts about the possibility of leading a normal life. Doubts involving alimentation, work, social and sexual activities. The psychological feeling of mutilation and castration manifest themselves under these circumstances when the partial or complete removal of an organ is contemplated.

If the body is thought of as a set of the individual's characteristics, surgical interventions may be looked upon as a threat. In cosmetic and reconstructive surgery, if the patient seeks the surgeon to correct physical defects and repair psychological changes caused by them, then in gastrointestinal Surgery, resections such as wide gastrectomies, large pancreatic resections or

extensive resections of the small bowel, can cause malnutrition with secondary effects on the body, interfering with professional and social adaptation. Likewise, surgical "ostomies" such as esophagostomies, gastrotomies and especially colostomies and ileostomies provoke intense negative psychological responses. As part of the surgeon-patient relationship, attention should be given to the patient during his hospital stay, endeavoring to reduce the hostile environment produced by the technical jargon, discussions at the bedside, etc., all producers of tension and anxiety. Fundamentally, management should be humanized to avoid depersonalization of the patient by calling him by name and not by bed or room number. This same psychological support should be present in other hospital sectors such as the emergency room and intensive care units, which are also places of extreme anxiety, fear and threat.

The patient-doctor relationship is based on relatively simple actions, without any mystery. When the patient seeks the surgeon and places his confidence in him, a commitment with the patient is established. This commitment forms a bond whose objective it is to cure the patient, and for it to succeed, some basic resources are essential. These consist primarily of the knowledge of the patient's psychological reactions. They should include 3 things: the quality and intensity of the patient's psychological responses; the sensitivity and insight to perceive and analyze them, and dedication including a good dose of patience.

It is in this situation that the doctor should be patient, listening and helping with the patient's emotional needs. Particularly in the field of gastrointestinal Surgery, two fundamental approaches can be followed. The first is the care of patients with benign lesions with good chance of cure and social and professional adaptation. The surgeon-patient bond is concerned with short-term emotional problems which are solved with the surgical cure. However, patients with serious lesions especially malignancies that require organ resections

sometimes resulting in changes in bodily image such as colostomies and ileostomies, things are more complex. Under these circumstances, a medical team of many disciplines should provide assistance with the objective of having the patient accept and adapt himself to the new social condition imposed by the illness-operation. In order to take advantage of the patient-doctor bond as a powerful therapeutic tool with healing and prophylactic effects, integrated sessions with the cooperation of the psychology department were begun.

Outstanding within the management of the surgical patient is applied surgical psychotherapy at the group as well as individual levels. A multidisciplinary team consisting of a doctor, nurse, social worker, psychologist and nutritionist participate in the groups. Weekly sessions with the hospitalized patients provide information about the illness, the methods of treatment, the prognosis and even the hospital routine. This approach reduces the patients' fears and anxieties, in addition to preventing psychophysiologic and psychopathologic imbalances. An exchange of experiences is made possible for the professionals involved.

A second approach is on an out patient level available to colostomized patients by an interdisciplinary team. Its objectives are prevention and rehabilitation of patients with significant mutilation of the digestive system. This same approach is used for alcoholic patients with liver diseases as well as their families.

Another approach, called interconsult, is underway in the Department, conducted jointly by an internist and a psychologist. The objective of this collaborative work is to develop insight both the patient's and the doctor's psychological reactions to one another and through an exchange of information, help the doctor deal with these factors.

HENRIQUE WALTER PINOTTI
Head of Digestive Surgery Department
Medical School of University of São Paulo

PINOTTI HW — Relação médico-paciente em cirurgia. ABCD Arq Bras Cir Dig, São Paulo, 1(1): 1-2, 1986.

UNITERMOS: Médico-paciente, relacionamento*.

RELAÇÃO PACIENTE – CIRURGIÃO: O QUE MUDOU ?

Embora o texto anterior tenha sido escrito há 25 anos representando o primeiro artigo do ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, os conceitos emitidos na época continuam muito atuais.

Nos últimos anos ocorreram avanços importantes na medicina e na cirurgia gastrintestinal, tanto nos meios diagnósticos - tomografia computadorizada, ressonância magnética, pet-scan, endoscopia e imagenologia intervencionistas - como nos procedimentos cirúrgicos que se diferenciaram do

passado - videocirurgia, cirurgia robótica e transplantes de órgãos. Ocorreu também grande progresso na terapêutica clínica com o descobrimento de novos fármacos. Atualmente a formação do cirurgião é mais longa, necessitando cumprir dois anos de residência médica em cirurgia geral e depois mais dois ou três de na especialidade escolhida. Considerando todos estes aspectos a medicina tornou-se mais onerosa para o paciente. O número de escolas médicas triplicou no país e aumentou mais ainda o número de médicos à procura de mercado de trabalho.

Nos dias atuais, os pacientes têm acesso com mais facilidade aos vários aspectos que envolvem sua doença e métodos de tratamento, obtendo informações preciosas na internet. Este novo tempo permite aos pacientes questionarem e discutirem com o seu cirurgião a melhor forma de tratá-los.

Apesar de todos estes avanços a relação paciente-cirurgião continua imprescindível para que o objetivo final seja atingido, ou seja, o de cuidar, tratar e recuperar tanto física como emocionalmente a quem os procura. Aí reside o binômio coração e arte cirúrgica e a base indispensável para propiciar elevada qualidade em saúde. Na maioria das vezes a insatisfação do paciente - e muitas de suas reclamações - são em função da relação médico-paciente deficiente. Apesar de estarmos em um novo século e estes fatos serem conhecidos há muitas décadas, os médicos tendem a subestimar sua capacidade de comunicação.

A interação paciente-cirurgião é um processo complexo e a falta de adequada comunicação é armadilha potencial, principalmente na compreensão dos pacientes sobre os objetivos, cuidados, resultados esperados, e o prognóstico das muito frequentes doenças neoplásicas digestivas. A boa capacidade de comunicação dos cirurgiões permite que os pacientes participem de todas as discussões e dúvidas relacionadas ao ato operatório. A empatia é uma das formas mais importantes de fornecer atenção e apoio para diminuir as sensações de insegurança, isolamento e angústia do paciente.

A boa relação paciente-cirurgião facilita a compreensão da informação médica, e permite identificar melhor as necessidades, as expectativas e a regular as emoções dos pacientes. Estes sentem na boa comunicação com o cirurgião probabilidade de estarem satisfeitos com seus cuidados, compartilhando melhor as informações relacionadas ao diagnóstico preciso de seus problemas, aderindo e concordando com os tratamentos sugeridos. Retornam de boa vontade para seguimento e recuperam-se mais rapidamente. A boa comunicação com intenção colaborativa irá proporcionar relação recíproca e dinâmica.

O modo ideal é os cirurgiões colaborarem com os seus pacientes e oferecerem o melhor atendimento, evitando tomarem decisões baseadas em avaliações rápidas sem minucioso entendimento da situação que o caso exige, perdendo oportunidades de oferecer e discutir opções de tratamento, compartilhando responsabilidades e trocando informações equilibradas e seguras. Seguindo esta abordagem, o médico facilita a discussão quanto às opções de tratamento, principalmente se estiver indicando tratamento

cirúrgico, em que as opções de cuidados precisam da estreita colaboração entre a equipe cirúrgica e paciente, quanto ao nível de aceitação de risco, o envolvimento familiar, os custos associados se houverem, maximizando a adesão e garantindo os melhores resultados e evolução favorável.

Os médicos não nascem com habilidades de comunicação, pois eles têm interesses e diferentes formações. É necessário praticar muito durante o curso médico, residência médica e especialização, adquirindo ao longo de alguns anos habilidades, entendimentos e compreendendo os sentimentos dos pacientes. Alguns especialistas afirmam que a educação médica deve ir além das competências de formação nas escolas médicas, pois têm observado que as habilidades de comunicação tendem a diminuir como o progresso dos estudantes de medicina e ao longo do tempo os médicos em formação tendem a perder seu foco no paciente. Além disso, as dificuldades, barreiras e a necessidade do tempo longo para sua formação médica, principalmente durante os estágios e residência, suprimem a empatia, desviando sua atenção para os aspectos meramente técnicos, envolvendo os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos. Existem muitas barreiras para uma boa comunicação paciente-cirurgião, e é responsabilidade do cirurgião saber transpô-las, principalmente no que diz respeito à ansiedade, medo de litígios e insegurança.

A maioria das queixas sobre cirurgiões estão relacionados às questões de comunicação, não de competência. Os pacientes querem cirurgiões que podem diagnosticar e tratar habilmente suas enfermidades, bem como se comunicar com eles efetivamente. Cirurgiões com melhor comunicação e habilidades inter-pessoais são capazes de detectar problemas mais cedo e proporcionar melhor apoio aos seus pacientes, levando à maior satisfação, redução de custos de atendimento e melhor adesão ao tratamento. A decisão em conjunto entre cirurgiões e pacientes permite atingir os objetivos acordados, resultados favoráveis e o significado final é a obtenção de qualidade de vida.

A comunicação paciente-cirurgião eficaz pode ser uma fonte de motivação, incentivo, confiança e componente importante do processo de saúde. A boa relação pode aumentar a satisfação no trabalho e reforçar a auto-confiança, influenciar e garantir a evolução final do tratamento.

Em síntese, muito pouca coisa mudou em 25 anos de atendimento médico quando se foca o homem e suas necessidades como ser vivente.