

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

LARA REGINA AGUIAR GUEDES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOBRE SEU DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO.**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

Lara Regina Aguiar Guedes. Avaliação do conhecimento de pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Famerp - 2017

LARA REGINA AGUIAR GUEDES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOBRE SEU DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO.**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia e Saúde
da Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto, como parte dos
requisitos para obtenção do Título
de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Maluf Cury.

Co-orientadora: Prof Dra Maria Cristina de Oliveira Santos

Miyazaki.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

Guedes, Lara Regina Aguiar

Avaliação do conhecimento dos pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico/ Lara Regina Aguiar Guedes São José do Rio Preto, 2017

xiv, 60 f.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Evaluation of cancer patients knowledge about diagnosis, treatment and prognosis.

Orientadora: Dra. Patrícia Maluf Cury

1. Revelação da verdade; 2. Neoplasia; 3. Comunicação em saúde; 4. Ansiedade; 5. Depressão

LARA REGINA AGUIAR GUEDES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOBRE SEU DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO.**

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Maluf Cury

Instituição: _____

1ª Examinadora: Maria Helena Pinto

Instituição: _____

2ª Examinadora: Maria Jaqueline Coelho Pinto

Instituição: _____

São José do Rio Preto, 18/08/2017

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos.....	v
Epígrafe	vi
Lista de Anexos.....	vii
Lista de Apêndices	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Figuras	x
Resumo	xi
Abstract	xiii
Introdução	1
Objetivos	6
Método	6
Participantes	7
Materiais	8
Procedimento	8
Análise de Dados	9
Aspectos Éticos	9
Resultados e Discussão	10
Conclusões	28
Referências	29
Anexos	33
Apêndices	36

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por renovar minha fé e me fazer crer que tudo é possível.

À minha família, especialmente a minha mãe, por ter incentivado e financiado toda minha vida acadêmica e por ser meu exemplo de persistência.

Ao João Daniel que sustentou e encorajou a minha decisão de fazer o mestrado, aturando todo meu mau humor e apontando o objetivo final sempre que foi necessário.

Ao bebezinho, que estou esperando, por ter mudado todas as prioridades da minha vida.

Aos meus amigos, em especial a Cássia, o Gustavo, a Ilze e a Jacqueline, por mesmo a distância estarem presentes, me acolherem e me impulsionarem.

Aos meus amigos do mestrado, especialmente a Fernanda, por surtar junto comigo, me alentar e me fortalecer nas dificuldades.

A minha orientadora, Dra. Patrícia Maluf Cury que acreditou no meu potencial e me guiou nessa trajetória.

A todos os professores do Mestrado pela atenção, disponibilidade e contribuição para minha formação.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, especialmente a Esmeralda e Nilmara pelo suporte e esclarecimento de dúvidas.

EPIGRAFE

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver.

Rubem Alves - O médico

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Questionário aplicado aos pacientes com câncer	33
Anexo 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	34

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	36
Apêndice 2 – Dados Sociodemográficos	40
Apêndice 3 – Dados sobre atendimento da equipe multidisciplinar	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos dos participantes	11
Tabela 2 - Diagnóstico dos participantes de acordo com a CID – O	12
Tabela 3 - Tratamentos oncológicos relatados	14
Tabela 4 - Qualidade da primeira informação sobre o diagnóstico	15
Tabela 5 - Entendimento relatado pelos participantes sobre o diagnóstico .	15
Tabela 6 - Dificuldades de entendimento relacionadas ao diagnóstico	16
Tabela 7 - Dificuldades de entendimento relacionadas ao tratamento	17
Tabela 8 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD	21
Tabela 9 - Análise comparativa de ansiedade e depressão entre os grupos de acordo com estadiamento clínico	22
Tabela 10 - Análise comparativa de ansiedade e depressão entre os grupos de acordo com o desejo de saber tudo sobre a doença	23
Tabela 11 - Entrevista e avaliação com o psicólogo, relatada pelo participante	23
Tabela 12 - Análise de correlação de Sperman (r) entre idade e outras variáveis	25
Tabela 13 - Análise de correlação de Sperman (r) entre escolaridade e as respostas as questões	25
Tabela 14 - Análise comparativa das questões entre os grupos segundo o estadiamento clínico	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da seleção da amostra dos participantes.....	10
Figura 2 - O que o paciente deseja saber e decidir?.....	18

Guedes, L.R.A. (2017). Avaliação do conhecimento de pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

A comunicação médico-paciente não se encerra na revelação do diagnóstico, estende-se à discussão do planejamento terapêutico e prognóstico. No entanto, devido o diagnóstico de câncer ser associado à morte e ao sofrimento; e, apesar do direito do paciente de conhecê-lo, existem barreiras à comunicação dessas informações. **Objetivo:** investigar o conhecimento dos pacientes do setor de Oncologia Clínica do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB) sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. **Método:** foram entrevistados 87 pacientes, entre a segunda e a terceira consulta do serviço de Oncologia Clínica, sendo que a segunda consulta foi realizada pelos médicos-residentes do 3º ano do programa de residência médica em cancerologia clínica. Foram utilizados dois instrumentos padronizados, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e o Questionário aplicado aos pacientes com câncer; além de dados sociodemográficos e informações sobre atendimentos pela equipe multiprofissional. **Resultados:** Os participantes, eram em sua maioria homens (71%), média de idade de 60 anos; baixa escolaridade (analfabetos 11,5% e ensino fundamental incompleto 55,2%); diagnosticados com câncer de colón e reto (26,4%), cavidade oral (C00-C10, 12,6%) e pulmão (9,2%); estadiamento clínico IV (49,4%); indicação de tratamento quimioterápico exclusivo ou combinado (94,2%); não relataram nenhuma dificuldade de entendimento quanto a comunicação do diagnóstico (91,9%) e tratamento (87,4%); se sentiam capazes (86,2%) e livres (85%) para decidir

sobre o tratamento; sabiam sobre a evolução da doença (67,8%); desejavam obter todas as informações sobre a sua doença (74,7%) e apresentaram escores improváveis para ansiedade e/ou depressão (74,7%). **Conclusões:** De acordo com os resultados os participantes sabiam sobre sua doença, tratamento e prognóstico, e apresentaram baixos índices para sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Revelação da verdade; Neoplasia; Comunicação em saúde; Ansiedade; Depressão.

Guedes, L.R.A. (2017). Evaluation of cancer patients knowledge about diagnosis, treatment and prognosis. (Masters dissertation). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

The doctor-patient communication does not end with the disclosure of the diagnosis, it extends to the discussion of therapeutic planning and prognosis. However, due to the association of cancer diagnosis to death and suffering, and despite the patient's right to know it, there are barriers to the disclosure of such information. **Objective:** investigate the patients' awareness of their diagnosis, treatment and prognosis in the Clinical Oncology sector of the Hospital de Base in São José do Rio Preto (HB). **Method:** 87 patients were interviewed between the second and third appointment of the clinical Oncology service. The second appointment was with the third-year residents of the medical residence program in Clinical Oncology. Two standardized instruments, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Questionnaire applied to cancer patients were used; as well as sociodemographic data and information about the service of the multi-professional team. **Results:** The participants were mostly men (71%), average age of 60; low level of education (illiterates 11,5% and 55,2% hasn't completed middle school); diagnosed with colorectal cancer (26,4%), oral cavity (C00-C10, 12,6%) and lung (9,2%); clinical staging IV (49,4%); exclusive or combined chemotherapy treatment (94,2%); didn't report any difficulty in understanding the disclosure of the diagnosis (91,9%) nor treatment (87,4%); felt capable (86,2%) and free (85%) to decide on the treatment; aware of the evolution of the disease (67,8%); wanted to obtain all the information about their disease (74,7%) and presented unlikely

scores to anxiety and/or depression (74,7%). **Conclusions:** According to the results, the participants knew about their disease, treatment and prognosis, and presented low rates to anxiety and depression symptoms.

Kay-Words: Truth Disclousure; Neoplasms; Health Communication; Anxiety; Depression.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e mudanças no estilo de vida estão relacionadas ao aumento da incidência de câncer no mundo. No Brasil estima-se 420 mil novos casos de câncer para o período de 2016 e 2017, sem contar com a ocorrência dos 180 mil casos de câncer de pele não melanoma (INCA, 2015).

Na oncologia a comunicação de más notícias é constante, o próprio diagnóstico do câncer é associado à morte, os tratamentos propostos alteram a integridade do indivíduo – tanto por cirurgias, como por transformações no peso, quanto por queda de cabelos e mudanças nas unhas resultantes das medicações – e o prognóstico pode ser impeditivo para a realização dos planos de vida (Silva, Santos & Castro, 2016; Geovanini & Braz, 2013).

Sendo assim, a comunicação de más notícias deve ser realizada de maneira adequada, pois ela influencia no vínculo médico-paciente, na adesão ao tratamento e na autonomia do paciente. Existem diversas dificuldades na transmissão de más notícias, como a omissão de informações, as “mentiras piedosas” e o estabelecimento do “pacto do silêncio” com familiares. Essas dificuldades, muitas vezes, são perpetuadas pelo desejo de preservar o doente e pela interpretação errônea do princípio ético de beneficência e não-maleficência (Cruz & Riera, 2016; Soares & Polejack, 2016).

Gomes, Silva e Mota (2009) realizaram pesquisa em um ambulatório especializado de Oncologia Cirúrgica no Brasil, nesta 28,5% (113) dos participantes não foram informados do diagnóstico, todos os participantes possuíam diagnóstico confirmado histologicamente. Os pesquisadores observaram maior índice de omissão do diagnóstico por médicos não especialistas, 87,9% (94) dos casos, em comparação

aos encaminhamentos realizados por médicos especialistas, 6,6% (19) de omissão. É importante ressaltar que apenas 27,4% das famílias, dos participantes não informados, sabiam do diagnóstico; logo em 72,6% dos casos em que o diagnóstico não foi informado ao paciente, também não foi informado a ninguém, contradizendo inclusive a exceção prevista no código de ética médica no capítulo V, art. 34, no qual os casos julgados, pelo médico assistente, que a comunicação direta do diagnóstico, tratamento e prognóstico possa causar danos ao paciente esses devem ser informados ao seu representante legal (CFM, 2010). Outro dado importante desta pesquisa é que 14,2% das famílias, dos participantes não informados, solicitaram a não revelação da verdade ao paciente.

Estes dados ilustram as dificuldades de comunicação, tanto pela omissão das informações, quanto pela conspiração do silêncio entre os familiares e profissionais; mas também revelam a visão paternalista dos profissionais, que se consideram responsáveis pelas decisões de saúde que deveriam ser compartilhadas com os pacientes (Cruz & Riela, 2016).

Chittem, Norma e Harris (2013) apontam que a omissão do diagnóstico de câncer é comum em muitas culturas asiáticas, sendo a família o agente decisório. Em sua pesquisa, 54,1% dos pacientes desconheciam o seu diagnóstico. Seus resultados indicaram que os pacientes conscientes do seu adoecimento participavam das decisões, permaneciam por maior tempo em tratamento e possuíam estratégias de enfrentamento mais adequadas, aumentando sua sensação de controle e diminuindo o sofrimento emocional. Enquanto que aqueles que foram privados das informações de sua doença foram mais propensos à ansiedade e depressão.

Em sua revisão de literatura Hanna, Marta e Santos (2011), citam uma pesquisa na qual os médicos apontam revelar o diagnóstico em 97,4% dos casos diretamente aos pacientes, mas só informam o prognóstico diretamente ao paciente em 31,6% dos casos.

Estudo sobre a revelação de más notícias demonstra que a maioria dos pacientes (83%) desejam obter o máximo de informações sobre sua doença assim como prognóstico no início do tratamento (91%). Nas situações sem transmissão das informações pertinentes, o paciente encontra-se limitado na capacidade de pesar benefícios do tratamento e suas consequências, adequadamente. Logo, a comunicação propicia a construção de expectativas realísticas, o fortalecimento da relação médico-paciente e o planejamento do fim de vida. (LUX et al., 2013)

Em sua pesquisa qualitativa, Soares e Polejack (2016), declaram que o dilema não é o de revelar ou não a verdade, mas sim como fazê-lo. Já que os pacientes querem saber as informações e as legislações amparam a autonomia do paciente – como por exemplo: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e o Código de Ética Médica. E apontam algumas dificuldades para a comunicação adequada, como: a influência do modelo biomédico na hierarquia do médico como sendo o detentor do conhecimento, o despreparo dos profissionais e o desconhecimento dos pacientes de seus direitos.

Diversos autores apontam que a realização da comunicação da má notícia, também é difícil para os médicos, já que estes, entraram em contato com os sentimentos e as reações emocionais dos pacientes e de seus familiares. Apresentando dificuldade em discriminar e nomear essas emoções, o médico pode responder de forma inadequada e interpretar erroneamente reações emocionais,

como raiva, acreditando que essa se destina ao profissional (Cruz & Riera, 2016; Silva; Santos & Castro, 2016; Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, 2011).

Outra dificuldade encarada pelos médicos é lidar com seus próprios sentimentos, de finitude e limitação. Ao comunicar uma má notícia o médico muitas vezes vivencia a limitação das opções terapêuticas disponíveis, podendo experimentar sentimentos de incapacidade, impotência, fracasso e culpa, esses sentimentos negativos podem ser generalizados e experienciados como pessoais e profissionais, inclusive com desenvolvimento de estresse. (Silva, et al. 2016; Lino, et al, 2011).

Essa dificuldade pode comprometer o processo terapêutico, pois o médico pode se esquivar de realizar essa comunicação adequadamente utilizando-se de mentiras piedosas ou fornecendo poucas informações, favorecendo expectativas irrealistas. Por isso o treinamento de habilidades de comunicação tem ganhado importância, já que eles têm demonstrado resultados positivos tanto para os médicos como para os pacientes e seus familiares; proporcionando redução da sobrecarga emocional dos envolvidos, aperfeiçoamento da empatia pelos profissionais e participação nas decisões pelos pacientes e familiares (Cruz & Riera, 2016; Silva, et al., 2016).

Sendo assim, diversos treinamentos e protocolos foram desenvolvidos para minimizar as dificuldades da comunicação de más notícias. O protocolo SPIKES, amplamente difundido na oncologia, foi proposto por profissionais do MD Anderson Cancer Center - centro de referência em oncologia mundialmente reconhecido - e por um centro do Canada, utilizando dados obtidos em pesquisas com profissionais presentes no encontro anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), que é o maior evento mundial científico da área; utilizado em diversas pesquisas e foi

o protocolo apresentado e discutido no serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, local em que foi desenvolvida essa pesquisa (Baile et al., 2000).

SPIKES é uma palavra mnemônica dos seis passos que devem ser seguidos para a comunicação adequada: S – Setting Up the interview é o planejamento para a revelação, desde o espaço físico à adaptação da linguagem; P – Perception é o momento de compreender o que o paciente sabe sobre seu quadro clínico; I – Invitation é a etapa de averiguar o que o paciente gostaria de saber e caso ele não demonstre interesse, perguntar com quem ele gostaria que essas informações fossem discutidas, além de ratificar a disponibilidade de discutir sobre isso em outro momento futuro; K – Knowledge é o momento da transmissão das informações, sugere-se avisar que as notícias não são boas e, verificar se o receptor está entendendo o que está sendo comunicado; E – Emotions é a etapa do acolhimento da reação emocional e da validação desses sentimentos; e S – Strategy and Summary; é a última etapa, onde será montado o plano de tratamento e os objetivos do mesmo, estabelecendo metas realistas explorando o prognóstico da doença (Baile et al., 2000; Lino et al, 2011; Cruz & Riera 2016).

Fujimori et al. (2014) avaliaram o impacto de um programa de treinamento de habilidades de comunicação (CST) à médicos oncologistas. Os participantes do CST se avaliaram como mais capazes de prover suporte emocional, criar um ambiente de apoio e fornecer informações. Sendo observado redução significativa do índice de depressão nos pacientes assistidos por médicos que participaram do CST.

Conforme Stein et al. (2013), a omissão de informações de doenças como o câncer impossibilita a discussão da condução do tratamento e planejamento para o fim de vida, limitando a autonomia do paciente. Além de impossibilitar uma

assimilação adequada e um enfrentamento adequado para a situação vivenciada, favorecendo sintomas ansiosos e de estresse, haja vista, as pessoas receiarem aquilo que não conhecem, com isso um futuro duvidoso acarretaria maiores preocupações que a verdade (Lino, et al., 2011).

Devido ao grande índice de sintomas de ansiedade e depressão, de 20 a 48% dos pacientes oncológicos preenchem critérios diagnósticos para essas doenças, é recomendado a triagem e o monitoramento de comportamentos sugestivos desses transtornos. Eles podem estar presentes em todas as fases do adoecimento e suas repercussões prejudicam a adesão ao tratamento e favorecem internações prolongadas, diminuindo a qualidade de vida já prejudicada desses pacientes Bergerot, Laros & de Araujo (2014).

Considerando a relevância da adequada comunicação de más notícias à aceitação, adesão à terapêutica e planejamento do fim de vida, a presente pesquisa objetiva investigar o conhecimento de pacientes sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico; além de descrever características sociodemográficas; distinguir possíveis dificuldades na comunicação entre médico e paciente e identificar sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, baseada em aplicação de questionários com pacientes atendidos no serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Base - HB – de São José do Rio Preto.

Participantes

A amostragem foi por conveniência, como observado na figura 1, participaram da pesquisa 87 indivíduos. Eles foram convidados a participar da pesquisa após a segunda consulta médica, no serviço de oncologia clínica, e a coleta dos dados foi realizada antes da terceira consulta. Essa decisão do período de coleta foi realizada devido a vários pacientes serem encaminhados apenas com o resultado da biópsia, sem o estadiamento clínico, o que impossibilitava o planejamento do tratamento e a perspectiva do prognóstico. Além de que, os protocolos de comunicação de más notícias sugerem que a mesma seja comunicada em mais de um encontro.

A seleção dos participantes foi realizada segundo os critérios abaixo:

- Critério de inclusão:
 - ☉ Diagnóstico de câncer, exceto câncer de pele não melanoma;
 - ☉ Ter passado na segunda consulta com residentes médicos do 3º ano em cancerologia clínica; visando proporcionar maior homogeneidade nos dados coletados, já que a literatura aponta que a experiência profissional influencia na comunicação;
 - ☉ Concessão de autorização para a participação da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1);
- Critério de exclusão:
 - ☉ Déficit auditivo grave ou outra incapacidade de comunicação;
 - ☉ Ser considerado incapaz ou sem autonomia de decisão da sua própria vida; ser menor de 18 anos;
 - ☉ Já ter recebido diagnóstico de câncer anteriormente, exceto câncer de pele não melanoma.

Materiais

A entrevista estruturada incluiu perguntas sobre dados sociodemográficos e estadiamento clínico (Apêndice 2), atendimento pela equipe multiprofissional de saúde (Apêndice 3) e dois instrumentos de pesquisa (Anexos 1 e 2). Sendo coletados, dos prontuários dos participantes: o diagnóstico e o estadiamento clínico.

O primeiro instrumento (Anexo 1) foi um questionário que contém nove questões objetivas, três relacionadas ao diagnóstico, quatro sobre o tratamento e duas sobre prognóstico. Cinco das nove questões incluem respostas sim ou não e quatro são respondidas em uma escala Likert com cinco alternativas (Primo & Garrafa, 2010).

O segundo instrumento foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD - Anexo 2) que contém 14 perguntas objetivas, sendo sete relacionadas a ansiedade e sete a depressão. Todas as questões são respondidas a partir de uma escala Likert com quatro alternativas (Botega, Bio, Zomignani, Garcia & Pereira, 1995; Zigmond & Snaith, 1983). Foi utilizado como pontuação de corte maior ou igual a nove no escore para depressão e maior ou igual a oito para ansiedade (Bergerot, Laros & Araujo, 2014).

Procedimentos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisa foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

- 1- Convite aos pacientes oncológicos após segunda consulta com R3 de cancerologia clínica no Instituto do Câncer (ICA) ou na sala de quimioterapia;
- 2- Explicação dos objetivos da pesquisa e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão;

3- Explicitação do TCLE e coleta da assinatura do participante que concordou em integrar a pesquisa;

4- Aplicação dos instrumentos de pesquisa, todos os participantes que tiveram classificação em categoria de risco na escala HAD foram encaminhados para atendimento psicológico no ICA ou na rede SUS;

5- Ao final da entrevista, foi perguntado a todos os participantes se as respostas coletadas poderiam ser usadas ou não. Os participantes que desistiram tiveram as informações coletadas excluídas;

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas, e frequência e proporção para variáveis categóricas. A distribuição normal ou não das variáveis contínuas foi analisada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando apropriado, para variáveis categóricas. Já a correlação entre variáveis numéricas foi realizada pela correlação de Spearman. Análise estatística foi realizada mediante o software IBM-SPSS Statistics versão 24 (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de $P < 0,05$ foram considerados significantes.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, e aceito, número CAAE 46548614.2.0000.5415. Aprovado pelo parecer nº 1.149.612 na data 14/07/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados 118 pacientes (para melhor visualização, ver figura 1), desses 19 não atendiam aos critérios de inclusão (16 não aceitaram participar da pesquisa, dois não foram atendidos na segunda consulta pelos médicos residentes do 3º ano e um não realizará tratamento oncológico clínico), seis atendiam aos critérios de exclusão (quatro possuíam dificuldades de comunicação, um era incapaz e um era menor de idade) e seis desistiram de participar. Sendo assim, a pesquisa foi realizada com 87 participantes.

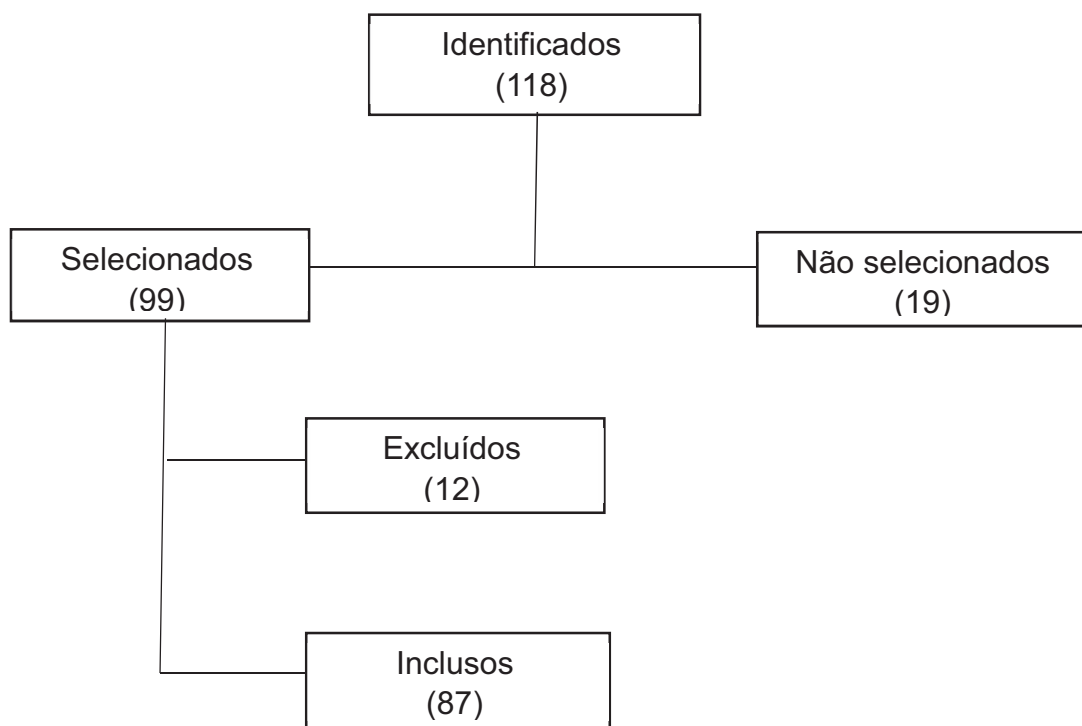


FIGURA 1

Diagrama da seleção da amostra dos participantes

A caracterização da amostra encontra-se na tabela 1, a maioria dos participantes era do sexo masculino (71%), tinham 60 anos ou mais (54%), ensino fundamental incompleto (55,2%), possuíam companheiros estáveis (70%), trabalhavam

quando descobriram a doença (56,3%), possuíam uma renda familiar entre um e dois salários mínimos (57,5%) e foram diagnosticados já com doença avançada, estadiamento clínico IV (49,4%).

TABELA 1

Descrição de dados demográficos e clínicos dos participantes.

Característica	N = 87 (100%)
Idade, anos	
Média ± DP	59,95 ± 10,8
Percentil 25	53 anos
Percentil 50	60 anos
Percentil 75	65 anos
Menor que 60 anos, n (%)	40 (46)
Maior ou igual a 60 anos, n (%)	47 (54)
Gênero, n (%)	
Masculino	62 (71)
Feminino	25 (29)
Estado Civil	
Sem companheiros	26 (30)
Com companheiros	61 (70)
Escolaridade, n (%)	
Analfabeto	10 (11,5)
Fundamental incompleto	48 (55,2)
Fundamental completo	7 (8)
Médio incompleto	6 (6,9)
Médio completo	9 (10,3)
Superior	7 (8)
Exercício Profissional, n (%)	
Ativo	49 (56,3)
Inativo	38 (43,7)
Renda, n (%)	
Menos de 1 salário	18 (20,7)
De 1 a 2 salários	50 (57,5)
De 3 a 5 salários	19 (21,8)
Estadiamento clínico, n (%)	
I	2 (2,4)
II	14 (16,1)
III	21 (24,1)
IV	43 (49,4)
Sem dados	7 (8)

Nota. Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem); N =

número de pacientes; DP = desvio-padrão

Na tabela 2 fica ilustrado os diagnósticos dos participantes divididos segundo a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia -CID – O (OMS, 2005)

TABELA 2

Diagnóstico dos participantes de acordo com a CID - O de Neoplasias Malignas

Categorias	Frequência	Porcentagem
C00-C14 Lábio, Cavidade Oral e Faringe	17	19,6
C15-C26 Órgãos Digestivos	45	51,7
C30-C39 Aparelho Respiratório e Órgãos Intratorácicos	11	12,6
C60-C63 Órgãos Genitais Masculinos	4	4,6
C80 Localização Primária Desconhecida	4	4,6
Outros	6	6,9

Na amostra, os cânceres mais frequentes foram os de Trato Digestivo, os de Cabeça e Pescoço e os do Aparelho Respiratório. Na tabela 2, dentro da categoria C00 à C14 Lábio, Cavidade Oral e Faringe estão inclusos participantes com câncer: de hipofaringe (cinco), de orofaringe (cinco), de orofaringe/hipofaringe (um), de cavidade oral (dois), de língua (três) e de parótida (glândulas salivares) (um); da categoria C15 a C26 Órgãos Digestivos estão inclusos participantes com câncer: de colón (16), de reto (sete); de estômago (seis), de esôfago (seis), de vias biliares (quatro), de pâncreas (três); de canal anal (dois) e de junção esôfago – gástrica (um); da categoria C30 à C39 Aparelho Respiratório e Órgãos Intratorácicos estão inclusos participantes com câncer: de laringe (três) e de pulmão (oito); da categoria C60 à C63 Órgãos Genitais Masculinos, estão inclusos participantes com câncer de próstata (três) e Testículo (um); e da categoria outros estão participantes com câncer de Sistema Nervoso Central (dois), Melanoma Maligno (um), de bexiga (um) e tumores múltiplos (sincrônicos) (dois) - de base de língua e in situ de esôfago, e de bexiga e de próstata.

Segundo a estimativa do INCA (2015) para o biênio 2016/2017, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma, para a região Sudeste os cânceres de colón e reto (C18 – C21), são o segundo mais frequente para homens e mulheres; os de cavidade oral (C00 - C10) são o quarto mais frequente para homens e o décimo para mulheres; e os de traqueia, brônquios e pulmões (C33 – C34), são o terceiro mais prevalente para homens e o quarto para mulheres, corroborando os dados encontrados.

Não foram coletados dados de pacientes com câncer de Mama e Órgãos Genitais Femininos, pois essas eram acompanhadas por outro serviço do hospital. E o baixo número de participantes de câncer de próstata se deve ao tratamento hormonal ser realizado pela equipe de urologia.

Quanto ao diagnóstico relatado pelos pacientes, a grande maioria (74 – 85%) dos pacientes relatou corretamente seu diagnóstico. Dos 13 (15%) restantes, 11 não usaram em nenhum momento da entrevista a palavra câncer, desses nove usaram a palavra tumor, um a palavra nódulos e um a palavra pólipos. É válido ressaltar que dos nove que usaram a palavra tumor, quatro usaram o termo tumor maligno, mas como em nenhum momento da entrevista foi usado a palavra câncer, não é possível saber se eles entenderam que tumor maligno é câncer. Os outros dois que utilizaram a palavra câncer, um não informou o sítio e o outro referiu o câncer de esôfago como câncer de garganta.

Na Tabela 3 pode-se identificar os tipos de tratamento oncológicos relatados pelos pacientes. Observa-se que para a maioria dos pacientes foi indicado quimioterapia, tanto como tratamento isolado (36,8%) como para tratamento em conjunto (94,3%).

TABELA 3

Tratamentos oncológicos relatados pelos participantes.

Tratamento	Frequência	Porcentagem
Quimioterapia	32	36,8%
Quimioterapia e Radioterapia	21	24,1%
Quimioterapia e Cirurgia	19	21,8%
Quimioterapia, Radioterapia e Cirurgia	9	10,4%
Outros	6	6,9%

Na categoria “outros” foram inclusos os participantes de radioterapia exclusiva (dois), o de quimioterapia e hormonioterapia (um), o de radioterapia e cirurgia (um), o de radioterapia e hormonioterapia (um) e o droga alvo molecular e cirurgia (um). Apenas cinco pacientes relataram que não realizariam quimioterapia (5,7%).

Quanto a indicação terapêutica, a quimioterapia é o principal tratamento oncológico citado pelos participantes, ela pode ser tratamento exclusivo ou combinado com radioterapia e cirurgia, e sua finalidade pode ser diferente, podendo ser neoadjuvante, adjuvante, curativa ou paliativa. Constatou-se que quase metade da amostra foi diagnosticada com estadiamento clínico IV, o que sugere tratamento não curativo. Silva, Santos e Castro (2016) ressaltam que a quimioterapia paliativa é um importante recurso terapêutico, mas que ao não ser bem explicado pelo profissional, pode alimentar expectativas irrealistas no paciente e em seus familiares, já que o mesmo está sendo tratado.

Da tabela 4 até a tabela 8 e na figura 2 pode-se visualizar os dados obtidos através do “Questionário aplicado aos pacientes com câncer”, modificado de Primo e Garrafa (2010). A título de ilustração foram destacados alguns relatos dos participantes.

TABELA 4

Qualidade da primeira informação recebida pelos participantes sobre o diagnóstico

Categorias	Frequência	Porcentagem
Péssima	5	5,8%
Sofrível	2	2,3%
Regular	6	6,9%
Boa	31	35,6%
Excelente	43	49,4%

Como observado na tabela 4, a maioria dos participantes (74 - 85 %) considerou a primeira informação de maneira positiva, como boa ou excelente.

Participante 40: "Ele foi bom, quem foi ruim fui eu; eu não soube receber a notícia; eu desmoronei, achei que ia morrer"

Participante 51: "Péssima, não contou pra mim, contou pra minha neta, e a neta que me contou"

Participante 72: "Foi bom porque ele me falou, mas ele não teve nenhuma delicadeza pra falar"

Esses dados sugerem que os participantes ao serem encaminhados para o serviço de oncologia clínica já possuíam alguma informação sobre a sua doença.

TABELA 5

Entendimento relatado pelos participantes sobre o diagnóstico

Categorias	Frequência	Porcentagem
Não entendeu nada	1	1,2%
Não quis entender	0	0
Entendeu apenas que é grave	21	24,1%
Entendeu apenas que está doente	4	4,6%
Entendeu tudo que foi explicado	61	70,1%

Na tabela 5 podemos observar que apenas um participante referiu não entender nada sobre o diagnóstico, 21 entenderam que é uma situação grave, e a maioria (61) relatou ter entendido todas as informações recebidas.

Gomes, Silva e Mota (2009) assinalam em sua pesquisa, que a maioria dos pacientes (83%) que não sabem do diagnóstico oncológico suspeitam do mesmo, apontando inclusive a passagem por ambulatórios especializados em tratamento oncológico, a realização de tratamentos amplamente associados a oncologia, a percepção da tentativa de esconder o diagnóstico por parte dos familiares e os próprios sintomas da doença e do tratamento.

Sendo assim, esses dados sugerem adequação da linguagem pelos profissionais que participaram do estudo. Silva; Santos & Castro (2016) ressaltam a importância dessa simplificação da linguagem médica para a diminuição das dificuldades na comunicação das notícias difíceis.

Na tabela 6 e 7 pode-se observar dados quanto a dificuldade de entendimento do diagnóstico e do prognóstico.

TABELA 6

Dificuldades de entendimento relacionadas ao diagnóstico pelos participantes.

O médico:	Frequência	Porcentagem
Não falou nada	1	1,2%
Usou termos técnicos	1	1,2%
Não foi claro	0	0%
Explicou, mas ficaram dúvidas	5	5,7%
Explicou e não teve nenhuma dificuldade	80	91,9%

A tabela 6 mostra que a grande maioria dos participantes (80 – 91,9%) referiu que após passar na segunda consulta, com o R3 da residência médica em cancerologia clínica, não teve nenhuma dificuldade de entendimento relacionada ao diagnóstico.

Participante 80: “se o primeiro a falar foi nota 10, o daqui foi nota 20 ele me mostrou até no computador”

TABELA 7

Dificuldades de entendimento relacionadas ao tratamento pelos participantes.

O médico:	Frequência	Porcentagem
Não falou nada	2	2,3
Usou termos técnicos	2	2,3
Não foi claro	0	0
Explicou, mas ficaram dúvidas	7	8
Explicou e não teve nenhuma dificuldade	76	87,4

Assim como na tabela 6, pode-se observar na tabela 7 que a maioria dos pacientes (76 – 87,4%) relatou não ter tido nenhuma dificuldade de entendimento relacionada ao esclarecimento recebido sobre o tratamento, pelos R3 da residência médica em cancerologia clínica.

De forma geral os participantes avaliaram positivamente as informações recebidas, tanto sobre o seu diagnóstico quanto sobre o seu tratamento, não discriminando dificuldades na comunicação das más notícias. Quanto a permanência de dúvidas, é válido lembrar, que a coleta de dados foi realizada entre a segunda e a terceira consulta e que o tratamento oncológico é um tratamento prolongado, logo os pacientes ainda teriam oportunidades de esclarecê-las; contudo, Soares e Polejack (2016) advertem que a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e a gratidão sentida pelos pacientes que conseguem atendimento nestes serviços são

fatores que devem ser considerados, pois os levam a minimizarem dificuldades e falhas vivenciadas.

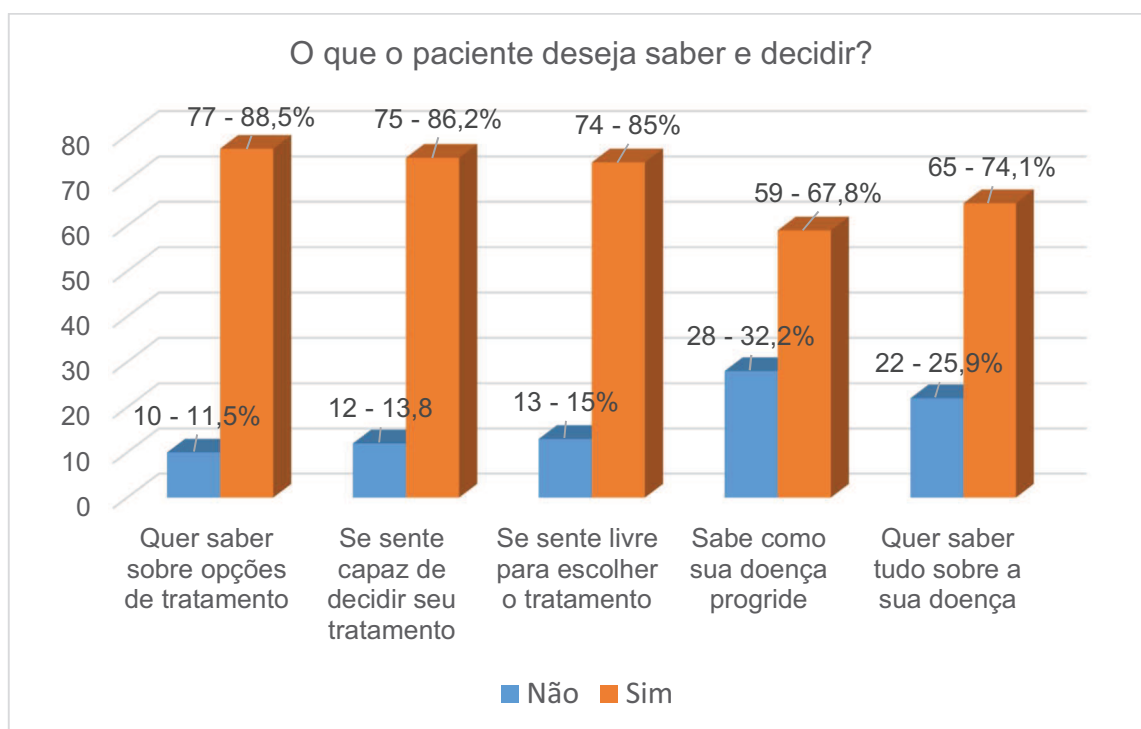


FIGURA 2

O que o paciente deseja saber e decidir?

Na figura 2 visualiza-se as respostas dos participantes para as outras perguntas do questionário.

Quando perguntado se eles gostariam de saber sobre as opções de tratamento 77 (88,5%) disseram que sim, houve bem pouca variação com relação as outras perguntas sobre tratamentos, 75 (86,2%) participantes disseram se sentir capazes de decidir sobre o tratamento e 74 (85%) disseram se sentir livres para realizar essa escolha.

Alguns comentários dos participantes sobre a tomada de decisão:

Participante 1: "Não, não sou médico, ele decide e eu concordo"

Participante 21: "Sim, quem tá com o problema sou eu, quem tem que decidir sou eu"

Participante 27: "Preciso da ajuda da família; no final eu digo, mas dependo deles"

Participante 36: "Não, preciso do médico e da família"

Os comentários sobre se sentir livre para a escolha do tratamento foram similares:

Participante 40: "Não, tem muita gente que dá palpite (família)"

Participante 60: "Não, o que o médico falou que seria o tratamento eu aceitei. Depende do médico"

Confirmando os dados encontrados, Primo e Garrafa (2010) reforçam que uma parcela da população (16,7%) não quer participar ativamente das decisões sobre o seu tratamento, os autores associam este dado a vulnerabilidade, ao comprometimento da autonomia e a autodefesa do paciente. Já Soares e Polejack (2016), referem que em sua pesquisa a maioria dos participantes (nove dos dez) delegavam as decisões aos profissionais de saúde, contentando-se com o recebimento das informações; as autoras também associaram esse papel passivo a vulnerabilidade e ao sentimento de impotência, mas também acreditam que possa ser uma estratégia para garantir acesso aos serviços de saúde.

Assim como observado na fala dos participantes, a literatura também aponta que os pacientes desejam o envolvimento de seus familiares, Karkow e colaboradores (2015) falam da importância da troca de informações e de sentimentos entre os pacientes e seus familiares, e que esse apoio é uma das principais estratégias de enfrentamento utilizada pelos pacientes. Mas os familiares também padecem ao lidar com o sofrimento dos pacientes e muitas vezes ao serem anteriormente informados

do diagnóstico do paciente, eles tentam adiar a comunicação ao mesmo, acreditando poupa-lo (Silva; Santos & Castro, 2016). Chittem, Norma e Harris (2013) discorrem sobre a possibilidade de os familiares acreditarem na probabilidade curativa do tratamento e na não necessidade de sobrecarregar o paciente com o diagnóstico de câncer, mas reforçam a dificuldade em esconder essa informação com a evolução da doença e os múltiplos tratamentos.

Quando perguntado sobre o conhecimento do prognóstico esse número reduz, mesmo assim a quantidade de pacientes que sabem sobre a evolução da doença (59 – 67,8%) é maior do que os que não sabem. Essa redução pode estar relacionada ao fato de não ser rotina do serviço orientar o paciente quanto ao seu prognóstico.

Participante 36: "Pode espalhar, mas o médico disse que não vai acontecer comigo".

Participante 40: "Não, eu tenho dúvidas".

A última pergunta ilustrada na figura 2, é sobre o desejo de obter mais informações, ao contrário do imaginário cultural, os pacientes desejam saber sobre a sua doença, 65 (74,7%) querem saber tudo sobre a sua doença.

Participante 49 "Sim, não gosto que esconda nada não"

Participante 63 "Não, o que eu sei é suficiente"

Silva; Santos e Castro (2016) apontam a discrepância entre a quantidade de pacientes (80%) que desejam saber todas as informações sobre seu adoecimento e os médicos (43%) dispostos a fornecerem todas essas informações, principalmente aos pacientes com mal prognóstico, eles também associam a ausência de comunicação do prognóstico ao sistema de apoio que o paciente possui. Neste estudo essa discrepância foi menos intensa, 67,8% dos pacientes referiram saber sobre a evolução de sua doença e 74,7% gostariam de saber tudo sobre a sua doença.

Soares e Polejack (2016 p. 33) destacam que os pacientes querem saber sobre o seu adoecimento, mesmo com a possibilidade de receberem más notícias e que “A falta de informação possibilita abrir espaço para a fantasia, os pensamentos catastróficos e as expectativas irrealistas, que podem ser mais cruéis do que a própria informação omitida”. As autoras relatam que a omissão está associada a crença de que a revelação do diagnóstico pode provocar depressão em pacientes com câncer avançado, é a partir dessa crença que alguns médicos justificam, erroneamente, a não comunicação ao princípio ético da beneficência e não maleficência.

TABELA 8

Correção da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD

Categorias	Ansiedade		Depressão		Ansiedade e Depressão	
	N	%	N	%	n	%
Baixa	69	79,3	77	88,5	65	74,7
Moderada a severa	12	13,8	4	4,6	6	6,9
Média (todos)	4,8		4,2			
Média (M&S)	9,9		11,3			

Nota. N = número de participantes; Média (M&S) = Média dos pacientes com critério de moderada a severa

Observa-se, na tabela 8 que a maioria dos participantes (65 – 74,7%) não apresentou escore indicativo para ansiedade e nem para depressão; 22 (25,3%) participantes apresentavam sintomas sugestivos para um desses transtornos, sendo que seis (6,9%) participantes apresentavam sintomas sugestivos para ambos; mas, apenas um participante experienciou em intensidade suficiente para ser classificado como provável (escore maior que 14 pontos).

Bergerot, Laros e Araujo (2014) apontam que de 20 a 48% dos pacientes diagnosticados com câncer preenchem critérios para transtornos de ansiedade e de-

pressão, mas já existem estudos apontando uma correlação negativa entre o conhecimento do diagnóstico e a depressão, logo, a crença de que a revelação do diagnóstico pode provocar depressão em pacientes é falsa. Assim como nessa pesquisa, Chittem, Norma e Harris (2013), expõem que os pacientes informados sobre sua doença tiveram níveis menores de ansiedade e depressão do que os previstos pela literatura.

Tanto Chittem, Norma e Harris (2013), quanto Soares e Polejack (2016) falam sobre a importância do conhecimento do adoecimento para a atribuição de significado ao mesmo, abordando que essa estratégia é importante para o enfrentamento e ajustamento emocional, além de possibilitar a preparação para o fim de vida.

Nenhum teste de associação, para ansiedade e depressão, realizado nessa pesquisa foi estatisticamente significativo, as Tabelas 9 e 10 estão aqui para ilustrar.

Tabela 9

Análise comparativa de ansiedade e depressão (segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), entre os grupos de acordo com o estadiamento clínico.

	Estadiamento Inicial N = 37	Estadiamento Avançado N = 43	Valor P
Ansiedade, n (%)			
Sim	10 (27)	8 (18,6)	0,368
Não	27 (73)	35 (81,4)	
Depressão, n (%)			
Sim	3 (8,1)	6 (14)	0,494
Não	34 (91,9)	37 (86)	

Nota. Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem); N = número de pacientes

A Tabela 9 ilustra que não houve diferença estatística entre os pacientes que sentiram ou não comportamentos de ansiedade e depressão e se seu diagnóstico era inicial ou avançado.

Tabela 10

Análise comparativa de ansiedade e depressão (segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), entre os grupos de acordo de acordo com o desejo de saber tudo sobre a doença.

Você gostaria de saber tudo sobre a sua doença?	Sim N = 65	Não N = 22	Valor P
Ansiedade, n (%)			
Sim	12 (66,7)	6 (33,3)	0,377
Não	53 (76,8)	16 (23,2)	
Depressão, n (%)			
Sim	8 (80)	2 (20)	1,00
Não	57 (74)	20 (26)	

Nota. N = número de pacientes; Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Na Tabela 10 pode-se observar que experimentar sintomas de ansiedade e depressão não está associado aos pacientes quererem ou não saber tudo sobre o seu adoecimento.

TABELA 11

Entrevista e avaliação com o psicólogo, relatada pelo participante

Categoria	Frequência	Porcentagem
Sim	41	47,1%
Não	46	52,9%

Apesar da existência de um protocolo de avaliação multiprofissional para os pacientes que passam na primeira consulta do serviço de Oncologia Clínica, só metade dos participantes referiu ter passado pela avaliação com o psicólogo. Durante a entrevista alguns participantes referiram não identificar quem era o psicólogo entre os membros da equipe, e por isso foi considerado que eles não passaram por esse profissional, além disso, como a coleta foi realizada após a segunda consulta alguns participantes estavam com o atendimento agendado, mas a participação na pesquisa foi anterior a avaliação. É importante ressaltar que dos 22 participantes que apresentavam sintomas sugestivos de ansiedade e depressão, 12 (54,5%) já haviam passado pela avaliação com o psicólogo.

Todos os participantes foram orientados sobre a existência do serviço de psicologia no ICA e os que apresentaram sintomas foram encaminhados para atendimento, tanto no ICA quanto na cidade de origem dependendo da preferência do paciente; apenas 4 participantes recusaram o encaminhamento.

Neste estudo os pacientes, em sua maioria, eram informados e gostariam de ter todas as informações sobre o seu tratamento. Os participantes tiveram baixos índices para ansiedade e, principalmente, para depressão; corroborando os dados de Fujimori et al. (2014), no qual os médicos que participaram do programa de treinamento em comunicação de más notícias se sentiram mais capazes de fornecer suporte emocional e informações aos pacientes e, os pacientes tiveram índices menor de depressão. Entretanto, nesse estudo não foi observada nenhuma associação estatística entre ansiedade e depressão e os outros fatores analisados.

Apesar de não existir um protocolo de comunicação de más notícias implantado no serviço estudado, como citado anteriormente, os residentes puderam ler e discutir o protocolo SPIKES, em atividade formal, com os psicólogos do serviço. Mesmo esse

treinamento sendo básico, foi possível verificar que a boa habilidade de comunicação dos profissionais impactaram positivamente nos pacientes.

Foram realizadas diversas análises com o teste de correlação de Spearman para ansiedade, depressão, idade e escolaridade como fatores correlacionados: ao entendimento do diagnóstico; às dificuldades de entendimento do diagnóstico; à capacidade de decidir sobre o tratamento; ao sentir-se livre para escolher e ao conhecimento sobre a progressão da doença. Contudo, a maioria dos resultados foram negativos. As correlações positivas podem ser visualizadas na Tabela 12 e 13.

TABELA 12

Análise de Correlação de Spearman (r) entre idade e outras variáveis

Categorias	Coeficiente r*	Valor P
Escolaridade	-0,3762	0,0003
Entendimento do Diagnóstico	-0,04839	0,6563
Dificuldade de entendimento do Diagnóstico	0,03521	0,7461
Dificuldade de entendimento do Tratamento	-0,02696	0,8042
Saber tudo sobre a doença	-0,2398	0,0253

Desta forma observa-se duas correlações negativas, assim os pacientes que tinham maior idade, possuíam menor escolaridade e não gostariam de saber tudo sobre a doença.

Tabela 13

Análise de Correlação de Spearman (r) entre escolaridade e as respostas às questões.

Questão	Coeficiente r*	Valor P
Qualidade da primeira informação recebida	-0,052	0,631
Entendimento do Diagnóstico	0,129	0,233
Dificuldade de entendimento do Diagnóstico	0,180	0,095
Dificuldade de entendimento do Tratamento	0,219	0,042

Na Tabela 13 nota-se que existe uma correlação positiva entre a escolaridade e a questão relacionada a dificuldade de entendimento do tratamento, como já foi observado nas respostas da Tabela 7, conclui-se que quanto maior a escolaridade dos pacientes, maior o seu esclarecimento, não restando dúvidas quanto ao tratamento, assim como o inverso também é verdadeiro, isto é, quanto menor a escolaridade maior a dificuldade de entendimento do tratamento.

Também foram realizados vários testes de associação das variáveis. Quando possível, foi utilizado o Teste exato de Fisher ou o Teste qui-quadrado de Pearson, mas apenas um dos testes se mostrou estatisticamente significativo, a Tabela 12 foi utilizada para exemplificar.

Tabela 14

Análise comparativa das questões entre os grupos segundo estadiamento clínico.

Questão	Estadiamento inicial N = 37	Estadiamento avançado N = 43	Valor P 0,05
Saber as opções de tratamento			
Não	3 (8,1)	7 (16,3)	0,326*
Sim	34 (91,9)	36 (83,7)	
Capaz de decidir o tratamento			
Não	8 (21,6)	4 (9,3)	0,124†
Sim	29 (78,4)	39 (90,7)	
Livre para escolher o tratamento			
Não	9 (24,3)	3 (7)	0,030†
Sim	28 (75,7)	40 (93)	
Progressão da doença			
Não	9 (24,3)	17 (39,5)	0,148†
Sim	28 (75,7)	26 (60,5)	
Saber tudo da doença			
Não	7 (18,9)	14 (32,6)	0,167†
Sim	30 (81,1)	29 (67,4)	

Nota. Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem); * = Teste

exato de Fisher; † = Teste qui-quadrado de Pearson

Como observado na Tabela 12 apenas um teste de associação foi significativo, a grande maioria dos participantes com diagnóstico oncológico avançado (93%) se sentiu livre para escolher o seu tratamento, a maioria dos pacientes de diagnóstico inicial (76%) também se sentiu livre, mas essa diferença foi significativa, sendo assim, por ser uma correlação positiva os pacientes com diagnóstico avançado se sentiam com maior liberdade para escolher o seu tratamento.

Salloch e colaboradores (2014) assinalam que o envolvimento dos pacientes nas decisões sobre o seu adoecimento está relacionado ao sexo, a idade e a educação.

É válido ressaltar que existiram diversas limitações, o número final de participantes não foi suficiente para permitir a aplicação de alguns testes estatísticos, a amostra foi por conveniência e só foram coletados dados em uma única instituição, sendo assim não é possível generalizar os dados encontrados; além de que não foi abordado o papel da equipe multiprofissional com estes pacientes e nem dos seus familiares.

Sendo assim, os participantes, eram homens (71%), média de idade de 60 anos; baixa escolaridade (analfabetos 11,5% e ensino fundamental incompleto 55,2%); diagnosticados com câncer de colón e reto (26,4%), cavidade oral (C00-C10, 12,6%) e pulmão (9,2%); estadiamento clínico IV (49,4%); indicação de tratamento quimioterápico exclusivo ou combinado (94,2%); avaliaram positivamente a primeira informação recebida (boa, 35,6%, e excelente 49,4%); não relataram nenhuma dificuldade de entendimento quanto a comunicação do diagnóstico (91,9%); referiram ter entendido tudo sobre o diagnóstico (70,1%); não relataram nenhuma dificuldade de entendimento quanto a comunicação do tratamento (87,4%); gostariam de saber sobre as opções de tratamento (88,5%); se sentiam capazes (86,2%) e livres (85%)

para decidir sobre o tratamento; sabiam sobre a evolução da doença (67,8%); desejavam obter todas as informações sobre a sua doença (74,7%) e apresentaram escores improváveis para ansiedade e/ou depressão (74,7%).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou investigar o conhecimento dos pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. De acordo com os resultados encontrados os participantes sabiam sobre o seu processo de adoecimento e avaliaram positivamente as informações recebidas, informando baixo índice de dificuldades no entendimento do diagnóstico e do tratamento. Na análise estatística foi observado uma associação positiva entre a escolaridade e a compreensão das informações recebidas

Quanto a caracterização da amostra, os participantes, em sua maioria, eram homens (71%), média de idade de 60 anos; baixa escolaridade (analfabetos 11,5% e ensino fundamental incompleto 55,2%); diagnosticados com câncer de colón e reto (26,4%), cavidade oral (C00-C10 - 12,6%) e pulmão (9,2%) e estadiamento clínico IV (49,4%).

Apenas 22 participantes apresentaram sintomas de ansiedade e/ou depressão, e desses apenas um teve score para ser classificado pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão como provável (score maior que 14 pontos, escala de 0 a 21 pontos). Sendo assim, os participantes sabem sobre sua doença, tratamento e prognóstico e, apresentaram baixos índices para sintomas de ansiedade e depressão. Portanto, a comunicação adequada da má notícia proporciona menos sintomas de ansiedade e depressão, possibilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes e permite o planejamento para o fim de vida.

REFERÊNCIAS

- Baile, W.K., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302-11. Recuperado de: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf+html>.
- Bergerot, C.D., Laros, J.A., & Araujo, T.C.C.F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 187-197. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a02v19n2.pdf>
- Botega, N.J; Bio M.R; Zomignani, M.A; Garcia, J.R.C & Pereira, W.A.B (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5), 355-363. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>.
- Chittem, M., Norman, P., & Harris, P. H. (2013). Relationship between perceived diagnostic disclosure, patient characteristics, psychological distress and illness perceptions in Indian cancer patients. *Psycho-Oncology*. 22, 1375–1380. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3149/pdf>
- Conselho Federal de Medicina [CFM] (2010). Resolução CFM nº 1931. *Código de ética médica*: Recuperado de <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/campanha.asp>.
- Cruz, C. O. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico & Tratamento*, 21 (3),106-8 in: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-162.pdf#page=12>.

- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 32 (20), 2166-2172. Recuperado de <http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/06/09/JCO.2013.51.2756.full.pdf>
- Geovanini, F. & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a10v21n3.pdf>
- Gomes, C.H.R, Silva, P.V, & Mota, F.F (2009). Comunicação do Diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-143. Recuperado de http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/07_artigo4.pdf
- Hanna, S. A., Marta, G. N., & Santos, F. S (2011). O médico frente a novidades no tratamento do câncer: quando parar? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 57(5), 588-593.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA] (2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- Karkow, M. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Stamm, B., Camponogara, S., Terra, M. G., & Viero, V. (2015). Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *Revista Mineira de Enfermagem*. jul/set; 19(3): 741-746 <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n3/v19n3a16.pdf>
- Lino, C.A.; Augusto, K.L., Oliveira, R.A.S de., Feitosa, L.B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias.

Revista Brasileira de Educação Médica, 35(1),52 – 57 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>

Lux, M. P., Bayer, C.M., Loehberg, C.R., Fasching, P.A., Schrauder, M.G., Bani, M.R., Häberle, L., Engel, A., Heusinger, K., Tänzer, T., Radosavac, D., Scharl, A., Bauerfeind, I., Gesslein, J., Schulte, H., Overbeck-Schulte, B., Beckmann, M.W., Hein, A. (2013). Shared decision-making in metastatic breast cancer: discrepancy between the expected prolongation of life and treatment efficacy between patients and physicians, and influencing factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(2), 429–440.

Organização Mundial de Saúde (2005) CID - 0 – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo. Recuperado de: <http://docplayer.com.br/4563259-Cid-o-classificacao-internacional-de-doencas-para-oncologia.html>.

Primo, W.Q.S.P & Garrafa, V (2010). Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 397-402. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/10.pdf>

Salloch, S., Ritter, P., Wascher, S., Vollmann, J. & Schildmann, J. (2014). Medical Expertise and Patient Involvement: A Multiperspective Qualitative Observation Study of the Patient's Role in Oncological Decision Making. *The Oncologist*, 19:654–660. Recuperado de <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/19/6/654.full.pdf+html>.

- Silva, L.P.S., Santos, I. & Castro, S.Z.M. (2016). Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 24(3). Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v24n3/v24n3a19.pdf>
- Soares, L.S.B. & Polejack, L. (2016). Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. *Ciência & Saúde*. 9(1):30-37. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22448/14395>.
- Stein, R. A., Sharpe, L., Bell, M. L., Boyle, F. M., Dunn, S. M. & Clarke, S. J (2013). Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life Decision Making in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(27), 3403-3410. Recuperado de <http://jco.ascopubs.org/content/early/2013/07/29/JCO.2011.40.8872.full.pdf>.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6), 361 -370, 1983. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x/abstract>.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário aplicado aos pacientes com câncer (Primo & Garrafa, 2010, p399 – com modificação).

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE: Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

Questão nº 1. Como você considera a qualidade da primeira informação que recebeu sobre o seu diagnóstico?

- Péssima
- Sofrível
- Regular
- Boa
- Excelente

Questão nº 2. Qual a dificuldade de entendimento que você sentiu no momento em que o médico falou de novo sobre o seu diagnóstico?

- Ele não falou nada
- Ele falou usando termos difíceis (termos técnicos)
- Você prestou atenção, mas o médico não falou claro (sem termos técnicos)
- Ele falou claro, mas ficaram dúvidas
- Você não teve nenhuma dificuldade

Questão nº 3. O que você entendeu sobre a sua doença?

- Não entendeu nada
- Você não quis entender
- Entendeu apenas que é grave
- Entendeu apenas que está doente
- Entendeu tudo que foi explicado

Questão nº 4. Você quer saber sobre as opções de tratamento que existem para a sua doença?

- Não
- Sim

Questão nº 5. Qual a dificuldade de entendimento que você sentiu no

momento em que o médico falou sobre as opções de tratamento, que existiam no seu caso?

- Ele não falou nada
- Ele falou usando termos difíceis (termos técnicos)
- Você prestou atenção, mas o médico não falou claro (sem termos técnicos)
- Ele falou claro, mas ficaram dúvidas
- Você não teve nenhuma dificuldade

Questão nº 6. Você se considera competente, ou seja, capaz de decidir sobre o seu tratamento?

- Não
- Sim

Questão nº 7. Você se sente livre para escolher o seu tratamento?

- Não
- Sim

Questão nº 8. Você sabe como a sua doença progride quando não tratada?

- Não
- Sim

Questão nº 9. Você quer saber tudo sobre a sua doença?

- Não
- Sim

Anexo 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE: Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):
 - A maior parte do tempo[3]
 - Boa parte do tempo[2]
 - De vez em quando[1]
 - Nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:
 - Sim, do mesmo jeito que antes [0]
 - Não tanto quanto antes [1]
 - Só um pouco [2]
 - Já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer
 - Sim, de jeito muito forte [3]
 - Sim, mas não tão forte [2]
 - Um pouco, mas isso não me preocupa [1]
 - Não sinto nada disso[0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas
 - Do mesmo jeito que antes[0]
 - Atualmente um pouco menos[1]
 - Atualmente bem menos[2]
 - Não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações
 - A maior parte do tempo[3]
 - Boa parte do tempo[2]
 - De vez em quando[1]
 - Raramente[0]
6. Eu me sinto alegre
 - Nunca[3]
 - Poucas vezes[2]
 - Muitas vezes[1]
 - A maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
 - Sim, quase sempre[0]
 - Muitas vezes[1]
 - Poucas vezes[2]
 - Nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:
 - Quase sempre[3]
 - Muitas vezes[2]
 - Poucas vezes[1]
 - Nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
 - Nunca[0]
 - De vez em quando[1]
 - Muitas vezes[2]
 - Quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
 - Completamente[3]
 - Não estou mais me cuidando como eu deveria[2]
 - Talvez não tanto quanto antes[1]
 - Me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

() Sim, demais[3]

() Bastante[2]

() Um pouco[1]

() Não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir

() Do mesmo jeito que antes[0]

() Um pouco menos que antes[1]

() Bem menos do que antes[2]

() Quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

() A quase todo momento[3]

() Várias vezes[2]

() De vez em quando[1]

() Não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

() Quase sempre[0]

() Várias vezes[1]

() Poucas vezes[2]

() Quase nunca[3]

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Avaliação do conhecimento dos pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.



Você está sendo convidado a participar de um estudo científico, chamado “**Avaliação do conhecimento dos pacientes oncológicos sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico**”. Sua participação poderá auxiliar a compreendermos o que os pacientes atendidos no serviço de Oncologia Clínica do Hospital de

Base de São José do Rio Preto (HB) entendem sobre sua doença, sobre como será o seu tratamento e sobre as possibilidades de evolução da sua doença, chamado de prognóstico.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é verificar o que os pacientes conhecem sobre sua doença, a proposta médica de tratamento e se o paciente quer saber como vai ser, no futuro, a sua doença, ou seja, como ela vai

avançar. Além disso, também queremos identificar se o paciente está vivenciando



algum tipo de sintoma que possa sugerir o desenvolvimento ansiedade e ou de depressão.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Os pacientes serão convidados individualmente no Instituto do Câncer (ICA) ou no setor de quimioterapia para participar da pesquisa.

Caso você se interesse em participar, iremos preencher quatro formulários de perguntas previamente elaboradas que serão iguais para todos os participantes. Nele, haverá perguntas sobre dados sociodemográficos (idade, sexo, moradia, etc), sobre o momento do diagnóstico (quando soube da doença), do tratamento e do prognóstico (o que vai acontecer no futuro), sobre ter passado por atendimento multiprofissional, e sobre situações que possam indicar comportamentos de ansiedade e de depressão.

Importante:

- Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.
- Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.
- Os resultados serão divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

A participação nessa pesquisa poderá colocá-lo em contato com assuntos que podem causar sentimentos negativos, como tristeza ou ansiedade importante. Mas caso necessário, você será encaminhado para acompanhamento psicológico e/ou tratamento, sem custo algum. É possível que você não encontre nenhum outro

benefício em participar dessa pesquisa, mas ela poderá auxiliar na melhora da comunicação dos profissionais com futuros pacientes.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.



Além de ser aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, também será aceita sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa

instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, mas também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a **pesquisadora responsável** Lara Regina Aguiar Guedes pelo e-mail laraguedes@outlook.com ou pelo telefone: (17) 99207-4151.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável

Lara Regina Aguiar Guedes

Participante Pesquisa

(Nome e Assinatura)

Apêndice 2 – Dados Sociodemográficos

Iniciais: _____ F () M ()

Idade: _____

Procedência: _____

Profissão: _____

Diagnóstico: _____

Tratamento proposto:

(…) Quimioterapia

() Quimioterapia e Radioterapia

() Radioterapia

() Droga alvo Molecular

() Hormonioterapia

() Outro _____

Cor:

() Branco

(…) Indígena

() Negro

() Pardo (Mestiço)

() Amarelo (Asiático)

Escolaridade:

() Não Alfabetizado

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Superior

Estado Civil:

() Solteiro

() Separado/Divorciado

() Casado

() Viúvo

() Companheiro (união estável)

Filhos e Dependentes:

Tem filhos: () Sim () Não Quantos: __♀ __♂ Idade: __♀ __♀ __♂ __♂

Tem dependentes: () Sim () Não Quantos: __♀ __♂ Idade: __♀ __♀ __♂ __♂

Renda: Quantas pessoas moram na casa: _____

() Abaixo de 1 salário mínimo

() 6 a 8 salários mínimos

() 1 a 2 salários mínimos

() Acima de 8 salários mínimos

() 3 a 5 salários mínimos

Apêndice 3 – Dados sobre outros Profissionais

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE: Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

- () Nada.
- 1- Após a consulta oncológica você passou por atendimento com o **Psicólogo**?
 () Sim.
 () Não.
- 2- O Atendimento **Psicológico** ajudou no que?
 (...) A entender minha doença.
 () A entender o meu tratamento.
 () A conviver com a doença.
 () Não ajudou.
 () Outro
-
- 3- O atendimento **Psicológico** foi importante?
 () Sim, muito.
 () Sim, mas não tanto.
 () Um pouco.
 () Quase nada.
 () Nada.
- 4- Após a consulta oncológica você passou por atendimento com a **Assistente social**?
 () Sim.
 () Não.
- 5- O atendimento da **Assistente Social** ajudou no que?
 (...) A entender minha doença.
 () A entender o meu tratamento.
 () A conviver com a doença.
 () Não ajudou.
 () Outro
-
- 6- O atendimento da **Assistente Social** foi importante?
 () Sim, muito.
 () Sim, mas não tanto.
 () Um pouco.
 () Quase nada.
- 7- Após a consulta oncológica você passou por atendimento com a **Nutricionista** ?
 () Sim.
 () Não.
- 8- O atendimento **Nutricional** ajudou no que?
 (...) A entender minha doença.
 () A entender o meu tratamento.
 () A conviver com a doença.
 () Não ajudou.
 () Outro
-
- 9- O atendimento **Nutricional** foi importante?
 () Sim, muito.
 () Sim, mas não tanto.
 () Um pouco.
 () Quase nada.
 () Nada.
- 10- Após a consulta oncológica você passou por atendimento com a **Enfermeira**?
 () Sim.
 () Não.
- 11- O atendimento da **Enfermeira** ajudou no que?
 (...) A entender minha doença.
 () A entender o meu tratamento.
 () A conviver com a doença.
 () Não ajudou.
 () Outro
-
- 12- O atendimento da **Enfermeira** foi importante?

- Sim, muito.
- Sim, mas não tanto.
- Um pouco.
- Quase nada.
- Nada.

13- Você recebeu algum **Material de orientação** por escrito?

- Sim.
- Não.

14- O **Material de orientação** ajudou no que?

- (...) A entender minha doença.
 - A entender o meu tratamento.
 - A conviver com a doença.
 - Não ajudou.
 - Outro
-

15- O **Material de orientação** foi importante?

- Sim, muito.
- Sim, mas não tanto.
- Um pouco.
- Quase nada.

- Nada.

16- Você gostaria de **receber outras orientações por escrito**?

- Sim.
- Não.

17- Sobre o que?

- Minha doença.
 - Meu tratamento.
 - Possível evolução da minha doença.
 - Como viver com a minha doença.
 - Outro
-