



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

Karen Mendes Graner

**PACIENTES EM PROCESSO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, PERCEPÇÕES
E EXPECTATIVAS**

Botucatu- SP

2013

Karen Mendes Graner

**PACIENTES EM PROCESSO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, PERCEPÇÕES
E EXPECTATIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira – FMB/UNESP

Co-orientador: Prof Dr. Antonio Bento Alves de Moraes – FOP/UNICAMP

Botucatu- SP

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Graner, Karen Mendes.

Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço :
aspectos psicológicos, percepções e expectativas / Karen Mendes Graner. -
Botucatu, 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Coorientador: Antonio Bento Alves de Moraes

Capes: 40602001

1. Cabeça - Câncer. 2. Pescoço – Câncer. 3. Pacientes – Aspectos
psicológicos. 4. Ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade; Câncer; Comunicação de diagnóstico; Depressão;
Expectativas; Percepções.

Apoio:

CAPES



No. 2010/13978-0

Aos meus pais, Elisabete T. Mendes e Murilo Graner, e ao Gustavo S. Rolim, pelo incentivo e apoio incondicionais.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pela confiança em mim depositada e pela oportunidade oferecida que possibilitaram a realização deste trabalho. Em especial, agradeço pela amizade e ensinamentos que contribuíram com meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, pelo acolhimento desde o princípio e incentivo que tanto beneficiaram esse meu caminho.

Ao Prof. Dr. Gustavo Sáttolo Rolim, pelo aprendizado diário, apoio e parceria.

Aos queridos pacientes, por tornarem este estudo possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP, pela oportunidade de realizar este estudo.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP e aos docentes Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes, Prof. Dr. Alan Roger dos Santos Silva, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior e ao Dr. Rogério Jorge, por tornarem possível a execução deste estudo.

Às docentes Profa Dra. Gímol Benzaquen Perosa, Profa Dra. Vera Lúcia Tonette, Profa Dra. Flávia Helena Pereira Padovani, pelas valiosas contribuições na ocasião do Exame Geral de Qualificação, e ao Prof Dr. Carlos Roberto Padovani, pelas orientações nas análises estatísticas.

Ao Prof Dr. Áderson Luiz Costa Júnior, que acompanhou este estudo desde o princípio, pelas importantes contribuições.

À FAPESP, pela concessão da bolsa de Mestrado e auxílio financeiro que favoreceram a realização e divulgação deste estudo.

Aos profissionais do Orocentro, pela parceria e gostosa convivência ao longo desses anos; às queridas Maylu B. Hafner, Juliana Zanatta, Camila M. Ramos, Fernanda V. Mariano, Natália Morí, e às amigas de infância, Renata C. Spironello e Patrícia Regina de A. Moreno, pelos momentos de carinho e amizade.

À minha mãe, Elisabete T. Mendes, ao meu pai, Murilo Graner, ao meu irmão, Edgard Graner e à Renata de O. M. Graner, à minha irmã, Erika M. Graner e aos meus sobrinhos, por todo suporte despendido para o alcance deste meu objetivo de vida, e ao Sr. José Carlos Rolim, Sra. Ruth Maria S. Rolim e família, pela alegria e carinho.

"Eu espero que continuem fazendo o que fizeram comigo. Que sejam realistas, que falem a verdade... por que não adianta ficar escondendo e depois acontece e tá com toda coisa lá... Quando a gente sabe o que tem, sabe o que tem que fazer. Vamos torcer pra que eu consiga...."

(E.B., 64 anos, com diagnóstico de câncer, falando sobre suas expectativas em relação ao atendimento médico)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p.1
Comunicação e Humanização em saúde	p.1
O câncer de cabeça e pescoço.....	p.4
Comunicando más notícias.....	p.7
Características, percepções e expectativas de pacientes com diagnóstico de câncer	p.11
2. OBJETIVOS	p.22
3. MÉTODO.....	p.22
3.1 Desenho do estudo.....	p.22
3.2 Contexto da pesquisa	p.23
3.3 Participantes da pesquisa	p.24
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	p.24
3.5 Procedimento.....	p.24
3.6 Instrumentos	p.26
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	p.29
3.8 Procedimento de Análise dos Dados	p.30
4. RESULTADOS	p.34
5. DISCUSSÃO	p.64
5.1 Características dos pacientes sob investigação diagnóstica de câncer de cabeça e pescoço	p.65
5.2 Percepções e expectativas dos pacientes sobre sua condição de saúde.....	p.72
5.3 Expectativas dos pacientes com relação ao atendimento médico e odontológico.....	p.79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.82
REFERÊNCIAS.....	p.84
Apêndices.....	p.100
Anexos	p.106

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Temas, categorias e definições das categorias - M1	p.311
Quadro 2	Temas, categorias e definição das categorias – M2	p.32
Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas segundo sexo dos pacientes no M1	p.36
Tabela 2	Distribuição de características do estilo de vida, aspectos da saúde e auto avaliação da saúde segundo sexo dos pacientes no M1	p.37
Tabela 3	Prevalência de ansiedade-traço e estado; de sintomas depressivos, transtorno mental comum e uso de risco de álcool, no momento, por sexo (homens =36 e mulheres =13) - M1	p.40
Tabela 4	Distribuição de frequência das categorias segundo os temas - M1 (n=49)	p.41
Tabela 5	Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e conceito de saúde - M1	p.44
Tabela 6	Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e percepção de mudanças necessárias - M1	p.45
Tabela 8	Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Sentimentos pré-biópsia - M1	p.47
Tabela 9	Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Sentimentos pré-biópsia - M1	p.48
Tabela 10	Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Expectativas sobre o diagnóstico - M1	p.49
Tabela 11	Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Expectativas com atendimento dos dentistas - M1	p.50

Tabela 12	Distribuição de frequência e das categorias e temas - M2 (n=29)	p.51
Tabela 13	Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais com compreensão das informações - M2	p.54
Tabela 14	Associação entre as variáveis sociodemográficas e avaliação do atendimento (satisfação) - M2.	p.55
Tabela 16	Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e enfrentamento - M2.	p.57
Tabela 17	Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e expectativas em relação ao dentista - M2.	p.58
Tabela 18	Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e expectativas em relação ao médico - M2.	p.59
Tabela 19	Associação entre variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e avaliação da saúde e o diagnóstico de câncer.	p.60
Tabela 20	Associação entre diagnóstico e ansiedade, depressão e uso de risco de álcool	p.61
Tabela 21	Medidas de sintomas de ansiedade e depressão nos dois momentos de avaliação (n=29)	p.62
Tabela 22	Número de mudanças de casos no IDATE e no BDI, no M1 e M2 (n=29)	p.63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IDATE	Inventário de Ansiedade Traço e Estado
BDI	Inventário de Depressão de Beck
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
M1	Momento 1, pré-biópsia
M2	Momento 2, pós-comunicação do diagnóstico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ACDC	Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas
OROCENTRO	Centro de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Orais – Faculdade de Odontologia, UNICAMP.
SM	Salário Mínimo

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Apêndice 2	Formulário sobre informações sociodemográficas
Apêndice 3	Roteiro de entrevista estruturada I
Apêndice 4	Roteiro de entrevista estruturada II
Apêndice 5	Quadro com Temas, categorias, definições e respostas dos pacientes referentes a entrevista no M1
Apêndice 6	Quadro com Temas, categorias, definições e respostas dos pacientes referentes a entrevista no M2

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE
- Anexo 2** Inventário de Depressão de Beck – BDI
- Anexo 3** *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT
- Anexo 4** Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa

RESUMO

O presente estudo identificou características sociodemográficas, da saúde física e mental, percepções e expectativas ao atendimento e diagnóstico de pacientes com suspeita de câncer de cabeça e pescoço. Avaliou-se 49 pacientes de dois centros de diagnóstico oral. O delineamento constou de dois Momentos: pré-biópsia (M1) e pós-diagnóstico (M2). No M1, investigaram-se dados sociodemográficos, apoio social e estilo de vida (questionário), sintomas ansiosos (Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE), depressivos (Inventário de Depressão de Beck, BDI) e uso de álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT); motivo da consulta, sentimentos, percepção do problema e expectativas sobre diagnóstico e atendimento (entrevista). No M2, reavaliaram-se sintomas ansiosos (IDATE-Estado) e depressivos (BDI), percepções e sentimentos ao diagnóstico, enfrentamento, expectativas e a satisfação com o atendimento (entrevista) dos 29 pacientes com diagnóstico de câncer. As respostas às entrevistas foram categorizadas. Utilizou-se de análises descritivas e bivariadas (chi-quadrado ou exato de Fisher, Goodman e Wilcoxon – $p < 0.05$). Resultados: na amostra total, predominaram: homens (73,4%), idade de 59 anos, 4,5 anos de estudo, ocupação remunerada (40,8%), rendimento de R\$ 670,65, viver com companheiro 61,2% e com parentes 87,8%, relatar sentimento de apoio social 83,7%, ter religião 93,9%, tabagismo e etilismo 44,9%, ter problemas de saúde 45,0% e autoavaliação da “saúde boa” 69,4%. O tempo médio de observação da lesão foi de seis meses, sendo a maioria intraoral (83,7%) e encaminhados por dentistas 51,0%. No M1, 53,9% das mulheres foram consideradas caso para ansiedade-Traço, 61,5% para Estado e 46,2% para sintomas depressivos; e 36,1% dos homens apresentaram risco para de uso de álcool. Observou-se que 61,2% dos pacientes relataram percepções realistas sobre

sua saúde, satisfação com atendimento (89,7%), expectativa sobre tratamento adequado (dentista: 72,4% e médicos: 65,5%). Relataram compreensão das informações recebidas (63,3% no M1 e 69% no M2) e a intenção de tratarem-se e “continuar a vida normalmente” (72,4%). Identificaram-se diferenças significativas no M1 entre: *idade* e *expectativas negativas*, sendo mais frequentes entre os idosos (<0.05) e o mesmo ocorrendo para os que apresentavam sintomas depressivos (<0.01). No M2, observou-se diferença significativa entre: *satisfação* e *renda*, apresentando maior satisfação para os de menor renda (<0,01); *sentimentos de sofrimento diante diagnóstico* com casos de *ansiedade* (<0.01) e de *sintomas depressivos* (<0.05); *expectativa de tratamento* adequado com aqueles com maior *apoio social* (<0,05 e <0,01), e para casos de *ansiedade* (<0.05). Observou-se diferença significativa entre: *diagnóstico positivo* com menor *renda* (<0.01), o mesmo ocorrendo para os *casos depressão* (<0.01). Pode-se concluir que os pacientes, tanto na expectativa do diagnóstico, como após a confirmação do mesmo, apresentam sofrimento psíquico que necessita ser identificado, acolhido e tratado. Fornecer informações objetivas sobre a doença é uma expectativa dos pacientes, devendo-se estimular e preparar os profissionais para identificar sentimentos, expectativas e necessidades durante o processo diagnóstico e durante o tratamento, considerando as características próprias de cada paciente.

Palavras-chave: comunicação de diagnóstico, câncer, percepções, expectativas, ansiedade, depressão

ABSTRACT

This study aimed to describe the sociodemographic characteristics, lifestyle, and physical and mental health status of patients with head and neck cancer, as well as identify their perceptions and expectations regarding care and diagnosis. 49 patients were evaluated before and after diagnosis communication as they were submitted to biopsies in two diagnostic oral centers. Before the diagnosis (moment 1), the sociodemographic and lifestyle variables were evaluated using a questionnaire and validated instruments to assess anxiety (State - Trait Anxiety Inventory, STAI), depression (Beck Depression Inventory, BDI) and alcohol abuse (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT); reason for examination, feelings, perception of the problem, and expectations were investigated through a structured interview. After cancer diagnosis (moment 2), 29 patients had some aspects reassessed: anxiety, depression levels, perceptions, feelings about the disease, and expectations towards medical and dental care. Were also investigated coping and satisfaction with the service received from dentists. Data collected during the interviews were categorized and a descriptive and bivariate analysis (Chi-square, Fisher, Goodman and Wilcoxon – $p < 0,05$) to other variables. The initial sample consisted mostly of males (73.4%) (mean age of 59 years), with four and a half years of study, employed (40.8%), low income (53,0%), having a partner (61.2%), living with relatives (87.8%), having feelings of social support (83.7%) and a religion (93.9%), smoking (44.9%) and (45.0%) drinking habits, and classified their health as “good” (69.4%). The mean time between observation of symptoms and seeking for help was six months, which were mostly intraoral lesions (83.7%), referred by dentists (51.1%). Before diagnosis (Moment 1), women had a high prevalence for anxiety-trait (53.9%), state (61.5%) and depressive symptoms (46.2%). Men had a higher frequency of risky use of

alcohol (36.1%). Most of the patients showed realistic perceptions about their health condition (61.2%), satisfaction with care (89.7%), expected to continue receiving adequate treatment (dentist: 72.4% and physicians: 65.5 %), were aware of their cancer diagnosis (63.3% in M1 and 69.0% in M2), and reported the intention to treat and "have normal lives" (72.4%). Significant differences were identified in first assessment between *age* (> 60) and *negative expectations* (<0.05) and the same was found for those who had *depressive symptoms* (<0.01). Statistical analysis of the categories obtained after diagnosis communication indicated significant differences between: *satisfaction* and *income*, which means that higher satisfaction were more frequently associated with lower income (<0.01); *feelings indicative of distress* before diagnosis and *anxiety* (<0.01), and the same for *depressive symptoms* (<0.05); *expectations related to treatment* by dentists and doctors and those who referred higher *social support* (<0.05 and <0.01) and also for those who presented *anxiety symptoms* (<0.05). Statistically significant difference was noted between *positive cases of cancer* diagnosis related to *low-income* (<0.01), and the same occurred for those who presented *depressive symptoms* (<0.01). It can be concluded that in both moments patients presented psychological distress that needs to be identified, accepted and treated by professionals. Providing objective and clear information about the disease was a patient expectation which can help them in treatment. Professionals should also be prepared to identify psychiatric symptoms, expectations and needs during the diagnostic process and treatment, considering each patient characteristic.

Key-words: communication of diagnosis, cancer, perceptions, expectations, anxiety, depression

APRESENTAÇÃO

Meu interesse por este tema de pesquisa emergiu durante estágio de conclusão do curso de Psicologia, 2005 -2006, no Centro de Oncologia de um dos Hospitais do município de Piracicaba, São Paulo. Outras participações em Instituições de Saúde e aprimoramento na área acentuaram o desejo de me inserir no campo da saúde coletiva, tomando possíveis discussões e práticas interdisciplinares. O presente estudo efetivou, então, a possibilidade de, cursando um Programa de Mestrado na área de Saúde Coletiva, dar continuidade aos estudos na área da saúde, atuar com profissionais da área de odontologia e, de forma especial, na área de oncologia com vistas ao estudo da comunicação. Profissionais de centros de diagnósticos de lesões orais e de outras áreas vivem diariamente a necessidade de comunicar diagnósticos desfavoráveis, as chamadas “más notícias”, geradoras de estresse para todos envolvidos. Pacientes com diagnóstico de câncer vivenciam condições físicas, emocionais e sociais que requerem atenção e cuidado profissional e, embora as políticas de saúde preconizem a integralidade do cuidado à saúde, ainda existem barreiras que desfavorecem esse cuidado, afetando o prognóstico da doença e a qualidade de vida dessas pessoas. Nesse sentido, passei a dirigir meu interesse pelo estudo da relação entre o profissional e o paciente, que entendo como o alicerce para todas as ações no campo da saúde. Este interesse me fez defrontar com a constatação de que ainda muito precisa ser compreendido e estudado nesta área. Optei por iniciar conhecendo mais sobre pacientes em processo de diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, na perspectiva de descrevê-los em relação às características psicológicas, percepções e expectativas, uma vez que ainda são raros os estudos brasileiros sobre este tema, visando posteriormente aprofundar no estudo da comunicação entre profissionais e esses pacientes.

1. INTRODUÇÃO

Saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1948) é mais que a ausência de doenças, sendo produto da interrelação de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Canguilhem (1966/2002) propõe uma concepção de saúde ainda mais ampla ao afirmar que ter saúde é condição que requer que os sujeitos criem novas normas na vida, que lhes permitam lidar com a constante dinâmica de equilíbrio e desequilíbrio de seus organismos. Perspectivas como essas promoveram o desenvolvimento de modelos de interação comportamental mais integrados e humanizadores na área da saúde, modelos que valorizam a percepção dos pacientes sobre sua condição e suas características como aspectos influenciadores da saúde (Santos, 2001).

Comunicação e Humanização em saúde

A “Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social”, elaborada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), é um documento que enfatiza a comunicação como um direito, discute estratégias para maior participação da população no cuidado à saúde e reafirma as definições de saúde mencionadas. Este documento preconiza a participação dos indivíduos nas decisões sobre sua saúde e, especificamente, ressalta a necessidade de ações que favorecem a humanização em saúde.

Humanização, conforme documentos do Ministério da Saúde (MS) referentes à Política Nacional de Humanização (PNH), possui como objetivo principal aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais (campo das interações face-a-face e entre instituições de saúde e comunidade (campo das interações

sociocomunitárias), cuja dimensão abrange também as práticas na Atenção Primária em Saúde. Um dos desafios da PNH, segundo Teixeira (2005) e Souza e Mendes (2009), é a possibilidade de se constituir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (Teixeira, 2005, p. 586).

Perosa et al (2006) afirmam a importância do diálogo no processo de diagnóstico e de tratamento. A valorização da comunicação, nesse contexto, resulta das evidências da atuação de fatores psicológicos no processo saúde-doença e da crescente preocupação em promover a humanização nos serviços de saúde (MS/PNH, 2003). A PNH, proposta em 2003, como um movimento ético, político e institucional, comprometida com o Sistema Único de Saúde - SUS (Lei no. 8080 Art. 5º), para promover mudanças dos modelos de gestão e de atenção à saúde, tem quatro eixos estruturantes: atenção, gestão, formação e comunicação, e pode ser considerada um marco para a relevância da comunicação na relação profissional e o paciente durante o processo saúde-doença (Brasil, 2004; Mori e Oliveira, 2009).

A educação e comunicação em saúde tem sido o foco das discussões sobre a relação entre profissionais e pacientes em muitos contextos, visando promover comportamentos de saúde (Back et al 2005; Straub, 2005; Cyrino, 2009; Cristo e Araújo, 2011). Tradicionalmente, tinha-se como meta alterar o conhecimento do paciente para que este adquirisse comportamentos de saúde, valorizando-se a transmissão de informação via emissor-receptor, “como um recipiente a ser enchido” (Freire, 1983; Cyrino, 2009). Atualmente, a educação e a comunicação em saúde estimulam diferentes reflexões e práticas direcionadas aos indivíduos, ou grupos, no sentido de ouvir e compreender o sujeito visando mudanças de comportamentos (Benevides e Passos, 2002). Entretanto, apesar das novas propostas, as práticas

tradicionais de educação e de comunicação ainda são observadas. Comparando-as às concepções de saúde como resultado das condições de vida e das possibilidades de participação democrática da população nas políticas públicas (Brasil, 2006), pode-se concluir que práticas tradicionais mostram-se insuficientes (Cardoso, 2006).

A qualidade da comunicação é um dos fatores que podem afetar negativamente os pacientes (Sastre, Sorum e Mullet, 2011). Observa-se que, frequentemente, pacientes saem das consultas com pouca ou nenhuma informação, ou com uma compreensão inadequada de seu quadro clínico. Isto reforça a reflexão de Straub (2005) sobre a importância da habilidade do profissional e do seu relacionamento com o paciente como base de todo tratamento em saúde. Para aquele autor, tanto questões relativas ao diagnóstico quanto ao tratamento devem fazer sentido para o paciente, especialmente no que se refere aos tratamentos de doenças crônicas ou que possam exigir procedimentos cirúrgicos e invasivos, como no câncer.

No caso do câncer, é importante lembrar que é uma doença que se encontra muito associada às crenças das pessoas que a veem como “castigo” e “morte certa” (Veit e Carvalho, 2008). Além disso, a palavra câncer foi e ainda tem sido utilizada, por exemplo, como metáforas para comportamentos e condições que indicam desintegração moral (Sontag, 2007). Segundo estudo espanhol sobre a representação social do câncer, pacientes relacionavam a doença à noção de pessoa muito doente, debilitada, convalescente devido às várias hospitalizações e triste devido à dor e ao sofrimento provocado pelo tratamento. Além disso, a palavra câncer foi associada à noção de mortalidade, sendo uma doença não facilmente identificada e que acomete grupos de risco, como tabagistas e etilistas (Insa, Moleon

e Espallargas, 2010). Especificamente nos casos de câncer na região da cabeça e do pescoço, Schenck (2002) discutiu que a doença encontra-se relacionada a significativas mudanças na identidade pessoal, principalmente, devido às consequências do tratamento que pode ser mutilador, causar desfiguramento e alterações nas funções vitais visíveis, levando a alterações na autoimagem e um estranhamento de si. Esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes (Ojo et al, 2012 e Djan e Penington, 2013) e o enfrentamento da doença (Santana, Zanin e Maniglia, 2008).

O câncer de cabeça e pescoço

O câncer de cabeça e do pescoço refere-se a toda neoplasia maligna que acomete lábio, cavidades nasal e oral, faringe, laringe e ouvido médio, sendo a quinta neoplasia mais comum, com incidência de 780 mil casos novos/ano e a sexta causa de morte por câncer no mundo, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (INCA, 2012). O carcinoma epidermóide ou espinó celular é o tipo histológico (90% dos casos) mais frequente nessa região (Ruiz et al, 2006, Chen et al, 2008; Scully e Bagan, 2009). Carcinomas são todas as neoplasias malignas de origem epitelial que se caracterizam pelo crescimento descontrolado e disseminação de suas células que invadem tecidos e órgãos (Colleta et al, 2002).

O câncer de boca é um dos tipos mais comuns na região da cabeça e pescoço e o sexto mais frequente entre todos os tipos de câncer existentes; acomete cerca de 7% da população geral e afeta lábios e o interior da cavidade oral, como gengiva, mucosa jugal (bochechas), palato duro (céu da boca) e língua (principalmente bordas), assoalho (em baixo da língua). São estimados 14.170 casos novos para 2012 (9.990 em homens e 4.180 em mulheres) (INCA, 2012).

Estudos reforçam que, no Brasil, a maior prevalência deste tipo de câncer é de homens, sendo o estado de São Paulo o detentor do maior índice: 25,3 casos para 100.000 homens e 4,9 casos para 100.000 mulheres (Marques et al, 2008; Siqueira et al, 2009; Johnson et al, 2011).

Fatores de risco e etiológicos importantes para o desenvolvimento de carcinomas são as alterações genéticas associadas a fatores ambientais (Colleta et al, 2002). Ao redor de 75% dos casos de câncer na região da cabeça e do pescoço diagnosticados na Europa, Estados Unidos da América e em outras regiões industrializadas, evidenciam os comportamentos de risco a combinação do tabagismo e etilismo para o desenvolvimento da doença (Wunsh-Filho, 2002; Ruiz et al, 2006; Pai e Westra, 2008; Cordeiro e Stabenow, 2009). Considera-se o álcool um potencializador dos efeitos deletérios provocados pelo cigarro (Petti, 2008; Hashibe et al, 2007; Johnson et al, 2011). Fatores de risco são condições com maior probabilidade de causar consequências negativas, ou indesejáveis, aos indivíduos e fatores de proteção, ao contrário, são comportamentos ou condições que diminuem a probabilidade de consequências adversas à saúde (Maia e Willians, 2005; Sapienza e Pedromonico, 2005; Buss e Pellegrini-Filho, 2007; Almeida-Filho e Coutinho, 2007).

O uso de risco de álcool e tabaco e outros fatores como a exposição à luz solar, o vírus papiloma humano (HPV), o Epstein-Barr (EBV) e o hábito de mascar noz de areca (bétel) atuam como fatores de risco para o desenvolvimento desta doença. No Brasil, estudos também apontam a má higiene bucal, o uso de próteses e de enxagatários bucais com álcool contribuindo para o aumento da probabilidade de desenvolvimento da doença (Cordeiro e Stabenow, 2008; Marques et al, 2008). O

tratamento para tumores nessa região é determinado por fatores biológicos, como a localização, grau histológico, estadiamento clínico e condições físicas do paciente e, em geral, são realizados procedimentos cirúrgicos e radioterapia, associados ou realizados de forma exclusiva (Lopes et al,1998; Johnson et al, 2011).

Um dos fatores agravantes em oncologia é o tempo de demora entre a observação dos primeiros sinais e sintomas e a consulta diagnóstica, bem como apontaram Campos, Chagas e Magna (2007), os quais identificaram tempo médio de 273 dias para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, podendo interferir negativamente sobre o prognóstico da doença (Ruiz et al, 2006). Além disso, a probabilidade de uma pessoa adquirir esse tipo de doença aumenta de acordo com a idade, sendo frequente identificá-la em idosos (Katz et al,2004; Bonan et al,2006; Moore, Chamberlain e Khuri, 2004; Ruiz et al, 2006; Choi et al,2008; Kilbourn et al, 2013).

Além do estigma que acompanha o diagnóstico de um câncer, as tecnologias terapêuticas, que se aprimoraram para evitar ao máximo os efeitos secundários dos tratamentos, ainda geram medo e ansiedade (O'Brien et al, 2012). As terapêuticas hoje existentes tendem a remover toda ou quase toda a doença, mas podem provocar danos reversíveis e irreversíveis como no caso das neoplasias de cabeça e pescoço: deformidade facial, xerostomia (boca seca), mudança na voz e na mastigação de alimentos, mucosite (lesões intraorais que se assemelham a aftas) durante as sessões de radio e quimioterapia, entre outros efeitos que acarretam sofrimento e queda da qualidade de vida dos pacientes (Bonan et al, 2003; Araujo, Padilha e Baldisserotto, 2007; O'Brien et al, 2012; Ojo et al 2012; Djan e Penington, 2013). Desta forma, o tratamento, por sua própria localização anatômica, pode afetar

aspectos vitais: deglutição, comunicação (fala e audição) e interação social, respiração, podendo ocorrer mutilação e desfiguração e, assim, gerar repercussões psicológicas importantes tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

Nesse sentido, a forma como o profissional da saúde estabelece sua relação com o paciente, percebe suas características e comunica notícias pode ser determinante para o reestabelecimento da condição de saúde dos indivíduos afetados pelo câncer e para a forma como estas pessoas enfrentarão o problema (Vartanian et al, 2007; Fugimori e Uchitomi, 2009).

Comunicando más notícias

Denominam-se más notícias informações que se referem a uma limitação, perda ou ameaça à integridade do indivíduo (Back et al 2005; Hart, 2009; Spiegel et al, 2009). O diagnóstico de um câncer na região da cabeça e do pescoço ou de outra doença crônica, a perda de um ente querido, o diagnóstico de um transtorno mental ou de uma limitação física consequente a um trauma, a necessidade de realizar exames invasivos, entre outros podem ser considerados más notícias ao paciente e familiares (Hart, 2009; Lopes, 2012). Notícias como essas podem afetar seriamente a perspectiva do indivíduo sobre seu futuro, e gerar consequências negativas aos familiares/cuidadores (VandeKieft, 2001; Moore, Chamberlain, Huri, 2004; Buckman, 2005; Victorino et al, 2007).

Comunicar o diagnóstico de um câncer ao paciente e familiar é uma tarefa inevitável na prática médica e motivo de preocupação com relação às habilidades necessárias para tal (Lopes, 2012). Instituições tem utilizado como referência o *Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum* (Emanuel, von

Gunten e Ferris, 1999), um projeto educacional para capacitação de clínicos, visando desenvolver habilidades dos alunos para a comunicação de más notícias por meio de um protocolo com seis passos específicos (Buckman, 1992). Há também o documento publicado pelo INCA/MS (2010) que apresenta trabalhos realizados no sentido de discutir a relevância da comunicação e buscar maior humanização no tratamento oncológico, documentos disponíveis na *internet*¹. Entretanto, ressalta-se a necessidade de mudanças na relação entre o profissional e paciente que ultrapassem a instrumentalização dos profissionais e visem promover uma percepção adequada sobre a condição de saúde e aquisição de comportamentos de enfrentamento (Perosa et al, 2006).

É importante lembrar que os profissionais também podem se sentir frustrados por reconhecerem dificuldades para lidar com essa situação (Diaz, 2006; Tapajós, 2007), o que potencializa o nível de estresse dos mesmos (Hulsman et al, 2010) e interfere negativamente sobre o vínculo de confiança com o paciente (Sastre, Sorum e Mullet, 2011). Mesmo no contexto da consulta do paciente com câncer, oncologistas apresentam dificuldades para responderem empaticamente nos momentos em que as dúvidas são expostas e merecem um comportamento mais acolhedor (Pollak et al, 2007).

Segundo Lloyd e Bor (1996), nas situações de comunicação de más notícias, podem ocorrer alguns obstáculos atribuídos às seguintes situações: o profissional pode (a) sentir-se responsável e temer ser responsabilizado; (b) desconhecer a melhor maneira de se comunicar; (c) sentir-se inibido devido às experiências prévias de perda; e ter relutância em alterar a relação profissional-paciente; (d) apresentar

¹ (EPEC: http://www.ama-assn.org/ethic/epec/download/module_2.pdf; BRASIL, 2010: _ acessados em 05/11/12).

medo de interferir nos papéis familiares; de não conhecer suficientemente o paciente, seus recursos e limitações; (e) temer as consequências da doença como desfiguração, dor, perdas sociais e financeiras; (f) reconhecer incertezas sobre o futuro e não possuir respostas a algumas perguntas; e, por fim, (g) não ter clareza sobre o próprio papel do profissional da saúde.

Nwankwo e Ezeome (2011) investigaram a percepção de médicos sobre contar a verdade em caso de diagnóstico de câncer e encontraram preferência por comunicar notícias que não estivessem associadas a um prognóstico ruim, e também reconheceram a necessidade de treino específico para desempenhar este papel. Sobre esta problemática, outro estudo realizado por Hulsman et al (2010), analisou os efeitos da prática de comunicação de más notícias, os aspectos emocionais e a experiência de estresse em estudantes de medicina através de duas simulações de consulta entre médico e paciente. Participaram 20 estudantes que atuaram em situação de simulação de consultas em que seriam comunicadas más notícias, em duas condições: uma em que a comunicação sucedia uma abordagem de aproximação com o paciente por meio de uma anamnese e a outra em que essa sequência se invertia, comunicando-se as más notícias antes da anamnese. Observaram que, independentemente da ordem em que apresentavam as más notícias aos pacientes, ocorriam reações de estresse. Essas reações foram avaliadas por medidas objetivas (pressão arterial, frequência cardíaca, resistência vascular sistêmica) e uso de escalas de avaliação de ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE e Escala Visual Analógica - VAS). Victorino et al (2007) realizaram uma revisão bibliográfica sobre este tema e identificaram preocupação da equipe de saúde com este momento, especificamente, com o quanto a comunicação do diagnóstico afetaria o paciente, com o receio de causar

dor, medo do desconhecido, de falhas terapêuticas, de dizer “não sei” e expressar suas emoções.

Desta forma, observa-se que estudos têm sido realizados com o fim de capacitar alunos e profissionais para a habilidade de comunicar notícias (Kiss, 1999; Fallowfield et al, 2003; Gysels, Richardson e Higginson, 2004; Stiefel, Favre e Despland, 2006; Amiel et al, 2006; Alexander et al, 2006; Liénard et al, 2010; Bowyer et al, 2010; Szmuilowicz et al, 2010; Hulsman et al, 2010; Goelz et al, 2011, Yun et al, 2011; Stiefel et al, 2012), no entanto, poucos são em odontologia (Newton e Fiske, 1999; Newton, 2010; Curtin et al, 2011) que focam a utilização de protocolo específico (Buckman, 2005) como facilitador e norteador para o profissional, entretanto a eficácia deste recurso tem sido foco de debates entre os pesquisadores da área. Outros valorizam as características, percepções, expectativas e o estado emocional de pacientes com câncer (Mast, Kindlimann e Langewitz, 2005; Liénard et al, 2008; Liao et al, 2008; Deschepper et al, 2008; Reppeto et al, 2008; Fugimori e Uchitomi, 2009; Spiegel et al, 2009; Thorne et al, 2009, Figg et al, 2010; Wittiman et al, 2011; Alifrangis et al, 2011; Durusoy et al, 2011; Sastre, Sorum e Mullet, 2011; Schaepe, 2011; Lobb, Halkett e Nowak, 2011; O'Brien et al, 2012; Valizadeh et al 2012; Zamanzadeh et al, 2013), especificamente, com câncer na região da cabeça e do pescoço (Framptom, 2001; Katz et al, 2004; Moore et al, 2004; Vartanian et al, 2007; Choi et al, 2008; Petti, 2008; Wang et al, 2011; Uitdehaag et al, 2012; Moussas et al, 2012; Singer et al, 2012; Kilbourne et al, 2013).

Características, percepções e expectativas de pacientes com diagnóstico de câncer

Sabe-se que alguns aspectos podem interferir sobre a comunicação profissional-paciente: (a) estrutura dos serviços de saúde oferecem ambientes pouco propícios para uma interação efetiva; abordagem à ansiedade do paciente, dor e outros sintomas; (b) a organização dos serviços de cuidados à saúde, como rotinas administrativas, dificuldades para o acesso e atendimento nos diferentes serviços; (c) os comportamentos dos profissionais de saúde, como uso de jargões técnicos ou explicações simplistas, subestimação da capacidade de entendimento dos pacientes e despersonalização dos mesmos; (d) características dos pacientes, como escolaridade, apoio social, renda, níveis de ansiedade, experiência com o problema de saúde; e (e) o modo como ocorre a comunicação – clareza e veracidade das informações (Taylor, 2005; Diaz, 2006; Perdicaris e Silva, 2008).

Revisão sistemática, realizada por Fujimori e Uchitomi (2009), investigou a associação entre tipos de câncer, preferências com relação à qualidade da comunicação e variáveis sociodemográficas de pacientes com relação a vários aspectos da comunicação de más notícias. Foram analisados 24 artigos que abordaram diferentes tipos de câncer: cabeça e pescoço, de próstata, melanoma, e câncer hematológico. Especificamente, sete estudos identificaram a importância do *setting* no momento da comunicação, quatro abordaram formas para comunicar más notícias, nove abordaram quais e a quantidade de informações a serem oferecidas aos pacientes, nove identificaram a importância do apoio emocional aos mesmos, e em oito estudos foi encontrada associação entre características sociodemográficas (idade, gênero, nível educacional, renda), psicológicas (ansiedade e sofrimento) e

determinadas estratégias de enfrentamento como a preferência em receber informações detalhadas sobre a doença e participar das decisões acerca do tratamento. Alguns outros estudos corroboram os dados mencionados (Spiegel et al, 2009; Mauri et al, 2009; Dègi, 2009; Repetto et al, 2009; Durusoy, 2011; Sastre, Sorum e Mullet, 2012).

Além disso, Fujimori e Uchitomi (2009) discutem sobre o momento da comunicação do diagnóstico e a preferência dos pacientes, em relação: (a) ao contexto para a ocorrência da comunicação (tempo considerado adequado para a consulta, privacidade, confiança no médico); (b) à maneira de comunicar a notícia (notícia de forma clara, honesta, explicação dos exames e documentos escritos); (c) à informação oferecida em si (quantidade e qualidade, custos e benefícios, cura e limitações); e (d) ao oferecimento de apoio/suporte emocional (atendimento individual e privado, “proximidade” do profissional, atendimento psicológico e psiquiátrico).

Segundo Straub (2005), a dificuldade que alguns pacientes possuem em expressar verbalmente seus sintomas, ou não se sentirem preparados para falar sobre questões relacionadas à saúde podem, também, dificultar a comunicação entre o profissional e o paciente. Straub (2005) ressalta a influência das condições sociodemográficas sobre a facilidade ou dificuldade da expressão verbal do paciente sobre a sua doença.

Estudo transversal, realizado por Durusoy et al (2011), determinou as expectativas sobre o local e processo de morrer, o nível de satisfação dos pacientes com câncer sobre o comportamento de seus médicos e elucidou fatores que podem influenciá-las. Identificou-se que, dos 150 participantes, 55,3% eram mulheres, 21%

tinham entre 50 e 59 anos e 19% entre 60 e 69 anos, possuíam o primeiro grau completo (46.7%), maioria com baixa renda (46%), e que gostariam de receber informações claras e detalhadas sobre a doença (63%). Alguns fatores apresentaram associação positiva com a satisfação com o comportamento dos médicos, como: nível educacional elevado, tipo do tumor; e negativa, como: situação econômica, ou seja, quanto mais alta a renda, menor o nível de satisfação com os comportamentos dos médicos. Spiegel et al (2009) também identificaram influência no nível educacional na percepção sobre os médicos, ou seja, pacientes com menor nível educacional relataram que não perceberam o oferecimento, por parte do médico, de oportunidades para realização de perguntas durante a comunicação de más notícias (72%). No entanto, aqueles que tiveram ensino básico ou universitário relataram ter percebido (53%). Estudo Italiano, realizado por Mauri et al (2009) observou que pacientes que não concluíram o ensino médio valorizavam mais o suporte emocional oferecido pelo médico do que aqueles com grau universitário.

Alifrangis et al (2011) investigaram a necessidade de 96 pacientes ingleses com diagnóstico de câncer, os internados e os que frequentavam ambulatório, em relação a obter informações sobre sua condição, assim como o impacto psicológico da doença sobre os mesmos. Foi elaborado um questionário sobre: aspectos sociodemográficos, comunicação associada às opções de tratamento e ao prognóstico, mudanças na qualidade de vida e nas atitudes após o diagnóstico de câncer, a qualidade do tratamento recebido de pacientes ambulatoriais os internados. Observaram-se que 65% dos pacientes lembraram-se das informações recebidas sobre prognóstico e 61% referiram que preferiam discutir sobre o diagnóstico com seu médico do que com outras pessoas. Apenas 8% afirmaram que o médico não deveria oferecer informação, 14% dar apenas somente sobre boas

notícias, 90% relataram ter recebido informação de forma clara de seus clínicos, 12% não gostariam de receber informações sobre baixa expectativa de vida e 16% não gostariam que sua família soubesse de seu diagnóstico.

Sastre, Sorum e Mullet (2011) estudaram a percepção dos pacientes sobre a comunicação de más notícias realizada por seus médicos. Foram avaliados 145 adultos que já haviam recebido más notícias pedindo-lhes que indicassem sua satisfação com a conduta através de 48 vinhetas, as quais também foram classificadas por nove médicos. Estas vinhetas continham combinações de cinco fatores (tipo da notícia, oportunidade para comparecer com ou sem acompanhante, conhecimento das expectativas dos pacientes sobre os resultados de exames, oferecimento de apoio emocional e de informações claras). Os pacientes mais satisfeitos com a consulta foram aqueles acompanhados por alguém; os que relataram que o médico explorou suas expectativas; os que tiveram comunicação personalizada; e receberam apoio emocional. Os pacientes combinaram as vinhetas apoio emocional e informação indicando que a falta de apoio impossibilita qualquer informação com qualidade, o que se contrapôs à opinião dos médicos.

Estudo multicêntrico realizado por Reppeto et al (2008) investigou protocolos de conduta em comunicação de más notícias e relatos de pacientes idosos, familiares e profissionais da saúde. Foram entrevistadas 622 pessoas de um grupo que recebeu informações e 210 pessoas que não receberam nenhuma informação sobre sua condição e prognóstico. Esses pacientes tinham, em média, 72 anos, baixa escolaridade e diferentes tipos de tumores. Constatou-se que esses pacientes consideravam seus familiares como a maior fonte de apoio (86,5%), desejavam a presença de um familiar durante a consulta médica (79,1%) e estavam satisfeitos

com o conteúdo da informação (80%), sendo a satisfação maior quando eram informados (73,0%). Além disso, predominaram aqueles que referiram que receber informações clínicas possibilitou maior controle emocional (76,3%), receber informações claras e completas facilitou o relacionamento entre o paciente e o profissional da saúde (84,8%). A chance de ser mais bem informado apresentou correlação positiva com a idade, nível de educação, região de residência e negativa com arranjo familiar. Referiram, por fim, que receber informações sobre tratamento e seus efeitos adversos foi um recurso para o manejo da ansiedade (24,1%) e para o enfrentamento da doença (62%). Entende-se enfrentamento como esforços cognitivos e comportamentais para o manejo de demandas (internas ou externas) consideradas como sobrecarga ao indivíduo, podendo ser avaliado através de instrumentos padronizados e validados para a população brasileira. É possível identificar duas categorias funcionais: focalizado no problema, quando se avalia a condição como passível de mudanças, e focalizado na emoção, quando a situação é vista como imutável pelos indivíduos (Folkman et al 1986 apud Seidl, Troccoli e Zannon, 2001; Ramos-Cerqueira, 2000).

Um estudo qualitativo, realizado por Schaepe (2011), em Centro Oncológico norte-americano, reforça os dados já apresentados. Os relatos obtidos através de entrevista focalizaram mais a relação que tiveram com seus médicos do que o diagnóstico propriamente dito, referindo que conhecer sua doença requer um processo de “digestão”, e disseram ainda terem “aprendido” sobre seu diagnóstico ao longo das consultas de acompanhamento. Em suma, parece que a relação estabelecida entre os profissionais e pacientes antes da consulta de diagnóstico foi essencial à compreensão da doença.

Ainda com relação à preferência dos pacientes, Deschepper et al (2008) identificaram as atitudes de pacientes e profissionais sobre falar a verdade e as barreiras percebidas na comunicação. Participaram de entrevistas pacientes atendidos em Centros de Cuidados Paliativos, na Bélgica, que possuíam, pelo menos, três meses de expectativa de vida e que foram devidamente informados sobre o diagnóstico e prognóstico. Os resultados apontaram que pacientes desejavam receber informações na íntegra sobre sua condição, ter mais oportunidade para demonstrar seus sentimentos e obter informações sobre a doença de forma gradual, bem como identificaram Stajduhar et al (2010) e Gravis et al (2011). Além disso, algumas barreiras na relação entre o médico e o paciente foram identificadas: falta de tempo do profissional para oferecer apoio, dificuldade em falar sobre a expectativa de vida do paciente e linguagem técnica utilizada como dificultadora do entendimento do paciente. Mast, Kindlimann e Langewits (2005) investigaram a influência de diferentes formas de comunicar más notícias na percepção, satisfação e aspectos emocionais de estudantes de diversas áreas da Universidade de Zurich. Em geral, os participantes afirmaram preferir consultas cuja comunicação fosse centrada no paciente, preferir que médicos se mostrassem mais abertos aos aspectos emocionais, menos autoritários, mais apropriados e disponíveis, e oferecessem mais esperança ao paciente. Entretanto, um estudo que comparou o nível de satisfação de pacientes, com lesões malignas de pele, que receberam o diagnóstico por meio de cartas e aqueles que o receberam pessoalmente de seu médico, não encontrou diferença significativa entre os grupos (Karri, 2009). Fatores culturais e o tipo de lesão talvez possam explicar a diferença entre essas preferências (Berkman et al, 2010; Beqiri et al, 2011; Valisadeh et al, 2012; Zamanzadeh et al, 2013).

Liao et al (2008) realizaram um estudo, longitudinal, cujo objetivo foi avaliar níveis de incerteza e de ansiedade e os fatores preditivos para incerteza em mulheres com suspeita de câncer de mama (posteriormente diagnosticadas com câncer de mama ou com tumor benigno) recrutadas num ambulatório de Taiwan. Utilizaram o *Uncertainty in Illness Scale* para mensuração da incerteza, e o IDATE, em três momentos: (M1) momento em que a paciente recebeu a notícia da necessidade da realização de uma biópsia; (M2) após a biópsia; e (M3) imediatamente após o diagnóstico. Comparando-se o grupo com lesões malignas com o grupo com lesões benignas, verificaram-se médias mais elevadas de ansiedade e de incerteza no M1, e diferenças significativas entre os três momentos em relação às medidas de ansiedade. Além disso, variáveis sociodemográficas (ser casado, ter baixa escolaridade, ter mais de 50 anos, ter crenças religiosas) e comportamentais (pouca percepção do início do desenvolvimento da doença, não ter realizado o autoexame da mama regularmente) foram preditivas de níveis elevados de incerteza. Este estudo é relevante na medida em que avalia os pacientes em todo processo diagnóstico, considerando que o momento de diagnóstico é sentido, em geral, como um “choque” entre os pacientes e familiares (Berkman et al, 2010; Lobb, Halkett e Nowak, 2011; Valisadeh et al, 2012).

Suzuki et al (2011) avaliaram, no Japão, a ansiedade e depressão de pacientes com diagnóstico de diferentes tipos de câncer. Utilizaram como instrumentos a *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD em dois momentos: duas semanas após receberem o diagnóstico e após oito meses; neste último, menos de um quarto dos sujeitos responderam aos questionários. Identificaram que metade dos pacientes apresentou ansiedade e depressão, sendo a primeira mais

comum em jovens e a segunda em pacientes idosos, dados que corroboram com estudo realizado por Fukui et al (2008).

Liénard et al (2008) avaliaram a influência das habilidades em comunicar más notícias de oncologistas (que haviam tido treinamento prévio) sobre a ansiedade dos pacientes e familiares. Médicos e pacientes foram randomicamente alocados em dois grupos: um programa básico de treinamento e outros participaram também de um *workshop* sobre o tema. Os pacientes foram avaliados em: M1 - antes de o médico receber o treinamento básico e em M2 - após este ter participado do *workshop*. Não foram observadas diferenças significativas na ansiedade dos pacientes entre os grupos e os momentos de avaliação. Entretanto, identificou-se que, em média, a ansiedade dos pacientes reduziu significativamente após a consulta ($p < 0.01$). Observou-se, também, que quando os médicos comunicavam a notícia, a ansiedade tendia a se elevar ($p < 0.05$), quando a informação era sobre tratamento tendia a diminuir ($p < 0.01$) e que quanto mais os pacientes falavam sobre seu sofrimento, mais a ansiedade após a consulta também diminuía ($p < 0.05$). O estudo sugere que o programa de treinamento não foi suficiente para influenciar a ansiedade dos pacientes de forma significativa, mas a redução obtida antes e após a consulta pode ter tido influência de outros fatores, como a própria informação, a relação estabelecida entre profissional e paciente, entre outras. Observa-se a necessidade de que mais estudos ocorram com o objetivo de se investigar o impacto da comunicação sobre os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes em processo diagnóstico.

Estudo semelhante também não encontrou diferença significativa entre os grupos e o tempo de avaliação, entretanto, o nível de ansiedade apresentou-se

reduzido após a consulta ($p < 0.05$). Os autores discutiram que o tipo de notícia, o uso de questões para rastreamento dos sintomas, relato de sofrimento dos pacientes, uso de habilidade de suporte (empatia, falar sobre realidade ou enfrentamento) e satisfação dos médicos sobre a consulta podem ser possíveis preditores para respostas de ansiedade dos pacientes. Estas associaram-se, significativamente, aos relatos de satisfação dos médicos sobre o apoio oferecido e aos de sofrimento dos pacientes. Por fim, identificou-se que a evolução da ansiedade dos pacientes associou-se positivamente com a má notícia e negativamente com o uso de habilidade de apoio (Liénard et al, 2006).

Moore et al (2004) avaliaram pacientes em estágio inicial (I e II) de câncer de cabeça e pescoço visando identificar suas experiências de dor e sofrimento após confirmação do diagnóstico. Os relatos obtidos foram categorizados como: “redução do eu” (*Diminished Self*), dependência de analgésicos, desesperança e perda de significado na vida após o câncer, bem como identificado por Lobb, Halkett e Nowak (2011) e Valizadeh et al (2012). Os resultados permitem observar que os pacientes apresentavam sintomas ansiosos e depressivos e relatavam falta de confiança na habilidade dos clínicos e na eficácia do tratamento dos sintomas. Portanto, pode-se supor que variáveis relacionadas aos pacientes, como o elevado estado de ansiedade e sintomas depressivos, também interferem no processo de comunicação de más notícias e na compreensão do paciente sobre as informações recebidas. Segundo Carvalho (2008), a ansiedade é uma reação esperada quando se trata de câncer e pode aparecer em diferentes fases da doença, por exemplo, na fase anterior ao diagnóstico, período que promove questionamentos diversos no paciente, demandas afetivas e existenciais.

A depressão é também comorbidade frequente em pacientes com neoplasias na região da cabeça e do pescoço, provavelmente, pela própria doença e pelas próprias consequências do tratamento (Frampton, 2001; Vartanian et al, 2007; Bottino, Fráguas e Gattaz, 2009; Paula et al, 2012). Estudo realizado por Katz et al (2004) avaliou a incidência da depressão e a precisão dos instrumentos para medir esse transtorno em pacientes submetidos à radioterapia. Responderam ao Inventário Beck de Depressão (BDI), à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e à CES-D (Center for Epidemiological Studies-*Depression*), aproximadamente um mês após o início do tratamento radioterápico. Observou-se que o melhor ponto de corte do BDI encontrado foi 13, que corresponde ao nível médio preconizado na literatura. Os autores sugerem uso deste instrumento também como um *screening* para sintomas depressivos. Poucos estudos valorizam a importância de se identificar sintomas depressivos no período pré-diagnóstico, possibilitando um foco preventivo no desenvolvimento dessa comorbidade que tanto agrava o quadro geral do paciente com câncer edificulta seu prognóstico.

Mesmo com tanta ênfase na importância da habilidade do profissional em comunicar más notícias e na maneira como é realizada a comunicação, Degi (2009), na Romênia, identificou que dos 420 sujeitos inseridos em seu estudo, 16,9% não haviam sido informados sobre seu diagnóstico. Observou-se que a idade dos pacientes que não receberam informações era maior do que os que foram informados, assim também ocorreu para os de baixa escolaridade e os que residiam em cidades pequenas. Além disso, após ajustado para sexo, idade, procedência, escolaridade, situação conjugal, status econômico, religiosidade, nacionalidade, tipo de câncer, localização e estágio da doença, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, pacientes que não foram comunicados sobre seu diagnóstico apresentaram escores

mais elevados para depressão, avaliada pelo BDI, falta de esperança e menor pontuação para estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e eventos negativos na vida do que pacientes que foram informados sobre a sua condição. Os pacientes que não souberam por seus clínicos sobre sua doença apresentaram prevalência de depressão moderada/alta e baixa prevalência de anomia². Lesões malignas, depressão grave/moderada, ausência de quimioterapia e sentimento de anomia puderam prever a não comunicação do diagnóstico.

Estudos referidos acima enfatizam a presença de comorbidade psicológica em pacientes com diagnóstico de câncer, em especial, na região da cabeça e do pescoço, e corroboram a análise de Moussas et al (2012). Esses autores discutiram a influência do câncer de cabeça e pescoço na autoimagem e em aspectos vitais dos pacientes, bem como o agravamento do seu quadro geral associado a sintomas depressivos e ansiosos os quais requerem atenção do profissional da saúde e intervenções psicoterápicas.

Variáveis sociodemográficas, percepções, expectativas, e a presença de comorbidade (ansiedade, depressão) apresentados pelos pacientes com diagnóstico de câncer (em especial de cabeça e pescoço), são variáveis que podem facilitar ou prejudicar a adesão às orientações médicas e o prognóstico da doença. Alguns estudos sobre esse tema descrevem essas características em pacientes que receberam a notícia de uma doença grave e em profissionais que se relacionam com esses pacientes. Outros focalizam como a má notícia deve ser comunicada ao paciente, sugerindo protocolos de atendimento (Newton e Fiske, 1999;

² Segundo Degi (2009), anomia significa um processo de perda de valor e depreciação da vida social. Caracteriza-se por isolamento, sentimento de inutilidade, imprevisibilidade, e de perda do status social.

Buckman,2005; Newton, 2010; Curtin et al, 2011). Porém, ainda são necessários estudos que investiguem essas características em pacientes em processo diagnóstico, como percebem sua condição de saúde antes e após o diagnóstico e suas expectativas sobre esse processo e tratamento futuro.

2. OBJETIVOS

- Descrever características sociodemográficas (idade, sexo, procedência, situação conjugal, arranjo familiar, ocupação, situação da ocupação, escolaridade, renda, religiosidade), aspectos do estilo de vida (uso de álcool e tabaco), do apoio social, da saúde física (conceito de saúde, auto-avaliação da saúde e comorbidades e tratamentos referidos) e mental (ansiedade e sintomas depressivos) de pacientes com suspeita de câncer na região da cabeça e pescoço.
- Identificar suas percepções e expectativas com relação ao atendimento e ao diagnóstico.
- Estudar a associação das categorias referentes às percepções e expectativas com as características sociodemográficas, aspectos do estilo de vida, da saúde física e mental.
- Comparar a ocorrência de sintomas de ansiedade e sintomas depressivos dos pacientes nos períodos pré e pós-diagnóstico.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo e longitudinal tendo como população alvo pacientes com suspeita de câncer na região da cabeça e do pescoço.

3.2 Contexto da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Orais, Orocentro, da FOP/Unicamp. Este recebe, aproximadamente, seis casos novos de pacientes com suspeita de câncer de cabeça e pescoço por mês. Foram também avaliados pacientes da Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas – ACDC, na clínica de estomatologia que atende, em média, quatro casos novos de suspeita de câncer bucal por mês. Nos dois locais utiliza-se a mesma rotina no atendimento. São dois serviços de referência para pacientes procedentes de Piracicaba, Campinas e região, encaminhados por serviços de saúde privados, Unidade Básicas de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas e que necessitam de avaliação de lesões na região de cabeça e pescoço.

A rotina de atendimento dos pacientes encaminhados para esses serviços consta de uma primeira consulta, em que profissionais preenchem uma ficha com dados de anamnese, realizam exame físico, documentação fotográfica e radiográfica, e biópsia, quando necessário. Após a biópsia, é agendada nova consulta para entrega do laudo e comunicação do diagnóstico aos pacientes, encaminhando-os, dependendo do caso, para tratamento nos hospitais da cidade e região.

Os profissionais que atuam nesses Centros são alunos de pós graduação (*strictu sensu*), docentes da FOP/UNICAMP e cirurgiões dentistas da Prefeitura Municipal das áreas de Semiologia e Estomatopatologia.

3.3 Participantes da pesquisa

Foram estudados, desde março de 2011 até outubro de 2012, 49 pacientes (36 homens e 13 mulheres) no momento inicial da pesquisa e 29 (24 homens e cinco mulheres) participaram da segunda fase, conforme critérios discutidos a seguir.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Pacientes que, após exame clínico, tiveram suspeita de câncer na região da cabeça e pescoço eram encaminhados à pesquisadora e convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

1. Possuir suspeita de lesão maligna, indicadora de câncer na região da cabeça e pescoço, e consentir em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice 1).

Critérios de exclusão:

2. Apresentar comprometimento cognitivo ou manifestações emocionais que poderiam impedir os pacientes selecionados de compreender e/ou responder ao protocolo de pesquisa.
3. Para o Momento 2, foi critério de exclusão: ter diagnóstico de lesão benigna na região da cabeça e pescoço.

3.5 Procedimento

O delineamento desta pesquisa foi realizado em dois momentos:

Momento 1 (M1):

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram encaminhados, no mesmo dia e após sua consulta com os dentistas, para serem avaliados em entrevista com a pesquisadora. Eram informados sobre os objetivos da pesquisa e, se aceitassem participar, respondiam a: (1) um formulário sobre informações sociodemográficas (Apêndice 2) e a (2) um roteiro de perguntas, apresentado em situação de entrevista estruturada, sobre estilo de vida, apoio social, saúde física e mental, percepções e expectativas com relação ao diagnóstico e ao atendimento (Apêndice 3). A seguir, aplicaram-se os seguintes instrumentos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE (Anexo 1) para avaliação de sintomas de ansiedade, o Inventário de Depressão de Beck – BDI (Anexo 2) que avaliou os níveis de intensidade de sintomas depressivos e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT (Anexo 3) para avaliar o comportamento de dependência e uso de risco de álcool .

Após essa avaliação, os pacientes receberam orientação para retornar ao atendimento odontológico para serem submetidos a procedimento cirúrgico (biópsia) que implicava em coleta do material da lesão para posterior análise laboratorial.

Momento 2 (M2):

Após o laudo diagnóstico ter sido encaminhado pelo laboratório especializado para o Orocentro e a ACDC, os pacientes compareciam aos serviços para receberem a notícia do diagnóstico e ser efetuada a remoção da sutura. Nesta ocasião, os pacientes que receberam o diagnóstico de câncer foram novamente avaliados. Nesta segunda entrevista, investigaram-se questões relativas à:

compreensão das informações fornecidas pelo dentista sobre o diagnóstico e tratamento, à avaliação do paciente sobre a forma de comunicação do diagnóstico e sobre sua satisfação com o atendimento recebido. Perguntava-se, ainda, sobre suas expectativas com relação ao tratamento médico e acompanhamento odontológico (Apêndice 4). Nesta mesma ocasião, eram reaplicados o IDATE-estado e o BDI.

3.6 Instrumentos

- Formulário sociodemográfico

Especialmente elaborado para esta pesquisa, utilizou-se um formulário para obter informações sobre idade, sexo, procedência, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação, situação na ocupação, arranjo familiar, apoio social e religião.

*- Roteiro da entrevista **no M1***

Este roteiro foi composto por perguntas abertas e fechadas que investigavam aspectos do estilo de vida, auto-avaliação da saúde e aspectos de sua saúde física e mental, e ainda expectativas com relação ao atendimento e ao diagnóstico.

*- Roteiro da entrevista **no M2***

Foi utilizado um roteiro de perguntas para obter informações sobre a compreensão do paciente acerca das informações e orientações fornecidas pelo profissional, sentimentos diante das informações recebidas, expectativas com relação à consulta médica e acompanhamento odontológico, e sobre satisfação com o atendimento recebido.

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Biaggio & Natalicio, 1979)

Este inventário tem como objetivo avaliar os níveis de ansiedade traço e estado. O instrumento possui uma escala de traço de ansiedade com 20 itens que requerem que os sujeitos descrevam como *geralmente se sentem*, e outra escala de estado de ansiedade, também com 20 afirmações, na qual os sujeitos são instruídos a indicar *como se sentem naquele determinado momento*. Enquanto o estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade num dado momento, o traço de ansiedade refere-se a aspecto mais estável, relacionado à possibilidade do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida. Cada afirmação deve ser avaliada por uma escala Likert de quatro pontos (1 a 4), o escore total pode variar de 20 a 80 e os valores mais elevados indicam maior nível de ansiedade. Este instrumento foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), na Universidade de Vanderbilt, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). O coeficiente alfa para Ansiedade-Estado e Traço varia, de forma semelhante, de 65% a 92%. Utilizou-se a pontuação obtida como variável contínua e categórica. Como variável categórica estabeleceu-se 39/40 como ponto de corte para identificar caso e não caso, segundo proposta de Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970).

- *Inventário de Depressão de Beck – BDI* (Beck et al, 1961)

Instrumento utilizado para medida da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos e na população geral com idades de 17 a 80 anos. Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979/1982 (Cunha, 2001). É um inventário baseado em auto-relato, constituído de 21 itens para os quais são oferecidas quatro alternativas relativas a graus crescentes de gravidade de depressão, e que variam de zero a

três. Os itens referem-se aos seguintes sintomas e atitudes: tristeza; pessimismo; sentimento de fracasso; insatisfação; culpa; punição; auto-aversão; auto-acusações; idéias suicidas; choro; irritabilidade; retraimento social; indecisão; mudança na auto-imagem; dificuldade de trabalhar; insônia; fadiga; perda de apetite; perda de peso; preocupações somáticas; perda da libido. A pontuação total resulta da soma dos escores individuais, permitindo a classificação de níveis de intensidade da depressão. A classificação da intensidade dos sintomas depressivos, de acordo com os escores da BDI - versão em português (Cunha, 2001) é: Mínimo – 0 a 11; Leve – 12 a 19; Moderado – 20 a 35; Grave – 36 a 63. Outra classificação existente para o BDI é a encontrada em Gorestein e Andrade (2000) para amostras não diagnosticadas e proposta por Kendall (1987), sendo os resultados acima de 15 pontos classificados como disforia e os acima de 20 pontos como depressão. O resultado das pontuações obtidas foi dicotomizado, considerando-se que as pontuações acima de 15 pontos como indicativas de “presença de sintomas depressivos”

- Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (Barbor et al, 1992)

Este instrumento possui o objetivo de obter informações mais fidedignas e padronizadas sobre o consumo de risco de álcool. Optou-se pelo uso de um instrumento padronizado para investigar o uso de álcool, tendo em vista ser um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. Esse instrumento foi desenvolvido por solicitação da Organização Mundial de Saúde (Barbor et al, 1992), foi padronizado e validado por Lima et al. (2005) para a população brasileira, na qual apresentou sensibilidade de 100% e especificidade de 76%. Possui 10 questões, que investigam, no último ano, o uso de álcool em relação à quantidade e frequência, a dependência e as consequências do consumo de

álcool, com pontuação máxima de 40 pontos. Em 2003, Barbor *et al.* propuseram, para uso nos serviços de atenção primária à saúde, a classificação de até sete pontos como consumo de baixo risco ou abstinência; consumo de risco a partir de oito e até 15 pontos; uso nocivo ou consumo de alto risco entre 16 e 19; e provável dependência 20 pontos ou mais. Mendonza-Sassi *et al* (2003) colocam que os pontos de corte podem variar de acordo com o contexto e da proposta do estudo, adotando o critério de considerar caso de uso de risco a pontuação a partir de 8 pontos, o que foi utilizado na presente pesquisa.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da FOP/UNICAMP, obtendo número do protocolo: 014/2010 (Anexo 4). Anteriormente ao início da coleta de dados, todos os pacientes receberam o TCLE e foram-lhes assegurados os direitos de sigilo de dados pessoais e a garantia de continuidade do tratamento caso houvesse a desistência de participar da pesquisa. Todos os itens do TCLE foram explicados e discutidos com os participantes.

Nos casos em que, durante a entrevista, foram identificadas dúvidas dos pacientes com relação às informações disponibilizadas pelos dentistas sobre o diagnóstico, a pesquisadora solicitou ao dentista que retomasse a consulta com o paciente e, novamente, explicasse os pontos de dúvidas e orientações, conforme descrito no TCLE.

3.8 Procedimento de Análise dos Dados

Todos os instrumentos foram lidos em voz alta para os pacientes pelo fato de a maioria da amostra estudada possuir algum grau de deficiência visual o que poderia impossibilitar a leitura e/ou a compreensão dos instrumentos.

Os dados obtidos foram digitados em planilha EXCEL e transferidos para o programa STATA.11, onde foi feita a análise estatística. Primeiramente, procedeu-se à análise descritiva, apresentando-se os resultados em frequências absolutas, percentuais, médias e respectivos desvios-padrões, quando adequado. Posteriormente, foram comparadas as variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e psicossociais, segundo sexo, analisando-se as diferenças por meio dos testes de qui-quadrado ou *Fisher*, quando adequado, e adotando-se o nível de significância estatística padrão de $p < 0.05$ para rejeição da hipótese nula em todas as análises realizadas. Também foi feita a análise bivariada comparando-se os pacientes que tiveram, ou não, confirmado o diagnóstico de câncer, em relação às mesmas variáveis citadas.

Para se estudar a associação entre os escores de ansiedade e depressão obtidos no M1 e M2, utilizou-se o Teste não paramétrico de Wilcoxon. Possíveis diferenças entre as frequências de sintomas de ansiedade e depressão do M1 para o M2 foram estudadas pelo Intervalo de Confiança de Goodman para contrastes entre proporções trinomiais (Goodman, 1965).

As entrevistas I e II abordaram sete e seis temas, delimitados pelas perguntas do roteiro previamente estabelecido, respectivamente, com o objetivo de se investigar as percepções e expectativas dos pacientes em ambos os momentos com

relação ao diagnóstico e ao tratamento. As respostas às questões dos roteiros dos M1 e M2 foram transcritas na íntegra, lidas exaustivamente, procurando-se identificar semelhanças entre os aspectos abordados que permitissem agrupá-las em categorias temáticas. Posteriormente, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das categorias presentes nas respostas de cada participante da pesquisa. No Quadro 1 e 2, apresentam-se os temas, as categorias e suas definições, obtidos em ambos os momentos.

Quadro 1. Temas, categorias e definições das categorias - M1

M1	
CATEGORIA	DEFINIÇÃO
1. Conceito de saúde	
Ausência de problemas	Relatos do paciente que indicam que ter saúde significa não ter problemas de saúde, não ter de tomar remédios, não fumar ou beber, dormir e se alimentar bem, não precisar ir ao médico.
Ter disposição	Relatos que indicam saúde como condição para o trabalho, para enfrentar problemas, relacionar-se, realizar com satisfação as atividades diárias.
2. Percepção de mudanças necessárias para melhorar a saúde	
Mudanças em comportamentos de saúde	Relatos que indicam percepção da necessidade de alterações em estilo de vida associados à prevenção ou manutenção da condição de saúde, como hábitos (comer menos e melhor, dormir bem, não tomar remédios, parar de fumar e de beber, não fazer extravagâncias), melhorar o meu problema na boca.
Mudanças pessoais e sociais	Relatos que indicam desejo de mudanças na vida social, pessoal, não diretamente relacionadas só à saúde como ter disposição, poder trabalhar menos e descansar mais, ter prazer nas coisas, ter apoio das pessoas, melhor qualidade de vida, conseguir um emprego.
Não soube referir	Relatos que afirmam desconhecer ou não haver o que mudar na vida para melhorar sua saúde.
3. Sentimentos na situação pré-biópsia	
Sentimentos indicativos de bem estar	Percepção de bem estar, relatos de ausência de problemas, em geral.
3.2 Sentimentos indicativos de sofrimento	Percepção de alterações corporais, dor, mal-estar, nervosismo, preocupação que remetem à possível gravidade da doença. Relatos de desconforto por estar fazendo exames. Relatos de que o problema atrapalha nas atividades diárias (alimentação, sono).
4. Motivo do encaminhamento	

Identificou o problema e buscou ajuda	Relatos de percepção de alterações corporais e de sintomas, como dor, incômodo, aumento da sensibilidade, fazendo-os buscar atendimento médico/odontológico, com participação ou não de familiares tanto na identificação da lesão quanto para a busca do serviço. Há relatos que indicam que o paciente foi atendido por vários profissionais antes do Centro de Diagnóstico.
Não identificou o problema (sinais e sintomas de possível lesão), mas aceitou o encaminhamento	Relatos que indicam que o paciente não percebeu sua lesão, não possui queixas, sintomas e compareceu ao Centro de diagnóstico por encaminhamento de outros profissionais. Alguns buscam o motivo de terem sido encaminhados a outros problemas, como problemas dentários. Há relatos que indicam que o paciente foi atendido por vários profissionais antes do Centro de Diagnóstico.
5. Compreensão das informações sobre exame diagnóstico	
Compreendeu	Relatos que indicam conhecimento do paciente sobre a necessidade de uma cirurgia para retirar tecido (biópsia), analisar e conhecer o diagnóstico de uma dada "lesão".
Compreendeu	Ausência de relato sobre o que será realizado a seguir pelo profissional da saúde, como biópsia, e sobre o motivo da necessidade desse exame.
6. Expectativas em relação ao diagnóstico	
Negativa	Relatos que indicam percepção de que sua lesão pode ser grave, um câncer. Foram incluídos nesta categoria relatos que indicam preocupação e medo do diagnóstico, buscando ou não explicações e possíveis causas.
Positiva	Relatos que indicam pouca percepção sobre o problema, afirmando não saber o que pode estar acontecendo; ou, ainda, relatos que descrevem sinais e sintomas e identificam alterações, mas não indicam hipóteses; podem também parecer evitar dar um nome ao que percebem em si mesmos.
7. Expectativas com o atendimento	
Positivas	Desejo de que o profissional utilize de todos recursos possíveis, seja capacitado e competente para alcançar a cura ou melhora do problema de saúde. Há também desejo de que o profissional transmita as informações sem distorções, com sinceridade e, então, confiáveis.
Não soube informar	Respostas como não sei o que esperar.

Quadro 2. Temas, categorias e definição das categorias – M2

CATEGORIA	DEFINIÇÃO
1. Compreensão das informações sobre diagnóstico	
1.1 Compreendeu a comunicação do diagnóstico	Relatos que identificam compreensão do diagnóstico como sendo um câncer, utilizando ou não de minimizações ou sinônimos. Identificam que é um problema que requer tratamento, buscando ou não entender a sua causa/etiologia.
1.2 Não compreendeu a comunicação do diagnóstico	Relatos associados a esta questão indicam não compreensão das informações fornecidas por não apresentarem, em seus relatos, o diagnóstico obtido e para onde foram encaminhados.
2. Sentimentos diante do diagnóstico recebido	
2.1 Sentimentos de bem estar	Relatos de sentimentos positivos no paciente, de bem estar.
2.2 Sentimentos indicativos de sofrimento	Relatos de preocupação, nervosismo, tristeza, irritação, ansiedade após a notícia.
2.3 Relato inespecífico	Relatos que apontam neutralidade, inespecificidade, sendo difícil a identificação de sentimentos positivos ou negativos.
3. Enfrentamento do problema	
3.1 Foco no tratamento	Relatos sobre a intenção de realizar o tratamento e dedicar-se só a isto.
3.2 Tratar-se e "continuar a vida normalmente"	Relatos que indicam necessidade de fazer tratamento e, ao mesmo tempo, continuar suas atividades de rotina.
4. Expectativas em relação aos dentistas	
4.1 Em relação ao tratamento do problema	Relatos sobre desejo e continuar recebendo um bom tratamento dos profissionais e acompanhamento do problema visando a cura.
4.2 Em relação à comunicação	Relatos sobre o desejo de continuar recebendo ou receber orientações e informações claras, verdadeiras sobre o problema.
4.3 Resposta não sei/não respondeu	Relatos que referem não saber responder à pergunta ou não desejar continuar a entrevista.
5. Expectativas com médicos	
5.1 Relacionadas ao tratamento do problema	Relatos que referem expectativa de ser atendido por um médico capacitado para oferecer um bom tratamento, que promova a cura ou melhora do problema.
5.2 Relacionadas ao comportamento do profissional	Relatos que indicam necessidade de receber apoio, ter diálogo com o médico e que este seja de confiança.
5.3 Resposta não sei/não respondeu	Relatos que referem dúvida com relação às expectativas com o médico. Também são inseridos sujeitos que não responderam à questão.
6. Satisfação	
6.1 Positiva	Relatos que indicam satisfação com o atendimento recebido pelos dentistas e com as informações oferecidas, independente de terem ou não dúvidas sobre o diagnóstico.
6.2 Negativa	Relatos que indicam insatisfação com o atendimento e desejo de mudanças na forma como os dentistas conversam com eles e os tratam.

Após esse procedimento, realizou-se a análise bivariada para o estudo das associações de todas as categorias relativas a cada tema (no M1: conceito de saúde, percepção de mudanças necessárias, motivo do encaminhamento, sentimentos pré-biópsia, compreensão das informações sobre os exames diagnósticos e expectativas em relação ao possível diagnóstico e ao atendimento odontológico; e no M2: percepção e compreensão das informações sobre diagnóstico, sentimento diante da notícia, enfrentamento, expectativas em relação ao seguimento pelos dentistas e ao atendimento médico e, ainda, satisfação com o atendimento recebido) e as variáveis sociodemográficas, estilo de vida, e psicossociais.

4. RESULTADOS

São apresentados, primeiramente, os resultados dos 49 pacientes avaliados no M1. Destes, 20 não participaram do M2, pois receberam diagnóstico de lesão benigna.

Como pode ser visto na Tabela 1, constatou-se que predominaram homens e a amostra do M1 apresentou média da idade de 59 anos ($DP_{\pm} 13,7$), com destaque para a faixa etária entre 20 e 59 anos (53,1%), sendo a média de anos de estudo de quatro anos e meio ($DP_{\pm} 2,9$). Relataram estarem empregados 40,8%, desempregados 16,3%, aposentados 38,8% e duas mulheres afirmaram serem

donas de casa. A média da renda *per capita* foi de R\$670,77 (DP±451,03)³. Notou-se que 53,1% recebiam menos de um salário mínimo *per capita* e 32,7% recebiam entre um e dois salários mínimos. A maioria (61,2%) relatou possuir companheiro (a), morava com cônjuge e/ou filhos ou outros parentes (87,9%) e não procedia das cidades de Piracicaba e Campinas (53,1%). Não se observaram diferenças significativas entre os sexos e as variáveis estudadas.

³ Valor referência para salário mínimo Paulista: R\$755,00 a R\$775,00, Lei nº 14.945/2013, Governo do Estado de São Paulo, com efeitos a partir de 1º de fevereiro de 2013.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas segundo sexo dos pacientes no M1

Variável	Homens (n=36)		Mulheres (n=13)		Total (n=49)		P
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária							
20 a 59 anos	19	52,8	7	53,8	26	53,1	1,0
≥ 60 anos	17	47,2	6	46,2	23	46,9	
Média 59,1 (DP ± 13,68; 26-92)							
Escolaridade							
0 – 3 (Baixa)	9	25,0	5	38,5	14	28,6	0,63
4 – 7 (Média)	19	52,8	6	46,2	25	51,0	
≥ 8 (Alta)	8	22,2	2	15,4	10	20,4	
Média 4,5 (DP ± 2,9; 0-12)							
Posição na Ocupação							
empregado	16	44,4	4	30,8	20	40,8	0,07
desempregado	7	19,4	1	7,7	8	16,3	
aposentado	13	36,1	6	46,2	19	38,8	
do lar	-	-	2	15,4	2	4,1	
Renda Per Capita							
< 1SM	19	52,8	7	53,9	26	53,0	0,08
1 – 2 SM	14	38,9	2	15,4	16	32,7	
>2SM	3	8,3	4	30,8	7	14,3	
Média R\$ 670,77 (DP ±451,03; 86-2500)							
Presença de Companheiro							
Sim	23	63,9	7	53,9	30	61,2	0,53
Não	13	36,1	6	46,2	19	38,8	
Arranjo familiar							
Mora só	3	8,3	3	23,1	6	12,2	0,39
Com cônjuge, filhos e/ou outro	33	91,7	10	76,9	43	87,8	
Procedência							
Piracicaba	16	44,4	2	15,4	18	36,7	0,17
Campinas	3	8,3	2	15,4	5	10,2	
Outra cidade	17	47,2	9	69,2	26	53,1	

Na Tabela 2, observou-se que 83,7% dos pacientes consideravam ter alguém com quem compartilhar seus problemas e 81,6% encontravam-se satisfeitos com o apoio recebido. Além disso, 93,9% referiram ter religião, sendo que 73,5% seguiam a religião católica.

Tabela 2 – Distribuição de características do estilo de vida, aspectos da saúde e auto avaliação da saúde segundo sexo dos pacientes no M1

Variável	Homens (n=36)		Mulheres (n=13)		Total (n=49)		P
	N	%	N	%	N	%	
Sentimento de apoio social							
Sim	29	80,6	12	92,3	41	83,7	0,66
Não	7	19,4	1	7,7	8	16,3	
Satisfação com apoio							
Sim	28	77,8	12	92,3	40	81,6	0,81
Não	2	5,6	-	-	2	4,1	
Não possui	6	16,6	1	7,7	7	14,3	
Religião							
Sim	35	97,2	11	84,6	46	93,9	0,16
Não	1	2,8	2	15,4	3	6,1	
Tipo de religião							
Católica	28	77,8	8	61,5	36	73,5	0,40
Evangélica	5	13,9	2	15,4	7	14,3	
Outra	2	5,6	1	7,7	3	6,1	
Não possui	1	2,8	2	15,4	3	6,1	
Tabagismo							
Sim	18	50,0	4	30,8	22	44,9	0,33
Não	18	50,0	9	69,2	27	55,1	
Tabagismo Progresso							
Sim	14	38,9	3	23,1	17	34,7	0,49
Não	22	61,1	10	76,9	32	65,3	
Uso de álcool							
Sim	18	50,0	4	30,8	22	44,9	0,33
Não	18	50,0	9	69,2	27	55,1	
Uso de álcool Progresso							
Sim	14	38,9	3	23,1	17	34,7	0,49
Não	22	61,1	10	76,9	32	65,3	
Problema de saúde							
Sim	12	33,3	10	76,9	22	45,0	<0,01
Não	24	66,7	3	23,1	27	55,0	
Tratamento							
Sim	16	44,4	10	76,9	26	53,1	<0,05
Não	20	55,6	3	23,1	23	46,9	
Tempo de observação da lesão (dias)							
<30	13	36,1	2	15,4	15	30,6	0,35
30 a 120	11	36,6	6	46,1	17	34,7	

> 120	12	33,3	5	38,5	17	34,7	
Média 194,35 (DP ± 350,1; 4-2190)							
Localização da lesão							
Intraoral	29	80,6	12	92,3	41	83,7	0,66
Extraoral	7	19,4	1	7,7	8	16,3	
Auto avaliação de saúde							
Ruim	-	-	2	17,4	2	4,0	0,15
Regular	11	30,6	2	15,4	13	26,5	
Boa	25	69,5	9	69,2	34	69,5	
Encaminhado por							
Médico	19	52,8	5	38,5	24	48,9	0,20
Dentista	17	47,2	8	61,5	25	51,1	
Serviço que encaminhou							
Privado	8	22,2	4	30,8	12	24,6	0,30
Público	26	72,2	7	53,9	33	67,3	
Sem encaminhamento	2	5,56	2	15,4	4	8,16	

Com relação aos comportamentos de risco à saúde, vê-se na Tabela 2 que, embora a maioria (55,1%) afirmasse não ser tabagista, 50,0% dos homens e 30,8% das mulheres afirmaram ter o hábito de fumar, totalizando uma prevalência de 44,9%. Dos homens que referiram não fumar, 38,9% afirmaram terem sido tabagistas no passado, o mesmo ocorrendo com 23,1% das mulheres. Com relação à ingestão de bebidas alcoólicas, embora a maioria (55,1%) tenha relatado não possuir o hábito de beber, 50,0% dos homens e 30,8% das mulheres responderam positivamente. Entre os que referiram não consumir bebidas alcoólicas, 38,9% dos homens e 23,1% das mulheres haviam bebido no passado.

Do total, 33,3% dos homens e 76,9% das mulheres relataram algum problema de saúde, e 44,4% dos homens e 76,9% das mulheres afirmaram tomar medicamentos ou estar em tratamento médico. No entanto, questionados sobre a avaliação que faziam sobre sua saúde, 69,5% dos participantes consideraram sua saúde boa. Observou-se diferença significativa entre referir problema de saúde ($p < 0.01$) e estar em tratamento ($p < 0.05$) entre as mulheres.

Avaliando-se o tempo para a busca por cuidado para o problema bucal específico, após a detecção da lesão pelo paciente ou profissional, constatou-se que esta busca ocorreu, em média, em 194,4 dias (DP± 350,0), ou seja, aproximadamente, seis meses. A maioria das lesões era intraoral (83,7%), próximas do palato duro e mole (“céu da boca”), borda lateral de língua, mucosa jugal (“bochecha”) ou assoalho (“embaixo da língua”) e 16,3% no lábio.

Os dentistas foram os profissionais que mais encaminharam (51,1%) os pacientes para avaliação das lesões intra e extraorais com suspeita de malignidade aos Centros de diagnóstico⁴, seguido dos médicos (48,9%). Além disso, os dados apontaram que os pacientes foram encaminhados, em sua maioria (67,3%), por serviços públicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas e Hospitais), seguidos de serviços privados (24,6%), como convênios e clínicas médicas ou odontológicas. Cinco pessoas (8,2%) compareceram aos Centros por demanda espontânea.

⁴ Este dado pode ser explicado pelo fato de os Centros serem considerados serviços de referência na região, realizando campanhas de prevenção de câncer oral, anuais, e treinamento dos profissionais nas Instituições de Saúde.

Tabela 3 - Prevalência de ansiedade-traço e estado; de sintomas depressivos e uso de risco de álcool, no momento, por sexo (homens =36 e mulheres =13) - M1

		CASO		NÃO CASO		p
		N	%	N	%	
IDATE ESTADO I	Homens	12	33,3	24	66,7	0,10
	Mulheres	8	61,5	5	38,5	
	Total	20	40,8	29	59,2	
Média 39,6 (±9,1)						
IDATE TRAÇO	Homens	16	43,2	21	56,8	0,74
	Mulheres	7	53,8	6	46,2	
	Total	23	46,0	27	54,0	
Média 40,4 (±10,35)						
BDI I	Homens	12	33,3	24	66,7	0,50
	Mulheres	6	46,2	7	53,8	
	Total	18	36,7	31	63,3	
Média 27,35 (±18,28)						
AUDIT	Homens	13	35,1	24	64,9	0,50
	Mulheres	3	23,1	10	76,9	
	Total	16	32,0	34	68,0	
Média 5,54 (±8,0)						

Os resultados da Tabela 3 mostraram que, em relação à ansiedade-estado avaliada no M1, (pré-biópsia), a prevalência de casos de sintomas ansiosos foi de 40,8%, sendo maior entre as mulheres (61,5%), comparativamente aos homens (33,3%), ainda que essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. O mesmo ocorreu com relação à ansiedade traço, prevalência de 53,8% entre as mulheres e 43,2% entre os homens, numa prevalência total de 46,0%. Com relação aos sintomas depressivos, mais mulheres (46,2%) que homens (33,3%) foram considerados “casos”, com prevalência total de 36,7%.

Com relação ao uso de risco de álcool, mensurado pelo AUDIT, observou-se que a pontuação média foi de 5,54 (DP± 8,0). Do total de homens, 35,1% foram considerados “bebedores” de risco, assim como 23,1% das mulheres. A prevalência total de “casos” identificada foi de 32,0%. Não foram encontradas diferenças

significativas entre essas variáveis e o sexo, conforme observado na Tabela 3.

As respostas, segundo as categorias estabelecidas para cada tema investigado no M1, estão apresentadas a seguir.

Momento 1

Na Tabela 4, apresentam-se as frequências absolutas e relativas de cada categoria.

Tabela 4. Distribuição de frequência das categorias segundo os temas - M1 (n=49)

TEMA	M1 CATEGORIA	N	%
1. Conceito de saúde			
	Ausência de problemas	19	38,8
	Ter disposição	30	61,2
2. Percepção de mudanças necessárias para melhorar a saúde			
	Mudanças em comportamentos de saúde	23	46,9
	Mudanças pessoais e sociais	20	40,8
	Não soube referir	6	12,2
3. Sentimentos na situação pré-biópsia			
	Sentimentos indicativos de bem estar	14	28,6
	Sentimentos indicativos de sofrimento	35	71,4
4. Motivo do encaminhamento			
	Identifica o problema e buscou ajuda	43	87,8
	Não identificou o problema (sinais e sintomas de possível lesão), mas aceitou o encaminhamento	6	12,2
5. Compreensão das informações sobre exame diagnóstico			
	Compreendeu	31	63,3
	Não compreendeu	18	36,7
6. Expectativas em relação ao diagnóstico			
	Negativa	30	61,2
	Positiva	19	38,8
7. Expectativas com o atendimento			
	Positivas	46	93,9
	Não soube informar	3	6,1

Em relação ao conceito de saúde, a Tabela 4 mostrou mostra que predominaram respostas que indicavam que ter saúde é *Ter Disposição* (61,2%) para realizar atividades diárias, relacionar-se bem com as pessoas, enfrentar problemas, ou respostas que indicavam que ter saúde significa *Não ter Problemas* (38,8%). Sobre a percepção de mudanças necessárias para melhorar a saúde, a maioria apontou *Mudanças em Comportamentos de Saúde* (46,9%), como parar de fumar ou beber, dormir e se alimentar melhor; as outras respostas foram inseridas na categoria como fazer *Mudanças Pessoais e Sociais* (40,8%), indicando a necessidade de mudanças em vários aspectos da vida social e pessoal. Sobre os sentimentos presentes durante a realização da biópsia, a maioria relatou *Sentimentos indicativos de Sofrimento* (71,4%), categoria que englobou respostas sobre percepção de dor, incômodo, preocupação com o diagnóstico e com a interferência do problema nas atividades diárias e 28,6% compuseram a categoria *Sentimentos indicativos de Bem Estar* para as respostas em que os indivíduos referiam que estavam sentindo-se bem.

Questionados sobre o motivo da consulta odontológica nos Centros, as respostas dos sujeitos foram categorizadas em *Identificaram o Problema e Buscaram Ajuda* (63%), isto é, perceberam um problema, cujo aspecto se alterava e causava incômodo, e buscaram atendimento médico ou odontológico; menor número de pessoas apresentou relatos que indicavam *Não Identificação do Problema* (12,2%). Com relação à compreensão das informações oferecidas pelos dentistas sobre a biópsia que seria realizada, a maioria (63,3%) afirmou ter *Compreendido as Informações*; e menos frequentes foram os relatos que indicavam dúvidas sobre as informações recebidas (36,7%).

Sobre suas expectativas em relação ao diagnóstico, a maioria apresentou

Expectativa Negativa, designada pela possibilidade de ter câncer (61%); relatos categorizados como *Expectativa Positiva* (38,8%), referindo-se à não identificação de sintomas, afirmações sobre não saber o que podia estar acontecendo, ou evitar nomear câncer. Com relação à categoria *Expectativas Positivas* em relação aos dentistas, a maioria (93, 9%) afirmou que gostaria de continuar a ser acompanhado por esses profissionais, receber apoio e ajuda para a resolução do problema.

A seguir, apresentam-se as tabelas relativas ao estudo das associações das categorias, obtidas no M1, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Tabela 5. Associação entre variáveis sociodemográficas, psicossociais e conceito de saúde - M1

		CONCEITO DE SAÚDE				
		Não ter problemas		Ter disposição para tudo		<i>p</i>
sexo	M	16	44,4	20	55,6	0,20
	F	3	23,1	10	76,9	
Idade	20-59	9	34,6	17	65,4	0,56
	> 60	10	43,5	13	56,5	
Escolaridade	Baixa	6	42,9	8	57,1	0,80
	Média	10	40,0	15	60,0	
	Alta	3	30,0	7	70,0	
Renda	< 1SM	10	38,5	16	61,5	0,78
	1-2 SM	7	43,8	9	56,3	
	> 2	2	28,6	5	71,4	
Possui companheiro	sim	9	30,0	21	70,0	0,14
	não	10	52,6	9	47,4	
Apoio social	sim	15	36,6	26	63,4	0,69
	não	4	50,0	4	50,0	
IDATE	Caso	7	35,0	13	65,0	0,76
	N caso	12	41,4	17	58,6	
BDI	Caso	5	27,8	13	72,2	0,36
	N caso	14	45,2	17	54,8	

Na Tabela 5, observou-se que a categoria *Ter disposição para tudo*, como conceito de saúde, foi mais frequente em relação a todas as variáveis, exceto para aqueles que referiram não possuir companheiro (53%), em que foi mais frequente o conceito de saúde como *Ausência de problemas*. Não foram observadas diferenças significativas entre as variáveis estudadas e as categorias.

Tabela 6. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e percepção de mudanças necessárias - M1

MUDANÇAS						
		Comportamento relacionado à saúde		Social e pessoal		P
sexo	M	16	51,6	15	48,4	0,75
	F	7	58,3	5	41,7	
Idade	20-59	10	45,5	12	54,6	0,36
	> 60	13	61,9	8	38,1	
Escolaridade	Baixa	7	58,3	5	41,7	0,10
	Média	14	36,6	8	36,4	
	Alta	2	22,2	7	77,8	
Renda	< 1SM	12	52,2	11	47,8	0,71
	1-2 SM	8	61,5	5	38,5	
	> 2	3	42,9	4	57,1	
Possui companheiro	sim	14	51,9	13	48,2	1,00
	não	9	56,3	7	43,8	
Apoio social	sim	21	55,3	17	44,7	0,65
	não	2	40,0	3	60,0	
IDATE	Caso	11	55,0	9	45,0	1,00
	N caso	12	52,2	11	47,8	
BDI	Caso	8	47,1	9	52,9	0,54
	N caso	1	57,7	11	42,3	

Na Tabela 6, com relação à percepção das mudanças necessárias na vida dos pacientes para terem mais saúde, não foram observadas diferenças significativas entre as categorias em relação às variáveis estudadas. A categoria *Comportamentos Relacionados à Saúde* não foi mais frequente entre as pessoas com idade inferior a 60 anos (45%), escolaridade alta (22%), as que recebiam mais de dois SM *per capita* (43%), referiram não contar com apoio social (40%), e para os considerados “casos” para sintomas depressivos (47%).

Tabela 7. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Motivos do Encaminhamento - M1

		MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO				
		Identifica problema		Não identifica		P
sexo	M	30	83,3	6	16,7	0,17
	F	13	100,0	-	-	
Idade	20-59	23	88,5	3	11,5	1,00
	> 60	20	87,0	3	13,0	
Escolaridade	Baixa	13	92,9	1	7,1	0,70
	Média	21	84,0	4	16,0	
	Alta	9	90,0	1	10,0	
Renda	< 1SM	24	92,3	2	7,7	0,56
	1-2 SM	13	81,3	3	18,8	
	> 2	6	85,7	1	14,3	
Possui companheiro	sim	24	80,0	6	20,0	0,06
	não	6	20,0	-	-	
Apoio social	sim	36	87,8	5	12,2	1,00
	não	7	87,5	1	12,5	
IDATE	Caso	18	90,0	2	10,0	1,00
	N caso	25	86,2	4	13,8	
BDI	Caso	16	88,9	2	11,1	1,00
	N caso	27	87,1	4	12,9	

Com relação ao tema Motivo do encaminhamento, na Tabela 7, observou-se que a categoria *Identifica o Problema* foi mais frequente, não havendo diferença significativa entre as categorias e aspectos sociodemográficos e psicossociais, chamando atenção que entre os que não tinham companheiro todos identificaram seu problema e, por isso, procuraram ajuda ($p=0.06$).

Tabela 8. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Sentimentos pré-biópsia - M1

SENTIMENTOS PRÉ-BIÓPSIA						
		Bem estar		Sofrimento		<i>p</i>
sexo	M	13	36,1	23	63,9	0,07
	F	1	7,7	12	92,3	
Idade	20-59	10	38,5	16	61,5	0,12
	> 60	4	17,4	19	82,6	
Escolaridade	Baixa	3	21,4	11	78,6	0,16
	Média	10	40,0	15	60,0	
	Alta	1	10,0	9	90,0	
Renda	< 1SM	11	42,3	15	57,7	0,07
	1-2 SM	2	12,5	14	87,5	
	> 2	1	14,3	6	85,7	
situação conjugal	sim	9	30,0	21	70,0	1,00
	não	5	26,3	14	73,7	
apoio social	sim	11	26,8	30	73,2	0,67
	não	3	37,5	5	62,5	
IDATE	Caso	7	35,0	13	65,0	0,52
	N caso	7	24,1	22	75,9	
BDI	Caso	4	22,2	14	77,8	0,52
	N caso	10	32,3	21	67,7	

Na Tabela 8, observou-se que, em relação ao tema Sentimentos Pré-Biópsia, a categoria *Sentimentos indicativos de sofrimento* foi mais frequente. Não foram observadas diferenças significativas, entretanto, notou-se uma tendência a que mais mulheres apresentassem sofrimento ($p=0.07$) e que fossem mais frequentes os sentimentos de bem estar entre os de menor renda ($p=0.07$).

Tabela 9. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Sentimentos pré-biópsia - M1

		COMPREENSÃO INFORMAÇÕES SOBRE EXAME				
		Compreendeu		Não compreendeu		<i>P</i>
sexo	M	25	69,4	11	30,6	0,33
	F	7	53,9	6	46,2	
Idade	20-59	16	61,5	10	38,5	0,76
	> 60	16	69,6	7	30,4	
Escolaridade	Baixa	9	64,3	5	35,7	0,90
	Média	17	68,0	8	32,0	
	Alta	6	60,0	4	40,0	
Renda	< 1SM	14	53,9	12	46,2	0,07
	1-2 SM	14	87,5	2	12,5	
	> 2	4	57,1	3	42,9	
situação conjugal	sim	21	70,0	9	30,0	0,53
	não	11	57,9	8	42,1	
apoio social	sim	27	65,9	14	34,2	1,00
	não	5	62,5	3	37,5	
IDATE	Caso	11	55,0	9	45,0	0,23
	N caso	21	72,4	8	27,6	
BDI	Caso	11	61,1	7	38,9	0,75
	N caso	21	67,7	10	32,3	

Na Tabela 9, observou-se que a categoria *Compreendeu* as informações oferecidas pelos dentistas sobre a biópsia foi mais frequente, não tendo sido observada diferença estatística nesta análise; entretanto, nota-se que entre os que apresentavam renda entre um e dois salários mínimos ocorreu menor frequência de não compreender as informações recebidas ($p=0.07$).

Tabela 10. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Expectativas sobre o diagnóstico - M1

		EXPECTATIVA COM DIAGNÓSTICO				
		Negativa		Positiva		<i>p</i>
sexo	M	22	61,1	14	38,9	1,00
	F	8	61,5	5	38,5	
Idade	20-59	12	46,2	14	53,9	<0,05
	> 60	18	78,3	5	21,7	
Escolaridade	Baixa	10	71,4	4	28,6	0,63
	Média	14	56,0	11	44,0	
	Alta	6	60,0	4	40,0	
Renda	< 1SM	14	53,9	12	46,2	0,38
	1-2 SM	12	75,0	4	25,0	
	> 2	4	57,1	3	42,9	
situação conjugal	sim	20	66,7	10	33,3	0,37
	não	10	52,6	9	47,4	
apoio social	sim	26	63,4	15	36,6	0,69
	não	4	50,0	4	50,0	
IDATE	Caso	13	65,0	7	35,0	0,76
	N caso	17	58,6	12	41,4	
BDI	Caso	15	83,3	3	16,7	<0,01
	N caso	15	48,4	16	51,6	

Na Tabela 10, com relação ao tema Expectativas com o Diagnóstico, a categoria *Expectativa Negativa* foi mais frequente, sendo a diferença significativa entre *Expectativas Negativas* apenas entre idosos ($p < 0.05$) e entre os casos de sintomas depressivos (16,7%; $p < 0.01$).

Tabela 11. Associação entre variáveis sociodemográficas e psicossociais e Expectativas com atendimento dos dentistas - M1

EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AO CD						
		Positiva		Inespecífica		<i>p</i>
sexo	M	34	94,4	2	5,6	1,00
	F	12	92,3	1	7,7	
Idade	20-59	24	92,3	2	7,7	1,00
	> 60	22	95,7	1	4,4	
Escolaridade	Baixa	14	100,0	-	-	0,51
	Média	23	92,0	2	8,0	
	Alta	9	90,0	1	10,0	
Renda	< 1SM	24	92,3	2	7,7	0,75
	1-2 SM	15	93,8	1	6,3	
	> 2	7	100,0	0	0,0	
situação conjugal	sim	27	90,0	3	10,0	0,27
	não	19	100,0	0	0,0	
apoio social	sim	38	92,7	3	7,3	1,00
	não	8	100,0	0	0,0	
IDATE	Caso	18	90,0	2	10,0	0,55
	N caso	28	96,6	1	3,5	
BDI	Caso	16	88,9	2	11,1	0,54
	N caso	30	96,8	1	3,2	

Com relação ao tema Expectativa com o atendimento dos dentistas, a Tabela 11 mostrou que predominaram *Expectativas Positivas*, ou seja, desejo dos pacientes de que os profissionais continuem disponibilizando tratamento adequado e apoio. Não foram observadas diferenças significativas nesta análise.

Momento 2

Após a comunicação do diagnóstico de câncer, os pacientes (n=29) foram investigados quanto a sua percepção sobre as informações fornecidas pelos dentistas sobre a doença, seus sentimentos naquele momento, como pretendiam lidar com o problema, sobre sua avaliação em relação ao atendimento recebido e sobre suas expectativas com os profissionais (dentista e médico). Nesta entrevista, identificaram-se seis temas e categorias em cada um deles. A Tabela 12 apresenta a distribuição das frequências absolutas e relativas de cada categoria.

Tabela 12. Distribuição de frequência e das categorias e temas - M2 (n=29)

TEMA	CATEGORIA	N	%
1. Compreensão das informações sobre diagnóstico			
	1.1 Compreendeu a comunicação do diagnóstico	20	69,0
	1.2 Não compreendeu a comunicação do diagnóstico	9	31,0
2. Sentimentos diante do diagnóstico recebido			
	2.1 Sentimentos de bem estar	5	17,2
	2.2 Sentimentos indicativos de sofrimento	17	58,6
	2.3 Resposta inespecífica	7	24,1
3. Enfrentamento			
	3.1 Foco no tratamento	8	27,6
	3.2 Tratar-se e "continuar a vida normalmente"	21	72,4
4. Expectativas em relação aos dentistas			
	4.1 Em relação ao tratamento do problema	21	72,4
	4.2 Em relação à comunicação	5	17,2
	4.3 Ausência de resposta	3	10,3
5. Expectativas com médicos			
	5.1 Relacionadas ao tratamento do problema	19	65,5
	5.2 Relacionadas ao comportamento do profissional	6	20,7
	5.3 Resposta não sei	4	13,8
6. Avaliação da satisfação com o atendimento e comunicação			
	6.1 Positiva	26	89,7
	6.2 Negativa	3	10,3

Na Tabela 12, identificou-se que, no tema Compreensão das informações sobre o diagnóstico, a categoria mais frequente foi *Compreendeu* a comunicação do diagnóstico (69,0%) havendo, no entanto, nove pessoas que referiram não terem compreendido as informações oferecidas, inserindo-se na categoria *Não compreendeu*.

Com relação aos sentimentos diante do diagnóstico, a maioria (58,6%) apresentou *Sentimentos Indicativos de Sofrimento*, preocupação, tristeza diante do diagnóstico, medo e ansiedade; outro grupo apresentou *relatos inespecíficos* (24,1) e *Sentimentos Indicativos de Bem Estar* (17,2%). Questionados sobre como enfrentarão o problema, a maioria (72,4%) indicou respostas categorizadas como *Tratar-se e Continuar a Vida Normalmente*, respostas que podem ser compreendidas como enfrentamento com foco no problema (tratamento) e outros que relatavam que iriam tratar-se, mas que o tratamento não seria sua preocupação exclusiva, pretendendo tentar continuar sua vida “normalmente”. Apenas 27,6% foram classificados na categoria *Foco no Tratamento*.

Com relação às expectativas com os dentistas, a categoria mais frequente “espero que continuem me tratando e me ajudem a atingir a cura da doença” (72,4%). Observaram-se, também, relatos que indicaram desejo de receber as informações de forma “clara e honesta” dos profissionais (17,2%). Com relação às expectativas com os médicos para quem foram encaminhados, 65,5% dos sujeitos se inseriram na categoria *Tratamento do Problema*, indicando desejo de que os profissionais os *ajudem a tratar a lesão*. Assim, também, observou-se que 20,7% relataram desejo de ser atendido por um médico disposto ao diálogo, que oferecesse apoio e atenção. Por fim, com relação ao tema satisfação com o

atendimento recebido pelos dentistas, a categoria mais frequente foi a *Positiva* (90%), ou seja, a maioria relatou satisfação com a forma como a notícia foi comunicada e com o atendimento dos dentistas, em geral.

A seguir, apresentam-se as tabelas relativas ao estudo das associações das categorias, obtidas no M2, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Tabela 13. Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais com compreensão das informações - M2.

		COMPREENSÃO DO DIAGNÓSTICO				
		Sim		Não		p
sexo	M	17	70,8	7	29,2	0,63
	F	3	60,0	2	40,0	
Idade	20-59	11	64,7	6	35,3	0,55
	> 60	9	75,0	3	25,0	
Escolaridade	Baixa	7	70,0	3	30,0	0,89
	Média	10	71,0	4	29,0	
	Alta	3	60,0	2	40,0	
Renda	< 1SM	9	60,0	6	40,0	0,11
	1-2 SM	11	84,6	2	15,4	
	> 2	0	0,0	1	100,0	
Possui companheiro	sim	14	82,4	3	17,7	0,10
	não	6	50,0	6	50,0	
Apoio social	sim	17	70,8	7	29,2	0,63
	não	3	60,0	2	40,0	
IDATE	Caso	11	73,3	4	26,7	0,70
	N caso	9	64,3	5	35,7	
BDI	Caso	5	71,4	2	28,6	1,00
	N caso	15	68,2	7	31,8	

Na Tabela 13, com relação ao tema da Compreensão das informações sobre o diagnóstico, observou-se que a categoria indicativa de *compreensão* pelos pacientes foi a mais frequente, não se observando diferenças significativas entre as categorias e as variáveis estudadas.

Tabela 14. Associação entre as variáveis sociodemográficas e avaliação do atendimento (satisfação) - M2.

		SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO				
		Positiva		Negativa		<i>p</i>
sexo	M	22	91,7	2	8,3	0,44
	F	4	80,0	1	20,0	
Idade	20-59	16	94,1	1	5,9	0,55
	> 60	10	83,3	2	16,7	
Escolaridade	Baixa	9	90,0	1	10,0	0,60
	Média	12	85,7	2	14,3	
	Alta	5	100,0	-	-	
Renda	< 1SM	14	93,3	1	6,7	<0,01
	1-2 SM	12	92,3	1	7,7	
	> 2	-	-	1	100,0	
Possui companheiro	sim	16	94,1	1	5,9	0,55
	não	10	83,3	2	16,7	
Apoio social	sim	21	87,5	3	12,5	1,00
	não	5	100,0	-	-	
IDATE	Caso	13	86,7	2	13,3	1,00
	N caso	13	92,9	1	7,1	
BDI	Caso	7	100,0	-	-	0,56
	N caso	19	86,4	3	13,6	

Na Tabela 14, observou-se que, em Satisfação com o atendimento recebido, a categoria mais frequente foi a *Positiva*, ou seja, independente de sua condição sociodemográfica e psicossocial, os pacientes relataram satisfação com a forma como foram tratados e receberam as informações dos dentistas. Notou-se que o único paciente com renda igual ou superior a três salários mínimos declarou-se insatisfeito ($p=0.01$).

Tabela 15. Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais com Sentimentos diante do diagnóstico - M2.

		SENTIMENTO DIANTE DO DIAGNÓSTICO						
		Bem estar		Sofrimento		Respostas inespecíficas		<i>p</i>
sexo	M	3	12,5	14	58,3	7	29,2	0,19
	F	2	40,0	6	60,0	-	-	
Idade	20-59	2	11,8	10	58,8	5	29,4	0,52
	> 60	3	25,0	7	58,3	2	16,7	
Escolaridade	Baixa	3	30,0	6	60,0	1	10	0,48
	Média	1	7,1	8	57,1	5	35,7	
	Alta	1	20,0	3	60,0	1	20,0	
Renda	< 1SM	2	13,3	11	73,3	2	13,3	0,35
	1-2 SM	3	23,1	5	38,5	5	38,5	
	> 2	-	-	1	100,0	-	-	
Possui companheiro	sim	3	17,7	9	52,9	5	29,4	0,70
	não	2	16,7	8	66,7	2	16,7	
Apoio social	sim	3	12,5	15	62,5	6	25,0	0,33
	não	2	40,0	2	40,0	1	20,0	
IDATE	Caso	1	6,7	13	86,7	1	6,7	<0,01
	N caso	4	28,6	4	28,6	6	42,9	
BDI	Caso	-	-	7	100,0	-	-	<0,05
	N caso	5	22,7	10	45,5	7	31,8	

Na Tabela 15, observou-se que a categoria *Sentimentos Indicativos de Sofrimento* foi mais frequente, chamando atenção que entre os que declararam possuir apoio social, apenas 12,5% referiram bem-estar, o mesmo ocorrendo para os casos de ansiedade, 6,7% ($p=0.01$). Nota-se que todos os considerados casos de sintomas depressivos referiram sofrimento diante do diagnóstico ($p=0.04$). Chama também atenção a alta frequência de respostas inespecíficas a essa questão.

Tabela 16. Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e enfrentamento - M2.

		ENFRENTAMENTO				
		Foco no tratamento		Tratar-se e "continuar a vida normalmente"		<i>p</i>
sexo	M	8	33,3	16	66,7	0,28
	F	-	-	5	100,0	
Idade	20-59	5	29,4	12	70,6	1,00
	> 60	3	25,0	9	75,0	
Escolaridade						
	Baixa	3	30,0	7	70,0	0,14
	Média	2	14,3	12	85,7	
	Alta	3	60,0	2	40,0	
Renda	< 1SM	5	33,3	10	66,7	0,68
	1-2 SM	3	23,1	10	76,9	
	> 2	-	-	1	100,0	
Possui companheiro	sim	5	29,4	12	70,6	1,00
	não	3	25,0	9	75,0	
Apoio social	sim	8	33,3	16	66,7	0,28
	não	-	-	5	100,0	
IDATE	Caso	5	33,3	10	66,7	0,68
	N caso	3	21,4	11	78,6	
BDI	Caso	3	42,9	4	57,1	0,35
	N caso	5	22,7	17	77,3	

Para o tema Enfrentamento, nota-se, na Tabela 16, que a categoria *Tratar-se e "continuar a vida"* foi a mais frequente, exceto entre os que relataram possuir oito ou mais anos de estudo (60%), predominando entre esses a categoria *Foco no tratamento*. Este resultado pode ser indicativo da tentativa dos pacientes, que haviam acabado de receber a notícia, de manter o controle da situação tendo em vista que ainda deveriam buscar atendimento médico e participar a família da situação.

Tabela 17. Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e expectativas em relação ao dentista - M2.

		EXPECTATIVAS CD						
		Relacionadas ao tratamento		Relacionadas à comunicação		Ausência de respostas		<i>p</i>
sexo	M	17	70,8	4	16,7	3	12,5	0,67
	F	4	80,0	1	20,0	-	-	
Idade	20-59	13	76,5	2	11,8	2	11,8	0,64
	> 60	5	66,7	3	25,0	1	8,3	
Escolaridade	Baixa	7	70,0	1	10,0	2	20,0	0,46
	Média	11	78,6	2	14,3	1	7,1	
	Alta	3	60,0	2	40,0	-	-	
Renda	< 1SM	13	86,7	2	13,3	-	-	0,24
	1-2 SM	7	53,9	3	23,1	3	23,1	
	> 2	1	100,0	-	-	-	-	
Possui companheiro	sim	11	64,7	4	23,5	2	11,8	0,50
	não	10	83,3	1	8,3	1	8,3	
Apoio social	sim	18	75,0	5	20,8	1	4,2	<0,05
	não	3	60,0	0	0,0	2	40,0	
IDATE	Caso	9	60,0	5	33,3	1	6,7	0,06
	N caso	12	85,7	-	-	2	14,3	
BDI	Caso	5	71,4	2	28,6	-	-	0,44
	N caso	16	72,7	3	13,6	3	13,6	

Observou-se, na Tabela 17, que com relação às Expectativas com os dentistas a categoria mais frequente foi a que indicava o desejo de que o dentista realizasse o tratamento mais adequado para o problema. Observou-se que entre os que não tinham apoio social, não houve manifestação relativa à atuação do dentista sobre sua forma de comunicação ($p=0.04$). Entre os que pontuaram para ansiedade, também não houve referência às expectativas relativas à comunicação ($p=0.06$).

Tabela 18. Associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e expectativas em relação ao médico - M2.

		EXPECTATIVA COM O MÉDICO						
		Relacionada ao tratamento		Relacionada ao comportamen to		Resposta não sei		<i>p</i>
sexo	M	15	62,5	6	25,0	3	12,5	0,44
	F	4	80,0	-	-	1	20,0	
Idade	20-59	9	52,9	6	35,3	2	11,8	0,07
	> 60	10	83,3	-	-	2	16,7	
Escolaridade	Baixa	7	70,0	-	-	3	30,0	0,16
	Média	9	64,3	4	28,6	1	7,1	
	Alta	3	60,0	6	40,0	-	-	
Renda	< 1SM	9	60,0	5	33,3	1	6,7	0,37
	1-2 SM	9	69,2	1	7,7	3	23,1	
	> 2	1	100,0	-	-	-	-	
Possui companheiro	sim	13	76,5	2	11,8	2	11,8	0,29
	não	6	50,0	4	33,3	2	16,7	
Apoio social	sim	18	75,0	5	20,8	1	4,2	<0,01
	não	1	20,0	1	20,0	3	60,0	
IDATE	Caso	13	86,7	2	13,3	-	-	<0,05
	N caso	6	42,9	4	28,6	4	28,6	
BDI	Caso	5	71,4	2	28,6	-	-	0,45
	N caso	14	63,6	4	18,2	4	18,2	

Na Tabela 18, observou-se que as respostas mais frequentes se referiam esperar que o médico fizesse um tratamento eficiente (Expectativa de um bom *tratamento*). Entre os que relataram não possuir apoio social predominaram as respostas “Não sei” ($p < 0.01$); também, entre aqueles que apresentavam sintomas ansiosos, observaram-se respostas *Relacionadas ao tratamento* ($p < 0.05$).

O estudo das associações entre as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e apoio social e os casos de diagnóstico positivo e negativo de câncer está apresentado na Tabela 19:

Tabela 19. Associação entre variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e avaliação da saúde e o diagnóstico de câncer.

		DIAGNÓSTICO				p
		positivo (n=29)		negativo (n=20)		
		N	%	N	%	
Idade	20-59	17	58,6	9	45,0	0,39
	60 ou mais	12	41,4	11	55,0	
Escolaridade	0 – 3	10	34,5	4	20,0	0,52
	4 – 7	14	48,3	11	55,0	
	8 ou mais	5	17,2	5	25,0	
Renda	< 1SM	15	51,7	11	55,0	<0,01
	1-2 SM	13	44,8	3	15,0	
	2 ou mais	1	3,5	6	30,0	
Situação conjugal	com companheiro	17	58,6	13	65,0	0,77
	sem companheiro	12	41,4	7	35,0	
Apoio social	sim	24	82,8	17	85,0	1,00
	não	5	17,2	3	15,0	
Etlismo	sim	14	48,3	8	40,0	0,77
	não	15	51,7	12	60,0	
Tabagismo	sim	15	51,7	7	35,0	0,38
	não	14	48,3	13	65,0	
Auto avaliação da saúde	Ruim	19	65,0	15	75,0	0,25
	Regular	1	3,0	1	5,0	
	Boa	9	31,0	4	20,0	
Tempo de observação da lesão	<30 dias	10	34,5	5	25,0	0,73
	30 a 120 dias	10	34,5	7	35,0	
	>120 dias	9	31,0	8	40,0	

Constata-se, na Tabela 19, que as características estudadas não diferiram significativamente entre os que tiveram o diagnóstico confirmado e aqueles cujo diagnóstico de câncer não foi confirmado, exceto em relação à renda, sendo mais baixa a porcentagem de diagnóstico confirmado entre os de maior renda ($p < 0,01$).

Tabela 20. Associação entre diagnóstico e ansiedade, depressão e uso de risco de álcool

Diagnóstico/ Variáveis	IDATE ESTADO					IDATE - TRAÇO					BDI			AUDIT						
	CASO	N CASO			<i>p</i>	CASO	N CASO			<i>p</i>	CASO	N CASO	<i>p</i>	CASO	N CASO	<i>p</i>				
Positivo	12	41,4	17	58,6	0,92	15	51,7	14	48,3	0,42	15	51,7	14	48,3	<0,01	10	34,5	19	65,5	0,74
Negativo	8	40,0	12	60,0		8	40,0	12	60,0		3	15	17	85,0		6	30,0	14	70,0	

Na Tabela 20, observou-se que não houve significância estatística na diferença entre diagnóstico de câncer (positivo e negativo) e os casos para sintomas ansiosos (IDATE-Estado: 41,4%; IDATE-Traço: 51,7%) e uso de risco de álcool (34,5%), mas foi significativamente mais frequente entre os sujeitos que receberam diagnóstico de câncer e que também apresentaram sintomas depressivos (51,7%, $p < 0,01$).

A seguir, apresenta-se uma comparação entre os dois momentos em que os pacientes foram avaliados com relação às medidas de ansiedade e depressão.

Tabela 21 - Medidas de sintomas de ansiedade e depressão nos dois momentos de avaliação (n=29)

Variável	Medida descritiva	M1	M2	p
IDATE-Estado Ansiedade	V. mínimo	26	29	p>0,05
	1o. Quartil	35,0	33	
	Mediana	38,0	40	
	3o. Quartil	43,5	49	
	V. Máximo	58,0	71	
	Média	40,1	42,8	
	DP	8,0	11,27	
BDI Depressão	V. mínimo	0,0	0,0	p>0,05
	1o. Quartil	3,0	3,0	
	Mediana	9,0	7,0	
	3o. Quartil	14,3	14,0	
	V. Máximo	37,0	38,0	
	Média	11,1	11,2	
	DP	9,98	10,7	

*Teste não paramétrico de Wilcoxon

Observou-se, na Tabela 21, que as medidas de ansiedade-estado e depressão, avaliadas nos M1 e M2, não apresentaram diferença significativa, de acordo com o teste não paramétrico de Wilcoxon (ZAR, 2009). Notou-se discreto aumento entre as pontuações médias e as medianas de ansiedade (40,1, DP±8,0 – 42,8, DP±11,27; Md 38 e 40) e manutenção da pontuação média da depressão (11,1, DP±9,98 – 11,2, DP±10,7) e diminuição da mediana (Md 9 e 7) em M1 e M2, respectivamente, embora essa diminuição não tenha sido estatisticamente significativa.

Tabela 22 - Número de mudanças de casos no IDATE e no BDI, no M1 e M2 (n=29)

Variável	M1 Não Caso → M2 Caso	Caso=Caso	M1 Caso → M2 Não Caso
IDATE	6 (20,69%) <i>a</i>	20 (68,97%) <i>b</i>	3 (10,34%) <i>a</i>
BDI	4 (13,7%) <i>a</i>	22 (75,86%) <i>b</i>	3 (10,35%) <i>a</i>

($k=0.38$, $p>0.05$) Intervalo de Confiança de Goodman para contrastes entre proporções trinomiais, $p<0.05$ (CASO=CASO versus NÃO CASO→CASO; CASO→NÃO CASO)

Tabela 22 apresenta análise feita utilizando-se o Intervalo de Confiança de Goodman para contrastes entre proporções trinomiais (Goodman, 1965), o qual identificou coeficiente de concordância de *Kappa* elevado ($k=0.38$, $p>0.05$), ou seja, houve concordância entre os dados, confirmando que não houve mudanças significativas de uma situação (não caso) para outra (caso), e vice versa. A porcentagem de casos de sintomas ansiosos e depressivos no M1 que assim se mantiveram no M2 foi maior (IDATE= 68,97% e BDI= 75,86%) do que a porcentagem de mudanças. Isto é, aqueles que foram considerados “não caso” em M1 e em M2 foram considerados “caso” apresentaram frequência de 20,7% para ansiedade e de 13,7% para depressão, e aqueles que foram considerados “caso” em M1, mas no M2 “não caso” apresentaram frequência de 10,3% para ansiedade e de 10,3% para depressão. Embora sem significância estatística, considera-se importante as mudanças ocorridas nos sintomas ansiosos e depressivos de M1 para M2.

5. DISCUSSÃO

Investigar o processo diagnóstico de câncer é tarefa relevante e desafiadora, principalmente, ao se considerar a possibilidade de se ter que fazer a comunicação de um diagnóstico positivo, a “má notícia”.

O presente estudo investigou características, sentimentos, percepções e expectativas de pacientes que vivenciaram a situação de investigação diagnóstica de câncer na região da cabeça e pescoço e analisou possíveis associações entre as percepções e expectativas dos participantes com características sociodemográficas, de estilo de vida e indicadores de ansiedade, depressão.

Foram exploradas características, indicadas como relevantes na literatura para se compreender a vivência desse processo, utilizando instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, num desenho longitudinal. No entanto, salienta-se como limitação desse estudo a amostra restrita que pode ter impedido a identificação de diferenças ao longo do processo avaliado.

A discussão dos dados obtidos é apresentada em três tópicos: (a) características dos pacientes sob investigação diagnóstica de câncer de cabeça e pescoço, e comparação dessas características entre os pacientes com diagnóstico de câncer e aqueles com diagnóstico de lesão benigna; (b) percepções e expectativas dos pacientes sobre sua condição de saúde e de sua doença; e (c) expectativas dos pacientes com relação ao atendimento médico e odontológico.

5.1 Características dos pacientes sob investigação diagnóstica de câncer de cabeça e pescoço

Identificou-se um perfil dos pacientes que buscam atendimento nos Centros de diagnóstico oral, com suspeita de possuírem uma lesão maligna, chamando atenção a presença de alguns fatores de risco para câncer. A noção epidemiológica de risco e proteção para a saúde (Maia e Willians,2005; Luiz e Cohn,2006; Buss e Pellegrini- Filho,2007; e Almeida-Filho e Coutinho,2008), recentemente incorporada pela Psicologia da Saúde (Straub, 2005; Serafino, 2008), é fundamental para a discussão de comportamentos e fatores de risco. Estes são condições com maior probabilidade de gerar consequências negativas ou indesejáveis para os indivíduos, sendo entendidos como fatores de proteção a comportamentos ou condições que diminuem a probabilidade de consequências negativas à saúde (Maia e Willians, 2005; Sapienza e Pedromonico, 2005). Não se trata de uma relação de causa-efeito apenas, mas da avaliação da presença de determinantes sociais, ou psicossociais, que afetam indivíduos e grupos, influenciando suas condições de saúde (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS - Brasil, 2007). O presente trabalho, embora discuta a ocorrência de determinados comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde, considera a complexidade envolvida no processo saúde-doença relacionada à história, cultura e condições sociais dos indivíduos.

Observou-se que a maioria dos indivíduos vivia com companheiro e outros familiares, possuía religião e relatava ter apoio social, fatores que podem ser considerados como condições “protetoras” à saúde (Straub, 2005). No entanto, foi

também frequente que apresentassem fatores considerados de risco para câncer de cabeça e pescoço (entre outros tipos de câncer), como o tabagismo e etilismo.

Constatou-se que transcorreu, em média (194,35 dias, DP \pm 350,1), longo tempo entre percepção da lesão e a chegada ao Centro Diagnóstico aspecto que pode interferir sobre o tratamento proposto para os indivíduos que tiveram o diagnóstico confirmado. Esse dado sugere a necessidade de maior esclarecimento da população para a identificação precoce de câncer de cabeça e pescoço, a partir da identificação de lesões (Choi et al , 2008), uma vez que diagnósticos precoces podem favorecer a efetividade do tratamento e o prognóstico da doença. Apesar disso, o tempo médio entre observação e busca de cuidados do presente estudo foi inferior ao obtido por Campos, Chagas e Magna, (2007), mas ainda assim considerado tardio.

A maioria dos participantes desta pesquisa compareceu aos Centros diagnósticos indicados por dentistas (51,0%) de instituições públicas de saúde, dado que difere de outro estudo brasileiro (Campos, Chagas e Magna, 2007) cuja população recebeu encaminhamento, em sua maioria, de médicos. Esse dado coloca em questão que dentistas também vêm sendo procurados para esclarecimento de sinais e sintomas na região da cabeça e do pescoço, o que sugere que já haja maior esclarecimento da população sobre a atuação dos dentistas ou que o acesso aos serviços odontológicos na região estudada esteja mais organizado.

Relatos dos pacientes da presente investigação indicam que já haviam sido atendidos por vários profissionais, com queixas de dor e limitações funcionais significativas relativas às lesões apresentadas, até que tivessem sido efetivamente encaminhados para os Centros diagnósticos, o que faz supor que também

profissionais devem ser mais bem preparados para o encaminhamento precoce de pacientes com essas queixas e sintomas para centros especializados (Campos, Chagas e Magna, 2007). Esse atraso no encaminhamento pode interferir negativamente no prognóstico da doença (Ruiz et al, 2006) e na qualidade de vida dos pacientes pelo acometimento dos aspectos físicos, funcionais e psicossociais, como discutiram Ojo et al (2012) e Djan e Penington (2013).

Os pacientes deste estudo que tiveram diagnóstico positivo para câncer, tinham em média 60 anos de idade, característica semelhante a de outros estudos que envolviam pacientes com a mesma doença (Katz et al,2004; Bonan et al,2006; Moore, Chamberlain e Khuri, 2004; Ruiz et al, 2006; Choi et al,2008; Kilbourn et al, 2013), evidenciando que risco de câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade, embora, nessa pesquisa, não tenha sido observada diferença significativa entre a idade dos pacientes com diagnóstico positivo e negativo para câncer ($p=0.39$).

Com relação ao estilo de vida, identificou-se que os pacientes apresentaram alta frequência de tabagismo e etilismo (51,7% e 48,3%, respectivamente). Embora não se tenha verificado diferenças estatisticamente significantes entre esses e aqueles que, apesar da lesão, não tiveram confirmado o diagnóstico de câncer, a prevalência identificada desses comportamentos foi bastante superior à encontrada na população geral. Segundo Johnson et al (2011), a prevalência do tabagismo na população geral é de, em média, 29% e o consumo de álcool de risco entre homens e mulheres, no Brasil, varia entre 15,4% e 1,2%, respectivamente (Simão, 2000). Destaca-se que neste estudo o comportamento de beber de risco foi avaliado por escala específica e validada. A relevância dessa informação está apoiada nos estudos de Wunsh-Filho (2002), Ruiz et al (2006), Bonan et al (2006), Hashibe et al

(2007), Pai e Westra (2008), Cordeiro e Stabenow (2009), Johnson et al (2011), Kilbourn et al (2013) e nos dados epidemiológicos do INCA (2012) que referem essas características em portadores de câncer de cabeça e pescoço, sendo a combinação entre uso moderado de tabaco e álcool um potencial risco para o desenvolvimento da doença (Ruiz et al, 2006; Habishe et al, 2007; Petti, 2008; Johnson et al, 2011). Das quatro mulheres que relataram o uso de álcool, três foram identificadas como bebedoras de risco, segundo o AUDIT. Embora tenha sido pequeno o número de mulheres nesta amostra, nota-se que foi elevado o uso de risco de álcool entre elas, o que vem sendo apontado como um problema atual de saúde pública (Pinheiro, Laprega e Furtado, 2005; Cezar, 2006, Yamaguchi et al, 2008). Em relação a essas características mencionadas (uso de álcool e tabaco), apenas o tabagismo foi mais frequente entre os que tiveram seu diagnóstico confirmado, embora sem significância estatística.

Com relação às variáveis psicológicas, observou-se que já no M1 os participantes apresentavam médias elevadas de ansiedade e de sintomas depressivos, comparativamente ao que é referido para a população com outros tipos de câncer (Lienard et al, 2008; Bottino, Fráguas e Gattaz, 2009; Susuki et al, 2011; Paula et al, 2012). Notou-se, ainda, que foram mais frequentes os casos para ansiedade-estado e sintomas depressivos entre os pacientes com câncer dessa amostra, comparativamente aos que tiveram diagnóstico de lesão benigna, embora apenas a diferença entre os sintomas depressivos tenha sido significativa. Estudos como os de Lienard et al (2006); Lienard et al (2008); Liao et al, (2008), Fukui et al (2008); Gravis et al (2011), Dégi (2009) e Suzuki et al (2011) também identificaram essas características em pacientes com o mesmo problema, podendo-se supor que

a existência de uma lesão, dor e desconforto, além da busca para diagnóstico são situações de estresse e requerem cuidados .

Considerando a alta frequência de ansiedade entre pacientes que vivem essa situação, Lienard et al (2008) avaliaram o efeito do Programa de treinamento de comunicação para médicos visando interferir sobre a ansiedade de pacientes com câncer. Observaram, independentemente do efeito do treinamento, médias próximas de 40 (20-80) antes e após consulta (39,5 e 33,3, respectivamente), dado semelhante ao obtido (40,1 e 42,8) com o mesmo instrumento (IDATE). Esses autores identificaram, também, redução média da ansiedade após a consulta de diagnóstico, o que não se verificou no presente estudo. Embora sem diferença entre os tempos e os grupos, essa redução da ansiedade pode ter ocorrido pela intervenção oferecida aos participantes do grupo experimental, que visou aprimorar as habilidades de comunicação propiciando, conseqüentemente, maior controle da ansiedade dos pacientes. Além disso, a própria informação e a relação estabelecida pode ter amenizado sua ansiedade. Mesmo que os dentistas envolvidos no atendimento dos pacientes aqui avaliados recebam orientações gerais sobre comunicação do diagnóstico, não tiveram treinamento formal para comunicação de más notícias. Pode-se assinalar que o momento em que se avaliou os sujeitos desse estudo, imediatamente após o diagnóstico, pode ter interferido sobre o resultado obtido. Pode-se supor que estivessem, ainda, sob o impacto inicial da notícia, sem terem tido condições para a elaboração da mesma.

Liao et al (2008) avaliaram ansiedade e incerteza e também identificaram médias de ansiedade mais elevadas em pacientes com câncer do que entre aqueles sem a doença. Este é um dos únicos estudos que avaliou ansiedade e incerteza no momento pré-biópsia até a comunicação do diagnóstico, observando escores

elevados tanto para ansiedade através do IDATE-Estado (T1: 60; T2: 60,9; T3: 56,1) como para os níveis de incerteza através do *Uncertainty in Illness Scale* (T1: 54,7; T2: 56,1; T3: 46,94). Neste estudo, os escores de ansiedade podem ter sido elevados na fase pré-biópsia, pois é um momento em que o futuro é desconhecido para os que temem uma doença grave e suas consequências. Além disso, a própria situação de ser submetido a uma biópsia, muitas vezes, com procedimentos invasivos e dolorosos pode elevar a ansiedade. Também aqui se observou nível elevado de ansiedade no momento pré-biópsia, corroborando os dados do estudo mencionado. Entretanto, Liao et al (2008) e Lienard et al (2008) identificaram redução nas medidas da mesma após a comunicação da notícia, contrariamente ao identificado nesta pesquisa, na qual as medidas de ansiedade em ambos os momentos não diferiram. Mais uma vez, destaca-se que a redução observada em ambos os estudos citados pode ter ocorrido como resultante das informações recebidas, e da forma como foram comunicadas, o que pode ter amenizado o nível de incerteza sobre o problema e, conseqüentemente, o estado ansioso. É preciso ressaltar a limitação da análise da atual pesquisa em função da pequena amostra que se estudou.

Sintomas depressivos são comumente observados em pacientes com câncer, variando entre 15 e 30%, de acordo com o tumor, estágio da doença, dor, capacidade física e funcional e sentimento de apoio social. Especificamente, a variação da prevalência de sintomas depressivos entre pacientes com câncer de cabeça e pescoço varia de 6 e 15% nessas mesmas condições (Bastos et al, 2007; Bottino, Fraguas e Gattaz, 2009; Fanger et al, 2010; Susuki et al, 2011; Paula et al, 2012). Nesta pesquisa, obteve-se uma prevalência bem mais elevada de sintomas depressivos (51,7%), no M1, entre os pacientes que posteriormente tiveram seu

diagnóstico de câncer confirmado comparativamente aos que receberam diagnóstico de lesão benigna ($p < 0,01$). Este achado sugere que, antes mesmo de terem o diagnóstico confirmado, essas pessoas encontravam-se mais deprimidas, sendo provável que já apresentassem condição mais fragilizada e maior preocupação com o resultado da biópsia, como indicado pelas expectativas negativas relatadas na entrevista, significativamente diferentes dos que não tiveram confirmação de diagnóstico de câncer (dados não mostrados). Além disso, observou-se que esta prevalência foi mais elevada que a identificada por Katz et al (2004) (20,0%), por Fanger et al (2010) (23% para as mulheres e de 15,4% para homens) e por Paula et al (2012) em pacientes com a mesma doença. Este último estudo identificou que, dos 41 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, 17% apresentaram sintomas disfóricos no início do tratamento radioterápico, aumentando para 21,9% até o término do mesmo. Assim, também, na amostra desse estudo, sintomas depressivos foram mais frequentes entre mulheres e homens, no M1, comparativamente aos dados apresentados nos estudos mencionados.

Esses resultados tornam-se ainda mais relevantes na medida em que tais sintomas foram identificados já na primeira consulta diagnóstica, requerendo atenção dos profissionais no sentido de prevenir o agravo do quadro, com vistas ao atendimento integral aos pacientes. Singer et al (2012), em estudo longitudinal, também obtiveram escores elevados de ansiedade e depressão para pacientes com câncer de cabeça e pescoço comparando-os com os com outros tipos de câncer. Esses dados reforçam a necessidade de atenção para os sintomas psicológicos e da atuação interdisciplinar nos Centros de diagnóstico, tendo em vista a situação de vulnerabilidade psicológica em que já se encontram as pessoas em processo diagnóstico.

5.2 Percepções e expectativas dos pacientes sobre sua condição de saúde

Nesse estudo, percepção englobou relatos dos pacientes sobre seus sentimentos durante o processo diagnóstico, avaliação de sua própria saúde e sobre as mudanças necessárias para obter melhora na saúde e, ainda, percepções sobre seu trajeto em busca de cuidados até sua chegada aos Centros. Foram estudadas, também, as percepções dos pacientes sobre as informações oferecidas pelos dentistas durante as consultas, como os pacientes pretendiam lidar com o problema, suas expectativas com o resultado do diagnóstico e sua satisfação com o atendimento recebido.

Os participantes deste estudo, no M1, apresentaram relatos de dor, a qual interferia negativamente nas atividades diárias (comer, dormir, relacionar-se), além de terem referido nervosismo e preocupação com a biópsia que seria realizada e com o diagnóstico, que compuseram a categoria *Sentimentos indicativos de Sofrimento*. No M2, imediatamente após a comunicação do diagnóstico, os *Sentimentos indicativos de Sofrimento* prevaleceram novamente. Essas manifestações são comuns em pacientes com câncer, como já identificaram Moore et al (2004), Alifrangis et al (2011), Lobb, Halkett e Nowak (2011), Valizadeh et al (2012) e O'Brien et al (2012). Por esta razão, avaliar a presença sintomas psicológicos, ouvindo o pacientes, suas percepções e como se sentem pode fortalecer o vínculo de confiança com o profissional, favorecendo a amenização desse sofrimento (Berkman et al, 2010; Lobb, Halkett e Nowak, 2011; Valisadeh et al, 2012).

Observou-se, neste estudo, que a presença de ansiedade ($p<0.01$) e depressão ($p<0.05$), associou-se significativamente a manifestação de *Sentimentos*

indicativos de Sofrimento diante do diagnóstico recebido. Chama atenção que apenas perguntar como se sente o indivíduo naquela situação pode instrumentalizar o profissional para que ele atue de modo a acolher esse sofrimento. Como enfatiza Czeresnia (2012), é através das palavras que o indivíduo expressa seu mal-estar, tornando possível ao profissional compreender e acolher a experiência vivida. Entretanto, poucos estudos avaliam ou buscam identificar esses aspectos desde o início do processo diagnóstico, essencial também para o processo de compreensão dos pacientes e enfrentamento de sua nova condição de saúde (Liao et al, 2008).

Com relação às percepções dos pacientes sobre sua saúde, predominaram os relatos de que tinham “boa” saúde, apesar dos sentimentos negativos e do problema vivenciado que interferia em seu cotidiano. Referiram também, sem diferença entre os pacientes que posteriormente tiveram confirmado o diagnóstico de câncer e os que não tiveram, concepções de saúde como *Ter disposição* para “fazer tudo”: realizar suas atividades diárias e relacionar-se com as pessoas; trabalhar, poder descansar e, com menor frequência, mas não significativa, identificou-se categoria cujas respostas consideravam que ter saúde seria *Ausência de problemas*, ou seja, não ter que frequentar consultas médicas, tomar remédios, não fumar, não beber, não fazer extravagâncias, não ter doenças. Essas concepções são bastante abrangentes, parecendo reconhecer a saúde como um bem estar em vários aspectos da vida (Minayo, 1988; Britto e Camargo, 2011; Asbring, 2012).

Ainda com relação às percepções sobre sua saúde, observaram-se, predominantemente, relatos que indicavam que para ter mais saúde seria necessário que fossem alterados alguns comportamentos, chamados comportamentos de saúde (parar de beber, fumar, alimentar-se melhor) e, em menor

frequência, manifestaram que melhorar sua condição financeira, receber mais apoio e ter tempo para o descanso, também poderiam contribuir para ter mais saúde, em uma indicativa de que compreendem a interferência das condições de vida sobre a saúde. Desta forma, mesmo com sentimentos negativos e com a demora para buscar esclarecimento e tratamento para a lesão observada, esses pacientes apresentaram uma percepção realista sobre sua saúde. Contrapondo-se a esse dado, um estudo qualitativo em odontologia identificou que pacientes relataram pouco conhecimento sobre a doença e seus fatores de risco. Segundo os autores, esse fato parece ter favorecido a constituição de uma barreira na relação, para o diagnóstico precoce e tratamento desses pacientes (Choi et al, 2008).

Com relação à percepção sobre sua lesão, obtiveram-se relatos (M1) que descreviam claramente sinais e sintomas, o que levou a maioria a buscar atendimento odontológico ou médico, embora o tempo entre a percepção e a primeira consulta diagnóstica tenha sido de, aproximadamente, seis meses. A demora para a consulta diagnóstica ocorreu mesmo que a maioria dos pacientes já cogitasse a possibilidade de terem um câncer de boca, um tumor ou uma doença mais séria. Esse dado mostra também que a expectativa com o diagnóstico já estava marcada pelo significado da doença para os indivíduos: “*Acho que é uma doença ruim*”, “*algo mais sério*” ou “*coisa boa não é...*”, como também identificaram Zago et al (2001).

Estudando-se o que motivou a ida aos Centros, duas categorias foram identificadas: *Percebeu a lesão e buscou atendimento*, a mais frequente, e *Não percebeu, mas acatou o encaminhamento* do profissional ou sugestão do familiar que haviam detectado a lesão. Não se observou associação dessas categorias com outra característica estudada. Mais de 80% das pessoas em todas as circunstâncias

examinadas relataram terem elas mesmas percebido o problema. Destaca-se, entretanto, que buscar atendimento após ter percebido a lesão foi ainda mais frequente entre os que possuíam companheiro ($p=0.06$), como identificaram Repetto et al (2008).

Com relação às expectativas com o diagnóstico, pacientes com idade superior a 60 anos, mais frequentemente, consideraram a possibilidade de terem um câncer, comparativamente aos mais jovens ($p<0.05$), o mesmo ocorrendo com pacientes classificados como caso para sintomas depressivos ($p,<0.01$). Idade avançada pode estar associada a maior prejuízo da saúde, favorecendo maior percepção sobre sintomas e sua possível gravidade. Além disso, sintomas depressivos podem associar-se à menor cuidado com a saúde e percepção de agravos (Papaléo-Netto, Klein e Britto, 2006; Fukui et al, 2008; Suzuki et al, 2011).

Pode-se notar que, tanto no momento pré-biópsia quanto após a comunicação do diagnóstico, os pacientes identificaram sua lesão, perceberam-na como um motivo de cuidado por profissional especializado e buscaram ajuda. Além disso, quando se investigou se haviam compreendido as informações recebidas sobre o procedimento de investigação diagnóstica (biópsia) e, posteriormente sobre o laudo da mesma, constatou-se que a maioria dos pacientes parece ter compreendido as informações oferecidas pelos dentistas (Repetto et al, 2008; Deschepper et al, 2008).

Nesse estudo, considerou-se que o paciente havia compreendido as informações quando foi capaz de repetir o conteúdo oferecido pelos profissionais, conforme orientação geral do serviço (nome da doença, característica maligna ou benigna, e local e médico para os quais seriam encaminhados). Talvez a avaliação da compreensão das informações fornecidas fosse mais efetiva, caso tivesse sido

explorada em outros momentos posteriores, procurando-se verificar se houve efetivamente compreensão e elaboração da informação ou apenas repetição das informações oferecidas. Entretanto, experiência prévia ao presente estudo mostrou dificuldade para a realização de coleta de dados em momento posterior ao diagnóstico, considerando que a maioria dos pacientes reside em outras localidades e são encaminhados para tratamento em Hospitais, algumas vezes, distantes, além de vivenciarem uma nova rotina com foco no tratamento tornando o retorno aos Centros de diagnóstico restritos aos momentos em que são assistidos pelos profissionais. Além disso, há que se considerar que aqueles que mencionaram não entender as informações oferecidas, poderiam estar sob o impacto da notícia comunicada minutos antes. Wang et al (2011), em estudo semelhante ao atual, utilizou o termo *awareness* (consciência, percepção) para denominar a compreensão do paciente sobre as informações oferecidas, devendo, para isso, mencionar a palavra câncer durante entrevista. Nesta amostra, foram considerados todos os relatos que mencionaram a palavra câncer, tumor ou mesmo problema grave, utilizando, ou não, minimizações, que requeriam tratamento médico. Em alguns relatos, a ausência da palavra câncer pode ter ocorrido devido ao sentimento de choque (Lobb, Halkett e Nowak, 2011) que muitos pacientes podem ter vivenciado ou como forma de controle emocional, preferindo não mencioná-la. Destaca-se que a entrevista no M1 mostrou que a maioria dos pacientes já previa a possibilidade da doença. Mesmo que os relatos sejam repetições, deixar a consulta com as informações necessárias, tornando-os aptos a buscar atendimento médico, é uma questão essencial, principalmente, em oncologia.

Compreensão das informações sobre o diagnóstico e satisfação com a relação estabelecida e o atendimento, em geral, estão estreitamente associadas na

medida em que receber as informações, bem como as recomendações sobre o tratamento são passos que favorecem uma relação de confiança entre profissional e paciente, bem como satisfação com o cuidado recebido (Repetto et al, 2008; Deschepper et al, 2008; Sastre, Solum e Mullet, 2011). Obteve-se, neste estudo, um predomínio de relatos de satisfação com o atendimento recebido, observando-se diferença significativa entre renda e satisfação ($p=0.01$), sendo entre os pacientes com baixa renda que se observou relatos de maior satisfação, comparativamente aos de renda alta e média, segundo classificação adotada. Esses dados corroboram os de estudo recente realizado por Durusoy et al (2011) que identificaram que pessoas com menor renda foram os que referiram satisfação com atendimento recebido. Ressalta-se que neste estudo predominaram os indivíduos de baixa renda.

Os resultados sobre compreensão do diagnóstico deste estudo (M2) assemelham-se aos obtidos por Thorne et al (2009), Wang et al (2011) e Alifrangis et al (2011) que também investigaram a compreensão das informações oferecidas na consulta de comunicação de más notícias e a satisfação com o atendimento recebido. Condições como informações oferecidas face a face e em local mais reservado podem ter possibilitado maior satisfação dos pacientes do presente estudo, assim como apresentado por Figg et al (2010).

Um aspecto importante a ser considerado em relação à comunicação de más notícias são as diferenças culturais que interferem no posicionamento do profissional ao comunicar, ou não, o diagnóstico (Berkman et al, 2010). Beqiri et al (2011), em estudo com pacientes albaneses, Valisadeh et al (2012) e Zamanzadeh et al (2013), com pacientes iranianos, identificaram como prática comum entre os profissionais de saúde a não comunicação do diagnóstico, principalmente, para idosos e mulheres. Profissionais justificam a não comunicação do diagnóstico aos pacientes

afirmando oferecerem proteção aos pacientes do sofrimento causado pela notícia (Wang et al, 2011). Nesses estudos, poucos foram os pacientes que conheciam o seu problema de saúde, contrastando com os resultados aqui obtidos que indicam que o diagnóstico foi comunicado e as informações compreendidas. Em contrapartida, a cultura dos países anglo-americanos valoriza o direito do paciente de conhecer o seu problema, dando-lhe a possibilidade de escolha acerca de seu tratamento, aspecto que passa a ser valorizado também no Brasil, como mostra a atual Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

Comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, especialmente no que se refere à comunicação de más notícias, tem sido foco de vários estudos que avaliam as habilidades dos profissionais e testam o efeito de programas de treinamentos formais (Colletti et al, 2001; Gysels, Richardson e Higginson, 2004; Stiefel, Favre e Despland, 2006; Lienard et al, 2006; Amiel et al, 2006; Alexander et al, 2006; Fukui et al, 2008; Lienard et al, 2008; Bowyer et al, 2010; Szmuiłowicz et al, 2010; Goelz et al, 2011, Yun et al, 2011; Stiefel et al, 2012). Embora no presente estudo os dados apontem resultados positivos, pouco ainda tem sido realizado no Brasil com objetivo de conhecer as percepções e expectativas de pacientes com câncer sobre sua condição de saúde, usando esses dados para fundamentar e implementar o treino de habilidades de comunicação de más notícias.

Apesar de não terem sido utilizados instrumentos padronizados para este fim, avaliaram-se, neste estudo, os modos de enfrentamento utilizados durante o processo diagnóstico analisando-se as respostas à questão: *como pretende agir diante do diagnóstico?* Observaram-se relatos categorizados como *Enfrentamento com foco no tratamento* (ou no problema), como *“agora é só pensar em tratar!”*, contrapondo-se a outros relatos englobados em categoria que se refere a *“fazer o*

tratamento e continuar a vida", cuja categoria foi denominada *Tratar-se e "continuar a vida normalmente"*, sugerindo a tentativa de manter o controle de sua vida, manter outras atividades, procurando controlar possíveis consequências emocionais que poderiam interferir sobre o tratamento e no prosseguir a vida. Parece que pacientes deste estudo desejavam tratar o problema e, ao mesmo tempo, tentar manter o controle da situação, assim como também identificaram Santana, Zanin e Maniglia (2008). Reppeto et al (2008) encontraram que pacientes que apresentavam maiores informações sobre a doença e tratamento também relatavam maior controle emocional, sendo as informações um recurso para o manejo da ansiedade e enfrentamento da doença. Por outro lado, Dégi (2009) identificou que pacientes que não receberam as informações sobre sua condição de saúde tendiam a apresentar baixo enfrentamento focalizado no problema. Embora este estudo não tenha analisado essa questão (compreensão e enfrentamento), parece que o fato de a maioria dos pacientes terem compreendido as informações sobre sua condição de saúde pode ter favorecido relatos sobre estratégias voltadas à resolução do problema (a doença, o tratamento).

5.3 Expectativas dos pacientes com relação ao atendimento médico e odontológico

Analisando-se as expectativas dos pacientes sobre como gostariam de continuar recebendo o atendimento odontológico e do que esperavam do atendimento médico que deveriam fazer, observaram-se, no M1, relatos que indicavam desejo dos pacientes de receberem o tratamento mais adequado para seu problema. Desejavam ainda que as informações sobre sua doença e tratamento

fossem oferecidas de forma clara e verdadeira pelos dentistas. Esses resultados corroboram outros estudos de pacientes com câncer que apontaram para o desejo de receberem as informações sobre seu problema de forma gradual, clara, detalhada, na íntegra e face a face com o profissional (Repetto et al, 2008; Deschepper et al, 2008 Fugimori e Uchitomi. 2009; Figg et al, 2010; Stajduharet et al, 2010; Durusoy et al, 2011; Almyroudi et al, 2011; Eng et al, 2012).

Observou-se também, no M1, que expectativas em receber tratamento adequado pelo dentista, oferecendo informações verdadeiras sobre sua situação, foram mais frequentes independente de quaisquer características dos pacientes, contrariamente ao identificado por Fugimori e Uchitomi (2009). Esses autores discutiram que características, como idade, gênero, nível educacional, renda e sofrimento psíquico estavam associadas positivamente com a expectativa em receber informações detalhadas sobre a doença, de participarem ativamente das decisões sobre sua saúde e desejo de receberem suporte emocional.

No momento pós-comunicação do diagnóstico (M2), as expectativas com relação aos dentistas e médicos também se referiram, predominantemente, ao desejo de continuarem sendo acompanhados por esses profissionais e de receberem tratamento adequado ao seu problema. No M2, observou-se diferença significativa entre apoio social e expectativas em relação com os dentistas ($p < 0.05$), indicando que pacientes com maior sentimento de apoio apresentavam frequências mais elevadas para expectativas associadas ao tratamento. O mesmo ocorreu entre o tema expectativas com o médico e apoio social ($p = 0.01$), e sintomas ansiosos ($p = 0.05$). Notou-se, também, uma tendência para que idosos relatassem com maior frequência expectativas relacionadas ao tratamento ($p = 0.07$), comparativamente aos mais jovens. As entrevistas do presente estudo também identificaram desejo de que

dentistas e médicos se comportassem de forma a oferecer apoio, cuidado, oportunidade para o diálogo e, como já referidas, informações honestas (Stajduhar et al, 2010). Em suma, há expectativa de que os profissionais os acolham e comuniquem as informações sobre a doença e tratamento de forma clara e objetiva (Straub, 2005; Sastre, Sorum e Mullet, 2011).

Comunicação de más notícias é prática rotineira entre os profissionais da saúde, entretanto, configura-se como condição aversiva para os pacientes (Moore et al, 2004; Katz et al, 2004; Chaves et al 2005; Lienard et al, 2006; Lienard et al, 2008; Barkman et al, 2010; Gravis et al, 2011; Lobb, Halkett e Nowak, 2011; Valisadeh et al, 2012) e para os profissionais (Hulsman, 2010; Nwankwo e Ezeome, 2011). Portanto, é essencial que se realizem mais estudos sobre essa situação, bem como é necessário sistematizar o conhecimento sobre características, percepções, sentimentos e expectativas dos pacientes, possibilitando ao profissional a formação de vínculo de confiança que favoreçam comportamentos e tomadas de decisão em relação ao cuidado com a saúde, contribuindo para melhor qualidade de vida desses pacientes. Parece importante também estudar diretamente o momento em que dentistas ou médicos comunicam o diagnóstico, com vistas a identificar formas e condições que possam trazer menos sofrimento ao paciente, favorecendo sua compreensão e contribuindo para sua adesão aos tratamentos propostos. Identificar as condições favoráveis como, por exemplo, estabelecer diálogo franco e oferecimento de apoio emocional durante todo processo diagnóstico, poderá embasar o desenvolvimento de programas de treinamento de habilidades de comunicação mais eficazes. É interessante que o profissional investigue os sentimentos, as percepções e as expectativas dos pacientes desde a primeira consulta e também, no momento da comunicação do diagnóstico, solicite-se que

repitam o que compreenderam sobre o que foi informado, relatem como se sentem e o que pretendem fazer diante da notícia, quem são as pessoas com quem poderão receber apoio, entre outras questões que podem favorecer a busca pelo tratamento.

Por fim, cabe considerar que este estudo atingiu os objetivos propostos, porém, limitações metodológicas devem ser apontadas. A restrita amostra, decorrente da dificuldade em se obter participantes que atendessem os critérios estabelecidos, limitou o poder do estudo. Além disso, as condições da entrevista, no momento do impacto da notícia pode ter limitado o aprofundamento da investigação e a externalização de outras percepções e expectativas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados sobre as características dos pacientes permitiram identificar um perfil sociodemográfico e de estilo de vida em indivíduos em processo diagnóstico e entre os que tiveram diagnóstico confirmado de câncer. O conhecimento dessas características pode contribuir para o planejamento do cuidado pelo profissional: idade avançada, baixas escolaridade e renda, presença de tabagismo e etilismo, e de forma especial a demora na busca pelo atendimento. Observou-se, ainda, boa presença de percepção sobre o problema, apoio social, viver com familiares, ter ocupação e religião presentes nesses pacientes que podem ser considerados aspectos favorecedores do tratamento, sendo esses fatores protetores a saúde.

Percebeu-se que, independente das características sociodemográficas, os pacientes desse estudo apresentaram percepções claras de sua doença; isto é, reconheciam sinais e sintomas de seu problema, e previam o diagnóstico,

contrariamente aos achados de outros estudos. Outro aspecto que pode favorecer o tratamento foi a adequada percepção dos indivíduos sobre a condição de saúde e sobre mudanças de comportamento necessárias para melhorar seu bem-estar. Ficou evidente o desejo de que os profissionais, além de tratar, sejam honestos e claros com relação ao seu problema.

Apesar disso, observaram-se relatos indicativos de sofrimento relacionado ao problema em todo o processo diagnóstico, efeito comumente esperado em pacientes nessa situação. Os relatos de sentimentos manifestados e a alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão são preocupantes, pois pode agravar o quadro clínico geral dos pacientes e dificultar comportamentos como a busca pelo tratamento. Assim, faz-se importante que todos os profissionais acolham seus pacientes atendendo-os integralmente.

Por fim, parece que relatos de sentimentos indicativos de mal-estar, desconforto, nervosismo, ansiedade e tristeza identificados nesta amostra não interferiram na percepção dos pacientes sobre seu problema e na satisfação com o atendimento, o que leva a cogitar que outros fatores podem estar envolvidos no processo de diagnóstico, especificamente, na relação estabelecida entre profissional e paciente. Nesse sentido, novos estudos podem ser realizados focalizando o momento de comunicação do diagnóstico, a relação entre profissionais e pacientes, e os sentimentos que esta delicada situação faz emergir.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, S. C. et al. A Controlled Trial of a Short Course to Improve Residents' Communication With Patients at the End of Life, **Academic Medicine**, v.81,n.1, p. 1008-12, 2006.
- ALIFRANGIS, C. C. et al. The experiences of cancer patients. **Q.J.M. international Journal of Medicine**, v. 104,p. 1075–1081, 2011.
- ALMEIDA-FILHO, N. e COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.95-137, 2007.
- ALMYROUD, A. et al. Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 871–879, 2011.
- AMIEL, G. E. et al. Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention. **Patient Education and Counseling**, v.60, p.10–15, 2006.
- ARAÚJO, S. S. C., PADILHA, D. M. P., BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.48, n.1/3, p. 73-76, 2007.
- ÅSBRING, P. Words about body and soul: Social representations relating to health and illness **Journal of Health Psychology**, v.17, p. 1111-1120, 2012.
- BACK, A. L. et al Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. **Cancer Journal for Clinicians**, v.55, n.3, p. 164–177, 2005.
- BARBOR, T. F. et al. - AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. **WHO (World Health Organization)**, v.4, p.1-29, 1992.

- BARBOR, T. F.; HIGGLE-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BASTOS, L. W. et al. Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.36, n.1, p.12-15, 2007.
- BENEVIDES, R., PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação., Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, 2005.
- BERKMAN, C.y S. e Ko, E. What and When Korean American Older Adults Want to Know About Serious Illness, **Journal of Psychosocial Oncology**, v.28, p.244–259, 2010.
- BEQIRI, A. Breaking Bad News in a Southeast European Population: A Survey among Cancer Patients in Albania, **Journal of Palliative Medicine**, v.15, n.10, p. 1100-1105, 2012.
- BIAGGIO, A. M. B, NATALÍCIO, L. (1979). **Inventário de Ansiedade traço-estado - IDATE**, manual. Rio de Janeiro: Cepa, 2005.
- BIAGGIO, Angela M.B., NATALÍCIO,L. & SPIELBERGER,C.D. Desenvolvimento da forma experimental em Português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v. 29, p.1977.
- BONAN, Paulo Rogério F. et al. Evaluation of salivary flow in patients during head and neck radiotherapy. **Pesquisa Odontológica Brasileira**,v.17, n.2, p.156-160, 2003.
- BOTTINO, Sara M.B., FRAGUAS, Renério, GATTAZ, Wagner F. Depressão e câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.36, n.3, p.109-15, 2009.
- BOWYER, Mark W. et al. Teaching Breaking Bad News Using Mixed Reality Simulation **Journal of Surgical Research**,v.159, p.462–467, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004,19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006, 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Comition on social determinants of health, 2007, 77p.

BRITTO, A. M. M. e Camargo, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres **Temas em Psicologia** , v.19, n.1, p. 283–303, 2011.

BUCKMAN, R. A. **How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals**. **Baltimore**, The Johns Hopkins University Press, p.65-97,1992.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy **Community Oncology**, v.2, n.2, p.138-42, 2005.

BUSS, P. M. e PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, J.L.G., CHAGAS, J. F.S., MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.36, n.2, p. 65 - 68, 2007.

CANGUILHEIM, G. Existem ciências do Normal e do Patológico? In: Canguilhem, G. **O normal e o patológico**, trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz

Octavio Ferreira Barreto Leite. 4Ed.- Rio de Janeiro Forense Universitária,1966/2002, p.87-163.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social In: **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, p. 45-56.

CARVALHO, V. A. Transtorno de ansiedade em pacientes com câncer. In: Carvalho, V. A. (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008, p.257-75.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades Resultados preliminares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.3, p. 208-11, 2006.

CHEN, Y. J. et al. Head and neck cancer in the betel quid chewing area: recent advances in molecular carcinogenesis. **Cancer Science**, v.99, n.8, p.1507-14, 2008.

CHOI, Y. et al. Perspectives of African Americans and dentists concerning dentist-patient communication on oral cancer screening. **Patient Education and Counseling**, v.71, p. 41-51, 2008.

COLETTA, R. D. et al Os avanços da biologia molecular e o câncer bucal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.56, n.1, p.62-7, 2002.

CORDEIRO, A. C.; STABENOW, E. Câncer de cabeça e pescoço In: Carvalho, V. A. (Org) **Temas em Psico-oncologia**, São Paulo: Summus, 2008, p. 82-91.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 447-455, 2004.

CRISTO, L. M. O; ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação em Oncologia: levantamento de estudos brasileiros. **Brasília Médica**, v.48, n.1, 50-57; 2011.

- CURTIN, L. B. et al. Computer-based simulation training to improve learning outcomes in mannequin-based simulation exercises. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v.75, p.1-6, 2011.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 172.
- CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência : uma cartografia do autocuidado no diabetes**. 1a. ed. São Paulo: Editora Unesp, v.1, 2009, p. 230.
- DÉGI, C. L. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors, **Support Care Cancer**, v.17, p.1101–1107, 2009.
- DESCHEPPER, R. et al. Truth – telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. **Patients Education and Counseling**, v.71, p. 52-56, 2008.
- DIAZ, G. F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud/ Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue. **Medicina Intensiva**, v.30, n.9, p. 452-59, 2006.
- DJAN, R.; PENINGTON, A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, p. 1-13; 2013.
- DURUSOY, R. et al. Cancer patients' satisfaction with doctors and preferences about death in a university hospital in Turkey. **Patient Education and Counseling**, v.85, p. e285–e290, 2011.
- EMANUEL, L. L., VON GUNTEN, C.F., FERRIS, F.D. **The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum, Modulo 2: Comunicação de más notícias**, p. 1-12, 2008.

- EMMANUEL, L. L.; VON GUNTEN, C. F; FERRIS, F. D. **The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum**, 1999.
- ENG, T. C. et al. Preferences of Malaysian Cancer Patients in Communication of Bad News **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.13, p. 2749-2752, 2012.
- FALLOWFIELD, L. et al. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. **British Journal of Cancer**, v.89, p. 1445-1449, 2003.
- FANGER, Priscila C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Associação Medicina Brasileira**. v.56, n.2, p.173-178, 2010.
- FOLKMAN, S. et al Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.50, p.571-579,1986.
- FRAMPTON, M. Psychological distress in patients with head and neck cancer: review **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.39, p.67-70, 2001.
- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 7^a ed., Paz e Terra, 1983, p.93.
- FUJIMORI, M. e UCHITOMI, Y. Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review **Japanese Journal Clinical Oncology**, v.39, n.4, p. 201–216, 2009.
- FUKUI, S. et al. A Randomized Study Assessing the Efficacy of Communication Skill Training on Patients' Psychologic Distress and Coping. **Cancer**, v.113, n.6, p.1462-1470, 2008.
- GRAVIS, G. et al. Full Access to Medical Records Does Not Modify Anxiety in Cancer Patients, **Cancer**, v.117, p:4796- 4804, 2011.
- GOELZ, T. et al. Specific Training Program Improves Oncologists' Palliative Care Communication Skills in a Randomized Controlled Trial. **Journal of Clinical of Oncology**, v.29, p. 1-9, 2011.

- GOODMAN, L.A. On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. *Technometrics*, v.7, n.2, p. 247-254, 1965.
- GORESTEIN, C.; ANDRADE, L., Inventário de Depressão de Beck - propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorestein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuarde, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 89-95, 2000.
- GYSELS, M.. RICHARDSON, A., HIGGINSON, I. J. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. **Support Care Cancer**, v.12, p. 692-700, 2004.
- HART, V. A. Difficult Conversations/Communicating Bad News In: Valerie A. HART, **Patient-Provider Communications**. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, p. 187-220, 2009.
- HASHIBE, M. et al. Alcohol Drinking in Never Users of Tobacco, Cigarette Smoking in Never Drinkers, and the Risk of Head and Neck Cancer: Pooled Analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium **Journal of National Cancer Institute**, v.99, n.10, p. 777-89, 2007.
- HOFFMAN, Karen E. et al. Psychological Distress in long-term survivors of adult-onset cancer. **Archives of Internal Medicine**, v.169, n.14, p.1274-1281, 2009.
- HULSMAN, Robert L. et al. How stressful is doctor–patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. **International Journal of Psychophysiology**, v.77, p. 26–34, 2010.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Coordenação geral de gestão assistencial. Coordenação de educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**, Rio de Janeiro: INCA, 2010, p. 208.

- INCA. **Instituto Nacional do Câncer (Brasil)**. Homepage disponível na internet: www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2, acessado em outubro de 2012.
- INSA, L. L., MOLEON, M. A. B., ESPALLARGAS, A. P. El enfermo de câncer: uma aproximación a su representación social, **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.2, p. 318-327, 2010.
- JOHNSON, Newell W. et al. Global Oral Health Inequalities in Incidence and Outcomes for Oral Cancer: Causes and Solutions. **Advances in Dental Research**, v. 23, n.2, p.237-246, 2011.
- KARRI, V. et al. Patient satisfaction with receiving skin cancer diagnosis by letter: comparison with face-to-face consultation **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v.62, p.1059-1062, 2009.
- KATZ, M. R. et al. Screening for depression in head and neck cancer, **Psycho-Oncology**, v.13, p. 269–280, 2004.
- KENDALL, P. C. et al. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v.11, p.89-299, 1987.
- KILBOURN, K. M. et al. Feasibility of Ease: A Psychosocial Program to Improve Symptom Management in Head and Neck Cancer Patients. (research) **Supportive Care in Cancer**, v.21, n.1, p.191-200, 2013.
- KISS, A. Communication skills training in oncology: a position paper. **Annals of oncology**, v.10, p.899-901,1999.
- LIAO, M. N. et al. Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. **Cancer Nursing**, v.31, p.274-283, 2008.
- LIÉNARD, A. et al. Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians, **Annals of Oncology**, v.17, n.9, p.1450-8; 2006.

- LIÉNARD, A. et al. Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians. **Psycho-Oncology**, v.17, p. 488–496, 2008.
- LIÉNARD, A. et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. **British Journal of Cancer**, v.103, p.171–177, 2010.
- LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v.40, p.584-589, 2005.
- LOBB, E. A.; Halkett, G. K. B. Nowak, A. K. Patient and caregiver perceptions of communication of prognosis in high grade glioma, **Journal of Neurooncology**, v.104, p.315–322, 2011.
- LOPES, M. A., et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, v.52, n.3, p.241-4,1998.
- LOPES, V. L. B. Comunicações dolorosas aos pacientes e familiares. In: Brasil, M.a et al (Org) **Psicologia Médica – A dimensão psicossocial da prática médica**, Rio de Janeiro: Guanabara, 2012, p. 79-86.
- LOYD, M.; BOR, R. Breaking Bad News. In: Loyd, M.; Bor, R. (Org) **Communication Skills for medicine**. New York: Churchill Livingstone, 1996, p. 55-72.
- LUIZ, O. C. e COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.11, p. 2339-2348, 2006.
- MAIA, J. M. D. e WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v.13, n.2, p.91-103, 2005.

- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM** – traduzido (2002)
American Society Association, 4^a. Ed.Artmed, 2004.
- MARI, J.; Williams, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo, **British Journal of Psychiatry**, p. 23-26, 1986.
- MARQUES, L. A. et al. Oral health, hygiene practices and oral câncer/Saúde bucal, práticas de higiene bucal e ocorrência de câncer da cavidade oral **Revista de Saúde Pública**; v.42, n.3, p. 471-9, 2008.
- MAST, M. S., KINDLIMANN, A., LANGEWITZ, W. Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. **Patient Education and Counseling**, v.58, p. 244–25, 2005.
- MAURI, E. A. et al. An exploratory study on the Italian patients' preferences regarding how they would like to be told about their cancer **Support Care Cancer**, v.17, p.1523–1530, 2009.
- MENDOZA-SASSI, R. A., BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v.98, p. 799-804, 2003.
- MINAYO, C. S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Caderno de Saúde Pública**, v.4, n.4, p. 363-81, 1988.
- MOORE, R. J., CHAMBERLAIN, R. M., KHURI, F. R. A qualitative study of head and neck cancer. **Support Care Cancer**, v.12, p. 338-346, 2004.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Collectives for the National Humanization Policy (PNH): co-management in action. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.1, p. 627-40, 2009.

- MOUSSAS, G. et al Psychological and psychiatric problems in cancer patients: Relationship to the localization of the disease, v.23, n.1, p. 46-60, 2012.
- NEWTON, J. T., FISKE, J. Breaking bad news: a guide for dental healthcare professionals **British Dental Journal**, v.186, n.6, p. 278-81, 1999.
- NEWTON, J. T. Reactions to cancer: Communicating with patients, family and carers **Oral Oncology**, v.46, p. 442–444, 2010.
- NWANKWO, K. C.; EZEOME, E. The Perceptions of Physicians in Southeast Nigeria on Truth-Telling for Cancer Diagnosis and Prognosis, **Journal of Palliative medicine**, v.14, n.6, p. 700-3, 2011.
- O'BRIEN, K. et al. An exploration of the perceived changes in intimacy of patients' relationships following head and neck cancer **Journal of Clinical Nursing**, v.21, p. 2499-2508; 2012.
- OJO, B. et al. A systematic review of head and neck cancer quality of life assessment instruments **Oral Oncology**, v.48, n.10, 1-15; 2012.
- PAI, S. I.; WESTRA, W. H. Molecular pathology of head and neck cancer: implications for diagnosis, prognosis, and treatment. **Annual Review Pathology**, v.4, p. 49-70, 2008.
- PAPALÉO-NETTO, M.; KEIN, E. L.; BRITTO, F. C. Avaliação geriátrica multidimensional In: Carvalho-Filho, Eurico T. e Papaléo-Netto, M. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**, 2ª. Ed, São Paulo:Atheneu; 2006, 73-86.
- PAULA, J. M. et al. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, p. 362-8, 2012.
- PERDICARIS, A. M.; SILVA, M. Julia P. A comunicação essencial em Oncologia. In: **Temas em Psicooncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 403-413.

- PEROSA, G. B. et al. Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no *setting* pediátrico In: Crepaldi, M. A.; Linhares, M. B. M.; Perosa, G. B. (Org) **Temas em Psicologia Pediátrica**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p.57-82.
- PETTI, S. Lifestyle risk factors for oral cancer. **Oral Oncology**, v.45, p. 340–350, 2009.
- PINHEIRO, S. N., LAPREGA, M. R., FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 593-8, 2005.
- POLLAK, K. I. et al. Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, p.5748-5752, 2007.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T.A. O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? In: Kerbauy, R. R. (Org) **Sobre Comportamento e Cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**, v.5, 2000, p. 279-289.
- REPETTO, L. et al. Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient-a GIOGer study. **European Journal of Cancer**, v.45, p. 374 – 383, 2009.
- RUIZ, M. T. et al. Epidemiologia e biomarcadores em câncer de cabeça e pescoço **Arquivo de Ciências Saúde**, v.13, n.1, p.34-8, 2006.
- SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, v.18, n.40, p. 371-384, 2008.
- SANTOS, A. C. A. **Consulta médico-paciente: um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidados em saúde**. 2001. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.

- SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, v.10, n.2, p. 209-216, 2005.
- SASTRE, M. T. M., SORUM, P. C., MULLET, E. Breaking Bad News: The Patient's Viewpoint. **Health Communication**, v.26, n.7, p. 649-655, 2011.
- SCHAEPE, K. S. Bad news and first impressions: Patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis. **Social Science & Medicine**, v.73, p. 912 – 921, 2011.
- SCHENCK, D. P. Ethical considerations in the treatment of head and neck cancer. **Cancer Control**, v.9, n.5, p. 410-19; 2002.
- SCULLY, C.; BAGAN, J Oral schamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. **Oral Disorders**, v.15, n.6, p. 388-399; 2009.
- SEIDL, E. M. F.; TÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n.3, p. 225-234; 2001.
- SARAFINO, E. P. Lifestyles to enhance health and prevent illness In: Sarafino, E. P. (Org.) **Health psychology: biopsychosocial interactions**, 6a.ed., 2008, p.141-160.
- SIMÃO, O. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Interface**, v.4, n.7, 2000.
- SINGER, S. et al. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. **Head and Neck**, v.34, p.180-7; 2012.
- SIQUEIRA, J. T. T. Dor em pacientes com câncer de boca: do diagnóstico aos cuidados paliativos **Revista de Dor**, v.10, n.2 p. 792-804, 2009.

- SONTAG, S. Doença como metáfora In: Sontag, S. (Org.) **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**, São Paulo: Companhia das Letras, 2007, p. 9-76.
- SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH) **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.1, p. 681-688, 2009.
- SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L., e LUSHENE, R.E. **State-Trait Anxiety Inventory manual**. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1970.
- SPIEGEL, W. et al. Breaking bad news to cancer patients: survey and analysis **Psycho-Oncology**, v.18, p. 179–186, 2009.
- STAJDUHAR, K. I. et al. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer, **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p. 2039–2047, 2010.
- STIEFEL, F. et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. **Annals of Oncology**, v.21, p. 204–207, 2010.
- STIEFEL, F. et al. Medical Students' Skills and Needs for Training in Breaking Bad News. **Journal of Cancer Education**, v.28, n.1, p. 187-91, 2012.
- STRAUB, R. O. O atendimento de saúde e o comportamento do paciente: O relacionamento entre paciente e profissional de saúde. In: Straub, R. O. (Org) **Psicologia da Saúde**, Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 444-450.
- SUZUKI, N. et al. Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v.37, n.7, p. 800-808; 2011.
- SZMUILOWICZ, E. et al. Improving Residents' End-of-Life Communication Skills with a Short Retreat: A Randomized Controlled. **Trial Journal of Palliative Medicine**, v.13, n.4, p. 439-452, 2010.

- TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p. 165-72, 2007.
- TAYLOR, S. E. Relaciones paciente-proveedor de servicios de salud In: Taylor, S. (ORG), **Health Psychology**. New York: Random House, 6ed.,2005, p.240-260
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 585-97; 2005.
- THORNE, S. E. et al. Time-related communication skills from the cancer patient perspective, **Psycho-Oncology**, v.18, p. 500–507, 2009.
- UITDEHAAG, M. J. et al. Recordings of consultations are beneficial in the transition from curative to palliative cancer care: A pilot-study in patients with oesophageal or head and neck cancer, **European Journal of Oncology Nursing**, v.16, p.109-114, 2012.
- VALISADEH, L. et al. Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients. **Nursing and Health Science**, v.14, p.250–256, 2012.
- VANDE-KIEFT, G.K. Breaking bad news. **American Family Physician**, v.64, n.12, p.1975-8, 2001.
- VARTANIAN, J.G. et al. Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.36, n.2, p. 108–115, 2007.
- VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: Carvalho, V. A. (Org) **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p.15-20.
- VICTORINO, A.B. et al.. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v.10, n.1, p. 53-63, 2007.

- WANG, D. et al. Is therapeutic non-disclosure still possible? A study on the awareness of cancer diagnosis in China. **Support Care Cancer**, v.19, p. 1191–1195, 2011.
- WITTIMAN, E. et al. Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. **European Journal of Cancer Care**, v.20, p. 187–195, 2011.
- WÜNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. **Oral Oncology**, v.38, n.8, p. 737-46, 2002.
- YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, n.1, p. 44-47, 2008.
- YAN, Y. et al. Experiences and Attitudes of Patients With Terminal Cancer and Their Family Caregivers Toward the Disclosure of Terminal Illness. **Journal of Clinical Oncology**, v.28, n.11, p.1950-7, 2010.
- ZAGO, M. M. F. et al. O adoecimento pelo câncer de laringe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, p.2,108-14, 2001.
- ZAMANZADEH, V. The taboo of cancer: the experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians, **Psycho-Oncology**, v.22, p. 396–402, 2013.

Apêndices

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Este é um termo e um convite para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Por favor, após obter as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final. Caso prefira não participar, não haverá qualquer problema nem interferência em seu tratamento usual.

Título da Pesquisa: Caracterização de pacientes em processo diagnóstico de lesão na região da cabeça e do pescoço de um Centro Odontológico

Pesquisador responsável: Karen Mendes Graner

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Cerqueira.

Telefone para contato: (19) 2106-5276

Justificativa: Esta pesquisa, realizada no Centro de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Bucais - OROCENTRO– FOP/Unicamp, ocorre pela necessidade de se caracterizar o perfil dos pacientes em processo diagnóstico e recebimento de laudo, com relação aos aspectos sócio-demográficos e estilo de vida, além de identificar relatos verbais sobre a saúde física e mental, e comportamentos ligados ao contexto de cuidado com a saúde. Este trabalho poderá oferecer um olhar ampliado sobre o paciente em estado de vulnerabilidade obtendo também relatos sobre a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais e sobre o percurso necessário para um prognóstico adequado.

Objetivos: O estudo objetiva descrever características sociodemográficas, aspectos de estilo de vida, saúde física e mental, comportamentos de auto-cuidado com a saúde, e avaliar a compreensão do diagnóstico comunicado, as expectativas em relação ao tratamento e a satisfação com o atendimento recebido de pacientes de um centro odontológico em situações de suspeita de lesão maligna em região de cabeça e pescoço.

Procedimentos: O delineamento está proposto em 02 etapas: 1ª. etapa: Após indicação do paciente à pesquisadora, esta explicará ao paciente o TCLE e, caso aceite participar da pesquisa, fará uma entrevista, avaliará a ansiedade através do IDATE Traço-Estado, os níveis de depressão através do Inventário de Depressão de BECK (BDI), o consumo do álcool através do AUDIT, e aplicará um instrumento que visa identificar a presença de transtornos psiquiátricos menores: o SRQ; 2ª etapa: Aproximadamente sete dias após, será feita uma segunda entrevista com o paciente para identificar relatos sobre compreensão acerca do conteúdo fornecido pelo profissional, dúvidas, expectativas sobre o tratamento médico e odontológico, satisfação com a forma como o dentista vem se comunicando e com o atendimento odontológico, e o percurso que pretende seguir após a informação. Os instrumentos IDATE-Estado e o BDI serão re-aplicados. As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas para posterior análise. Os procedimentos não serão modificados até o final da pesquisa e o que for obtido durante as entrevistas será de uso exclusivo para estudo da pesquisadora e de seu orientador, não havendo identificação do paciente.

Desconfortos, Riscos Previsíveis e Benefícios: Não há previsão de qualquer tipo de risco ou prejuízo que a pesquisa possa provocar e não haverá benefícios e vantagens diretas ao paciente. O participante pode sentir algum constrangimento ou desconforto com relação às gravações em áudio, mas é garantido o sigilo de todas as informações pessoais do participante. Caso a pesquisadora identifique que o paciente possui dúvidas com relação ao conteúdo oferecido pelo profissional, o dentista será imediatamente solicitado para retomar a consulta. Além disso, o paciente será acompanhado pela pesquisadora oferecendo apoio psicológico, independente do resultado do laudo. Os dados fornecidos pelos pacientes poderão ser divulgados em reuniões científicas, sem informações pessoais (por exemplo: nome do sujeito). Os participantes poderão receber informações sobre os dados coletados. Todas essas informações serão oferecidas no momento da explicação do TCLE.

Forma de Acompanhamento e Garantia de Esclarecimento: O paciente será acompanhado pelos dentistas do Orocentro conforme protocolo de atendimento do serviço, independente de sua inclusão na pesquisa. Qualquer problema observado pela pesquisadora, através das entrevistas com os pacientes, com relação ao contexto de atendimento, será relatado ao dentista. Garante-se que qualquer pergunta ou esclarecimento sobre a pesquisa, solicitado pelo paciente, será respondido. A pesquisadora assume o compromisso de proporcionar toda a informação obtida. Além disso, garante-se que será oferecido apoio psicológico ao paciente quando necessário. Se tiver qualquer dúvida, poderá entrar em contato com Karen, pessoalmente ou por telefone (2106-5276).

Grupo Placebo ou Controle: Não existe grupo placebo neste estudo.

Liberdade de Recusar a Participar: O paciente tem a liberdade de deixar participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento. A participação nesta pesquisa é voluntária e a retirada do consentimento não implicará em qualquer transtorno ou dano aos profissionais.

Garantia de Sigilo: A pesquisadora se compromete a guardar todas as informações da pesquisa, não revelando a identidade do voluntário que as forneceu.

Forma de Ressarcimento :Não há previsão de ressarcimento, pois não há previsão de custos para o participante.

Previsão de indenização: Como não há previsão de riscos, não há previsão de indenização.

Garantia de entrega de cópia: É garantida a entrega de uma cópia do presente Termo ao participante.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, R.G. _____,

abaixo assinado, concordo em colaborar com a pesquisa “Análise do processo de comunicação entre odontólogo e paciente durante a entrega do laudo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Karen Mendes Graner sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer penalidade ou interrupção do tratamento.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: ____/____/____

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Faculdade de Odontologia de Piracicaba: Av. Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13.414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax (19) 2106-5349, e-mail cep@fop.unicamp.br e webpage www.fop.unicamp.br/cep.

Data: ___/___/___

Apêndice 2

Paciente: _____

Prontuário: _____ Telefone: () _____

Acompanhante: _____ Grau de parentesco: _____

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Idade: _____

Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

Escolaridade no. anos _____

- (1) 1ª a 5ª série (Ciclo I)
 - (2) 6ª a 9ª série (Ciclo II)
 - (3) Ensino Médio Incompleto
 - (4) Ensino Médio Completo
 - (5) Ensino Superior Incompleto
 - (6) Ensino superior Completo
 - (7) Não alfabetizado
 - (8) Outro
- _____

Renda Familiar _____

Quantas pessoas vivem c/ a renda _____

Renda per capita _____

- (1) < 1 sal. min.
- (2) 1-2 sal.min.
- (3) 2 ou > sal.min.
- (4) 3-4 sal.min.
- (5) 4 a > sal.min.

Ocupação _____

() formal () informal

Posição na Ocupação:

- (1) Empregado
- (2) Desempregado
- (3) licença médica/aux.doença
- (4) aposentado/pensionista
- (5) nunca trabalhou
- (6) do lar

Situação Conjugal:

- (1) união consensual
- (2) solteiro
- (3) viúvo
- (4) separado
- (5) casado

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA Apêndice 3

1. ESTILO DE VIDA

Uso de tabaco () sim () Não () Tabagista pregresso

Uso de álcool () sim () não () Etilista Progresso

2. APOIO SOCIAL

Tem com quem dividir seus problemas? () não () sim Com quem?

Sente-se satisfeito com o apoio que recebe? () não () sim

Professa alguma religião? () sim () católica () evangélica () outra

3. SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Como você está se sentindo hoje?

Possui algum problema de saúde? () não () sim Qual (is)? _____

Está fazendo algum tipo de tratamento? () sim () não Qual (is)? _____

O que é, para você, ter saúde?

Considero a minha saúde: Muito Ruim () Ruim () Média () Boa () Muito boa () NR ()

O que poderia mudar para melhorar sua saúde?

Qual é motivo da sua consulta hoje?

Qual é sua queixa principal?

Há quanto tempo observa esses sintomas e/ou a lesão?

() 1 -7 dias () 7 - 14 dias () 14-30 dias () 30 - 60 dias () 60 – 90 dias () 90 – 120 dias () 120 - 365 dias () mais _____

Qual procedimento será realizado daqui em diante?

4. EXPECTATIVAS

O que acha que pode estar acontecendo (lesão)?

Quais são as suas expectativas com relação ao atendimento dos dentistas do Orocentro?

Em sua opinião, há algo que possa ser melhorado no Orocentro? Por favor, explique.

Apêndice 4

Entrevista com Paciente II

Data: ___/___/___

Paciente: _____ Duração: _____

Acompanhante: _____ Parentesco: _____

- 1) Como foi a sessão com o dentista?
- 2) Como está se sentindo neste momento?
- 3) Como foi para você receber o diagnóstico? O que sentiu?
- 4) Por favor, explique o que você entendeu sobre o que lhe foi informado acerca de seu caso.
- 5) E o que você *não* entendeu (dúvidas) sobre o que lhe foi informado?
- 6) Com quem pretende tirar suas dúvidas?
- 7) De acordo com as informações que obteve, como você deve agir/proceder daqui em diante?
- 8) Como a sua doença será tratada?
- 9) Você acha que os dentistas conversaram com você de uma forma fácil de entender? Por quê?
- 10) O que você gostaria que tivesse sido diferente quanto ao modo como eles vêm conversando com você?
- 11) Você tem alguma sugestão sobre como os dentistas deveriam repassar informações para os pacientes e seus familiares?
- 12) Quais são suas expectativas com relação ao dentista, daqui em diante?
- 13) E com relação ao médico que o (a) atenderá?

Anexos

IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de **como você se sente neste momento**.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo..... 4 Um pouco 2
Bastante..... 3 Absolutamente não1

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17 .. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.....	1	2	3	4

IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de **como você geralmente se sente**.

AVALIAÇÃO

Quase sempre..... 4 Às vezes.....2

Frequentemente.....3 Quase nunca.....1

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me bem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Canso-me facilmente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho vontade de chorar..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me descansado (a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sou calmo (a), poderado (a) e senhor (a) de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver
..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me seguro (a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sinto-me deprimido (a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estou satisfeito (a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Às vezes, as idéias sem importância me entram cabeça
e ficam me preocupando..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos tão à sério que não consigo
tirá-lo os da cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sou uma pessoa estável..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus
problemas do momento..... | 1 | 2 | 3 | 4 |



Anexo 2

Nome: _____ Data: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- 1 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- 2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

- 3 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

- 4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

- 5 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.

- 6 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que vou ser punido.
 3 Acho que estou sendo punido.

- 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.

- 8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 9 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

- 10 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.

- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
- 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
- 14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.
- 15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo l a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.
- 19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____ Não _____
- 20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Anote aqui o resultado <input type="checkbox"/></p>	



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CERTIFICADO



O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço: aspectos psicológicos, percepções e expectativas**", protocolo nº 014/2010, dos pesquisadores Karen Mendes Graner e Antonio Bento Alves de Moraes, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 08/04/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Patients undergoing diagnosis of a head and neck cancer: psychological aspects, perceptions and expectations**", register number 014/2010, of Karen Mendes Graner and Antonio Bento Alves de Moraes, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 04/08/2013.

Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
 Secretário
 CEP/FOP/UNICAMP

Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
 Coordenadora
 CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
 Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.