

# Attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis

Miguel Henrique Freiberger\*  
Elcio Luiz Bonamigo\*

## Abstract

Communication is an essential component of the doctor-patient relationship, especially when disclosing the diagnosis of a serious illness. The aim of this study was to describe the attitude of oncology patients regarding the disclosure of their diagnosis by the attending physicians. A questionnaire with 21 questions was applied to 210 patients from the hospital oncology sector. Statistical analysis was performed using the Statistica® 7.0 program (StatSoft) with application of Fisher's Exact Test and Pearson's Chi-square. The majority perceived that the doctor was calm (85.71%) and kind (90%). Regarding the way their diagnosis was disclosed, most were satisfied (92.43%), although there was a difference in attitudes, especially in the 50-59 age group, which showed less agreement ( $p = 0.0171$ ). The majority (80.48%) considered that the physician was prepared to make the disclosure, with less agreement among participants of greater age group ( $p = 0.0338$ ). Adequate disclosure of the diagnosis was considered an important behavior, more so by the age group up to 39 years ( $p = 0.037$ ) and by women ( $p = 0.0084$ ). However, 28.57% of the participants reported a lack of opportunity to ask questions, 14.28% considered the doctor anxious, 13.81% would have liked the diagnosis to occur differently, and 10% indicated that the doctor showed a lack of kindness. It is concluded that the majority of the patients agreed with the way in which the diagnosis was revealed by the physician, but that some failures point to the need to emphasize the teaching of how to communicate of bad news during medical school, post-graduate, and continuing education.

**Keywords:** Communication in health. Revealing the truth. Physician-Patient Relationship. Learning. Bioethics.

## INTRODUCTION

In health care, those who receive a diagnosis containing bad news can hardly forget this negative moment for the rest of their lives<sup>1</sup>. Communication involving the disclosure of bad news is a delicate task in the medical field since it is potentially able to drastically alter the patient's perception of his or her future<sup>2</sup>.

Bad news is any negative information about the state of health of the patient, and to some extent, the interpretation is subjective and dependent on previous life experiences, personality, religious beliefs, philosophical point of view, social support, and emotional strength<sup>3,4</sup>. During the development of their disease, the two most difficult phases for cancer patients to endure are diagnostic investigation and disclosure of the results. If the diagnosis is communicated by professionals to whom they are only temporarily linked, or with whom the patient maintains a less-significant degree of relationship, they feel less welcome<sup>5</sup>.

The expansion of human autonomy has placed more value on information. Although there are exceptions, most patients want to know the truth about their disease, and the availability of this information constitutes an opportunity to exercise their full autonomy and, consequently, to prepare them for facing the difficulties that are to come. There is no evidence that such disclosure may cause depression, although there is a report of patient suicide after being notified of a serious diagnosis<sup>6,7</sup>.

The Code of Medical Ethics, in compliance with the principle of non-maleficence, recommends that, in justifiable situations, the diagnosis should not be communicated to the patient but to a representative<sup>8</sup>. With the purpose of favoring the disclosure of information and causing the least possible harm, the SPIKES Protocol emerged within the scope of oncology as an efficient and didactic

DOI: 10.15343/0104-7809.20184202393414

\* Universtiy of the West of Santa Catarina – UNOESC, Joaçaba-SC, Brasil.  
E-mail: mhfreiberger@gmail.com

guide containing six steps to conducting the disclosure process<sup>9</sup>.

Doctors and patients may disagree about the effectiveness of the disclosure. Some patients, unlike physicians, may interpret that they were not given sufficient information because the information they received was decontextualized from their social, religious, and cultural circumstances<sup>10</sup>. Therefore, it is possible that cancer patients are not receiving information about their oncological diagnosis and, in this context, the present study had the objective of describing the attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis by the attending physicians.

## METHODS

The research was carried out in the period of 05/19/2016 to 11/28/2016, in the Oncology sector of Santa Terezinha University Hospital (HUST) in Joaçaba, Santa Catarina. HUST is a reference hospital that specializes in oncology and treats patients from more than 55 municipalities, which total more than 600,000 inhabitants. The Oncology sector is subdivided into an outpatient clinic, which has several offices where oncological consultations are performed, and a room where patients undergo chemotherapy.

The study sample consisted of 210 (22.58%) cancer patients from a total of 930 who were being treated in the Oncology department of HUST, with a confidence level of 90%. Inclusion criteria were: patients of both sexes; over 18 years of age; diagnosed with any type of cancer and at any stage of treatment; in outpatient follow-up regardless of the time since their diagnosis; consent to participate in the study; and have signed the free and informed consent terms. The following exclusion criteria were adopted: patient under 18 years of age; patient unable to respond to the questions formulated by the researcher; or patient did not agree to participate in the study.

As a data collection instrument, a form containing 8 general and 13 specific, closed questions was used, which allowed binary, multiple choice and step responses<sup>11</sup>. To collect

the data, patients were approached at random while waiting for their appointment in the lobby of the Oncology sector or while undergoing chemotherapy. The researcher presented and explained the goal and purpose of the study and assured the patient of the confidentiality of the information collected and that he or she would not be identified. The patient was also informed that he or she was free to choose to participate, or not, in the study. After acceptance, the participant was provided with two copies of the Free and Informed Consent Terms (TCLE) to sign, one for the researcher and one for the subject, as recommended in Resolution No. 466 of December 12, 2012, by the National Health Council<sup>12</sup>.

After data collection, the data from the questionnaires were tabulated and calculated in absolute numbers and percentages. Statistical analysis was performed using Statistica<sup>®</sup> 7.0 (StatSoft). Fisher's Exact Test and Pearson's Chi-square were performed, depending on the arrangement of the comparisons between the variables performed. Participants were grouped by gender (male and female) and age group (up to 39 years, 40-49 years, 50-59 years, 60-69 years and 70 years or more). The level of significance was set at  $p \leq 0.05$ .

The board of HUST was previously contacted, and formal authorization was requested to authorize the research, which began after the approval of the Research Ethics Committee of UNOESC, under the number 1,458,369.

## RESULTS

Table 1 shows the sociodemographic characteristics of the sample studied. It was observed that the majority of the participants are married women, have completed primary education, Catholic, and with less than one year of diagnosis.

The results referring to the specific questions are presented in Table 2. Among the data collected, it is observed that the majority received the disclosure of their diagnosis in a private environment, highlighting the doctor's office as the place most used for this disclosure and the doctor was most often the professional

who delivered the diagnosis. The majority of patients considered the cancer diagnosis considered bad news and noticed that the doctor was calm or kind. Most participants agreed with the way their diagnosis was delivered and said that the physician was prepared for the disclosure.

Table 3 shows the responses of cancer patients to specific questions stratified by sex. There was a significant difference in relation

to the importance of adequate disclosure of the diagnosis of cancer by physicians, with more women (77.60%) than men (57.65%) reporting the highest grade ( $p = 0.0084$ ). Likewise, more women than men considered the oncological diagnosis as bad news and this result approached statistical significance ( $p = 0.0533$ ). The answers to the specific questions were also stratified by age group, as shown in Table 4.

**Table 1** – Sociodemographic data of cancer patients. Joaçaba, SC, 2016 (n = 210).

Sociodemographic data	N	%
<b>Sex</b>		
Female	125	59.52
Male	85	40.48
<b>Age (years)</b>		
Mean	57,3	
Minimum/Maximum	18-83	
<b>Civil Status</b>		
Single	31	14.76
Married	132	62.86
Separated/Divorced	15	7.14
Widowed	32	15.24
<b>Level of Scholaryity</b>		
Illiterate	8	3.81
Primary Incomplete	124	59.05
Primary	23	10.95
Secondary Incomplete	6	2.86
Secondary	35	16.67
College	9	4.28
Post-graduate	5	2.38
<b>Religion</b>		
Catholic	170	80.95
Protestant	10	4.76
Evangelical	29	13.81
Spiritist	1	0.48
<b>Time since Diagnosis (years)</b>		
0 to 1	83	39.52
1 to 2	42	20.00
2 to 3	19	9.05
3 to 4	16	7.62

*to be continued...*

...continuation - Table 1

4 to 5	11	5.24
5 to 6	10	4.76
6 to 7	9	4.29
7 to 8	5	2.38
8 to 9	4	1.90
9 to 10	2	0.95
10 or more	9	4.29

396

**Table 2** – Answers to specific questions. Joaçaba, SC, 2016 (n = 210).

Specific questions	N	%
<b>Place where patient was informed of the diagnosis:</b>		
Collective environment	12	5.71
Private environment	198	94.29
<b>Specific place where the diagnosis was disclosed:</b>		
Doctor's office	190	90.46
Hospital ward	8	3.81
Private room	3	1.43
By telephone	1	0.48
Other: Where?		
- Waiting room of a public health clinic	1	0.48
- At home	5	2.38
- During examination	1	0.48
- Hospital emergency room	1	0.48
<b>Considered the diagnosis bad news:</b>		
Yes	166	79.05
No	44	20.95
<b>Person who informed the patient of the diagnosis:</b>		
Doctor	199	94.75
Nurse	1	0.48
Psychologist	0	0
Family member	8	3.81
Student	0	0
Other: Who?		
- Dentist	1	0.48
- Social Worker	1	0.48

to be continued...

...continuation - Table 2

<b>Behavior of the person delivering the diagnosis:</b>		
Very anxious	12	5.72
Anxious	18	8.57
Calm	136	64.76
Very calm	44	20.95
<b>Did the person delivering the diagnosis seem kind?</b>		
Yes	189	90.00
No	21	10.00
<b>Patients' satisfaction with the way they were informed of their diagnosis:</b>		
Totally satisfied	179	85.24
Partially satisfied	13	6.19
Partially unsatisfied	8	3.81
Totally unsatisfied	10	4.76
<b>The diagnosis should have been given in another way:</b>		
No	181	86.19
Yes		
- To better explain the disease	13	6.19
- To be more empathetic	16	7.62
<b>Thought that the person informing them of the diagnosis was prepared:</b>		
Yes	169	80.48
No	24	11.43
I don't know	17	8.09
<b>Was given the opportunity to ask questions:</b>		
Yes	150	71.43
No	60	28.57
<b>Received another diagnosis that they considered bad news:</b>		
Yes	53	25.24
No	157	74.76
<b>Importance of adequate communication of the diagnosis:</b>		
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	5	2.38
4	59	28.10
5	146	69.52

**Table 3** – Statistical correlations of responses stratified by sex. Joaçaba, SC, 2016 (n = 210).

Question 9: Where were you informed of your cancer diagnosis?					
	Private Setting	Collective Setting	p		
Female	118 (94.40%)	7 (5.60%)	0.5784		
Male	80 (94.12%)	5 (5.88%)			
Question 11: Did you consider the cancer diagnosis bad news?					
	Yes	No	p		
Female	104 (83.20%)	21 (16.80%)	0.0533		
Male	62 (72.94%)	5 (5.88%)			
Question 14: How was the behavior of the person who delivered your cancer diagnosis?					
	Very Anxious	Anxious	Calm	Very Calm	p
Female	9 (7.20%)	11 (8.80%)	78 (62.40%)	27 (21.60%)	0.6731
Male	3 (3.53%)	7 (8.24%)	58 (68.24%)	17 (20%)	
Question 15: Did you feel that the person who delivered your cancer diagnosis?					
	Yes	No	p		
Female	109 (87.20%)	16 (12.80%)	0.0733		
Male	80 (94.12%)	5 (5.88%)			
Question 16: What was your satisfaction about the way in which the professional communicated the diagnosis?					
	Totally Satisfied	Partially Satisfied	Partially Unsatisfied	Totally Unsatisfied	p
Female	103 (82.40%)	8 (6.40%)	7 (5.60%)	7 (5.60%)	0.3282
Male	76 (89.41%)	5 (5.88%)	1 (1.8%)	3 (3.53%)	
Question 17: Would you have preferred you cancer diagnosis to be given another way?					
	Yes	No	p		
Female	21 (16.80%)	104 (83.20%)	0.0919		
Male	8 (9.41%)	77 (90.59%)			
Question 18: Did you notice that the person who delivered the cancer diagnosis was prepared to do so?					
	Yes	No	I don't know	p	
Female	100 (80%)	15 (12%)	10 (8%)	0.9510	
Male	69 (72.94%)	9 (10.59%)	7 (8.26%)		
Question 19: Did you have the opportunity to ask your professional questions about your cancer diagnosis?					
	Yes	No	p		
Female	88 (70.40%)	37 (29.60%)	0.4050		
Male	62 (72.94%)	23 (27.06%)			

*to be continued...*

...continuation - Table 3

Question 21: On a scale from 0 (zero) to 5 (five), where zero means "not at all important" and five "extremely important", how do you rate the importance of adequate communication of cancer diagnosis to patients?							
	0	1	2	3	4	5	p
Female	0	0	0	2 (1.60%)	26 (20.80%)	97 (77.60%)	0.0084
Male	0	0	0	3 (3.53%)	33 (38.82%)	49 (57.65%)	

**Table 4** – Statistical correlations of responses stratified by age group. Joaçaba, SC, 2016 (n = 210).

Question 9: Where were you informed of your cancer diagnosis?					
	Private Setting	Collective Setting	p		
≤ 39 years	21 (100%)	0	0.0231		
40-49 years	40 (100%)	0			
50-59 years	45 (93.75%)	3 (13.56%)			
60-69 years	51 (86.44%)	8 (13.56%)			
≥ 70 years	41 (97.62%)	1 (2.38%)			
Question 11: Did you consider the cancer diagnosis bad news?					
	Yes	No	p		
≤ 39 years	16 (76.19%)	5 (23.81%)	0.7756		
40-49 years	32 (80%)	8 (20%)			
50-59 years	41 (85.42%)	7 (14.58%)			
60-69 years	45 (76.27%)	14 (23.73%)			
≥ 70 years	32 (76.19%)	10 (23.81%)			
Question 14: How was the behavior of person who communicated your cancer diagnosis?					
	Very Anxious	Anxious	Calm	Very Calm	p
≤ 39 years	6 (28.57%)	15 (71.43%)	0	0	0.4468
40-49 years	5 (12.50%)	26 (65%)	6 (15%)	3 (7.50%)	
50-59 years	11 (22.91%)	30 (62.50%)	4 (8.33%)	3 (6.26%)	
60-69 years	16 (27.11%)	33 (55.93%)	6 (10.17%)	4 (6.79%)	
≥ 70 years	6 (14.29%)	32(76.19%)	2 (4.76%)	2 (4.76%)	
Question 15: Did you feel that person who communicated your diagnosis was kind?					
	Yes	No	p		
≤ 39 years	19 (90.48%)	2 (9.52%)	0.1654		
40-49 years	33 (82.50%)	7 (17.50%)			
50-59 years	41 (85.42%)	7 (14.58%)			
60-69 years	56 (94.92%)	3 (5.08%)			
≥ 70 years	40 (95.24%)	2 (4.76%)			
Question 16: What was your satisfaction about the way in which the professional communicated the diagnosis?					
	Totally Satisfied	Patially Satisfied	Patially Unsatisfied	Totally Unsatisfied	p
≤ 39 years	18 (85.71%)	2 (9.52%)	1 (4.77%)	0	0.6754
40-49 years	31 (77.50%)	3 (7.50%)	3 (7.50%)	3 (7.50%)	
50-59 years	38 (79.17%)	4 (8.33%)	4 (8.33%)	2 (4.17%)	
60-69 years	55 (93.22%)	2 (3.40%)	1 (1.69%)	1 (1.69%)	
≥ 70 years	37 (88.09%)	2 (4.76%)	1 (2.39%)	2 (4.76%)	

to be continued...

...continuation - Table 4

<b>Question 17: Would you have preferred your cancer diagnosis to be given another way?</b>							
	Yes		No		p		
≤ 39 years	2 (9.52%)		19 (90.48%)		0.0171		
40-49 years	10 (25%)		30 (75%)				
50-59 years	10 (20.83%)		38 (79.17%)				
60-69 years	2 (3.39%)		57 (96.61%)				
≥ 70 years	5 (11.91%)		37 (88.09%)				
<b>Question 18: Did you notice that the person who deliver the cancer diagnosis was prepared to do so?</b>							
	Yes	No	I don't know		p		
≤ 39 years	19 (90.48%)	2 (9.52%)	0		0.0338		
40-49 years	32 (80%)	6 (15%)	2 (5%)				
50-59 years	35 (72.92%)	10 (20.83%)	3 (6.25%)				
60-69 years	51 (86.44%)	4 (6.78%)	4 (6.78%)				
≥ 70 years	32 (7.19%)	2 (4.76%)	8 (19.05%)				
<b>Question 19: Did you have the opportunity to ask your professional questions about your cancer diagnosis?</b>							
	Yes		No		p		
≤ 39 years	18 (85.71%)		3 (14.29%)		0.2186		
40-49 years	31 (77.50%)		9 (22.50%)				
50-59 years	34 (70.83%)		14 (29.17%)				
60-69 years	42 (71.19%)		17 (28.81%)				
≥ 70 years	25 (59.52%)		17 (40.48%)				
<b>Question 21: On a scale from 0 (zero) to 5 (five), where zero means "not at all important" and five "extremely important", how do you rate the importance of adequate communication of cancer diagnosis to patients?</b>							
	0	1	2	3	4	5	p
≤ 39 years	0	0	0	0	2 (9.52%)	19 (90.48%)	0.0370
40-49 years	0	0	0	0	9 (22.50%)	31 (77.50%)	
50-59 years	0	0	0	1 (2.08%)	9 (18.75%)	38 (79.17%)	
60-69 years	0	0	0	2 (3.39%)	21 (35.59%)	36 (61.2%)	
≥ 70 years	0	0	0	2 (4.76%)	18 (42.86%)	22 (52.38%)	

## DISCUSSION

Generally analyzing the data collected from the patients, it was observed that, for the majority, the diagnosis was revealed in a private environment, usually in the doctor's office, and there was no difference in perception between the sexes. However, in relation to age, the 60 to 69 years age group had the greatest number of patients who received the result in a collective setting. Although the research is limited as to the sample, this data emphasizes the need for privacy at the moment the bad news is given, and the office, or any private room, is the ideal

environment for this delicate disclosure. If there is no possibility of a private environment, it is suggested that at least one curtain be used to separate the patient from the others to create a less-invasive space at the time of the conversation<sup>9</sup>.

Most patients considered the diagnosis of cancer as bad news, especially women. The fact that men, less frequently, consider this may correlate with the fact that they seek less assistance in health units and in the doctor's offices, tending to minimize their problems<sup>13</sup>.

This unconcern about health, as well as other specific masculine behaviors, can be attributed to cultural and social aspects of their upbringing<sup>14</sup>.

For questions regarding the way the cancer diagnosis was given, it was found that most respondents considered the communicator's posture to be calm. However, regarding they showed kindness, there were different responses between the sexes and the result was very close to being significant. Thus, despite the limitation of the study, it was evident that the attitude may differ and that women are more sensitive to the communicator's mannerism. In relation to this same aspect, in the comparison by age groups, there was no significant difference in responses. Despite the moment of weakness due to the emotional context of the existence of the disease and their unfavorable clinical condition imposed by the illness, patients pay attention to the mannerism of those assisting them. In this context, a study with cancer patients indicated that dialogue, empathy, and politeness were qualities considered necessary in physicians by the majority of patients interviewed<sup>15</sup>. In another study that aimed to evaluate the patients' perception of the presence of medical students in outpatient clinics<sup>16</sup>, some reported a lack of respect and consideration, pointing out the possibility that this negative attitude may exist since the time of their medical training.

For some specific points of the transmission of bad news, such as form, satisfaction, disclosure environment, professional preparation and opportunity to resolve doubts, the majority responded favorably and there were no significant differences between the groups. However, in stratification by age group, there was a difference in attitude regarding the way of communicating the diagnosis and the preparation of the communicator, since the participants between 60 and 69 years old showed greater acceptance. Participants of this age group were also the ones who least cared about revelation in a collective environment, perhaps because they were more dependent and more in need of sharing their problems with others. The group that most considered the physician prepared for the disclosure was that of participants aged up to 39 years and

those who disagreed the most from 50 to 59 years, signaling a difference of perception between the age groups, the younger group being less critical in relation the conduct of the communicator. However, other factors may influence this response, such as: patient's degree of culture, type of cancer, and age of the doctor since the younger ones tend to offer more information<sup>12</sup>.

When asked to choose a score from zero to five on the importance of adequate communication of the cancer diagnosis, most participants indicated the maximum score (5) (Table 2). When comparing the results by sex, it was found that women, because they assigned a grade of 5 in greater number, considered that the adequate communication of the diagnosis was more important than the men. In this respect, it should be emphasized that men tend to minimize adverse health conditions, considering that they are invulnerable, and that disease is a sign of fragility<sup>13</sup>. Likewise, in the comparison by age range, participants with up to 39 years of age attributed more grades 5 than the other age groups. This group also considered, in greater number, that the professional was prepared for the disclosure, evidencing its lesser degree of exigency.

Despite being indicated by a minority, some negative aspects of bad news disclosure have been mentioned, such as anxiety, lack of kindness, incomplete or inadequate information, and lack of opportunity to ask questions. These behaviors can be resolved through the development of communication skills. In this context, recent studies with cancer patients have concluded that during medical and postgraduate training, since disclosing a diagnosis is something which can be practiced, it should be studied, considering ways to make it effective, including the development of the qualities of learning to listen, listening, and being humble about one's knowledge<sup>4,15</sup>.

It is unrealistic to expect that the disclosure of bad news would always be perfect, without mistakes or misunderstandings. However, since it is a fundamental goal of the physician-patient relationship, it is understood that the physician's commitment to improving disclosure can minimize any flaws. In the preventive aspect, good communication is one of the objectives

highlighted in the curricular guidelines for medical courses in force in Brazil<sup>17</sup>.

In this scenario, one of the reasons that could be listed to explain possible failures in communication would be the working condition of the health professional, especially in public health, may present structural and organizational problems. The excessive number of patients treated and too much workload, when associated with shifts, are factors that limit the physician's time in patient care and increase his level of stress.

In this context, Nogueira-Martins<sup>18</sup> emphasizes that, in addition to the increasingly complex relationship between doctors and patients, most professionals consider it to be an exhausting activity, with overwork and multiple employment, which can hinder good communication.

On the other hand, the non-valuation of the doctor-patient relationship results in less empathy on the part of the professional during the disclosure of the diagnosis. This poor physician-patient interaction may be related to training that is centered on diagnosis and

treatment, resulting in a lack of interaction with the community and less appreciation of human needs<sup>19</sup>.

The behavior of the professional may vary and training in communication decreases the stress-level in relation to the untrained, emphasizing the importance of training<sup>20</sup>. Such attitudes express the idea that medical-humanistic training needs to be encouraged in all future professionals to understand the physical and psychological aspects of symptoms<sup>15</sup>, emphasizing emotional support for the patient as a determining factor in reducing the negative impact of disclosure<sup>5</sup>.

When it comes to delivering bad news, empathy and good doctor-patient relationship, among other qualities, are fundamental pillars for successful communication. However, it is not enough to be empathic so that unwanted news is received without trauma. It is equally relevant that, through appropriate methodologies, because it is a practicable exercise<sup>4</sup>, physicians improve their communication techniques<sup>21</sup> so that their conduct, in addition to avoiding harm, provides greater benefit to the patient.

## CONCLUSION

The results allow us to conclude that the patients agreed with the way in which the diagnosis was communicated and with the professional's conduct during the disclosure. Most received disclosure in a private environment and women, in greater numbers than men, considered the diagnosis of cancer to be bad news. The majority considered that the professional was sufficiently prepared to disclose the diagnosis, especially younger patients, although the 50-59 age group disagreed more, and a certain portion of women would have preferred the diagnosis to occur differently. Young people and women

in greater numbers considered it important that the disclosure of bad news to patients be done in an adequate way. Most participants had the opportunity to ask questions during the disclosure of their diagnosis.

Although most agreed with the way the diagnosis was delivered, some patients disagreed. Given the limitations of the research regarding the sample, it is inferred that there is a need to emphasize the teaching of how to deliver bad news during medical school, postgraduate, and continuing education so that harm to the patient is minimized as much as possible.

## REFERENCES

1. Lima AEA. ¿Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Revista Argentina de Cardiología. v. 71, n. 3, maio/jun 2003.
2. Gomes Sancho M. Como dar las malas noticias em medicina. Madrid: Editora Aran, 2006.
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J. 1984;288(6430):1597-9.
4. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc). 2006;127(15):580-3.

5. Bianchini D; Peuker AC; Romeiro FB; Castro EK. Comunicação em oncologia: uma análise qualitativa sob o enfoque psicanalítico. *Psicologia em Estudo*. 2016;21(2):349-58.
6. Soares LSB; Larissa P. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. *Ciência & Saúde*. 2016;9(1):30-37.
7. Engelhardt D. La verdad junto al lecho del enfermo en un panorama histórico. In: Engelhardt D. *Bioética y humanidades médicas*. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2004 231p p.177-186.
8. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n.1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Conselho Federal de Medicina, Brasília (DF); 2010.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncol*. 2000;5(4):302-11.
10. Rosa MB. Comunicação em oncologia: o que o médico deve informar ao paciente? *Salud & Sociedad*. 2017;8(3):228-239.
11. Vieira S. Como Elaborar Questionários. São Paulo: Atlas; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 13 jun 2013 [citado 29 jun 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
14. Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):35-46.
15. Bastos LOA; Andrade EM; Andrade EO. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (3): 563-76.
16. Berwanger J, de Geroni GD, Bonamigo EL. Estudantes de Medicina na percepção dos pacientes. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(3):552-62.
17. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília (DF); 2014.
18. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. bras. med. trab*. 2003;(1):56-68.
19. Grossemann S, Patrício ZM. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. *Rev. bras. educ. med*. 2004;28(2):99-105.
20. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347(9003):724-28.
21. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*. 2010;18(3):725-42.

# Atitude de pacientes oncológicos quanto à revelação de seu diagnóstico

Miguel Henrique Freiberg\*  
Elcio Luiz Bonamigo\*

## Resumo

A comunicação é um componente essencial da relação médico-paciente, em especial durante a revelação do diagnóstico de uma doença grave. O objetivo deste estudo foi descrever a atitude de pacientes oncológicos quanto à revelação do diagnóstico pelos médicos assistentes. Aplicou-se um questionário com 21 questões para 210 pacientes do setor de oncologia hospitalar. A análise estatística foi realizada por meio do programa Statistica® 7.0 (StatSoft) com aplicação do Teste Exato de Fisher e do Qui-quadrado de Pearson. A maioria percebeu o médico calmo (85,71%) e gentil (90%). Quanto à maneira da revelação, a maioria mostrou-se satisfeita (92,43%), embora tenha havido diferença de atitude, sobretudo da faixa etária de 50-59 anos que manifestou menor concordância ( $p=0,0171$ ). A maioria (80,48%) considerou que o médico estava preparado para fazer a comunicação, com menor concordância dos participantes de maior faixa etária ( $p=0,0338$ ). A comunicação adequada do diagnóstico foi considerada uma conduta importante, sobretudo pela faixa etária até 39 anos ( $p=0,037$ ) e pelas mulheres ( $p=0,0084$ ). Entretanto, 28,57% dos participantes referiram falta de oportunidade para tirar dúvidas, 14,28% consideraram o médico ansioso, 13,81% gostariam que o diagnóstico ocorresse de outra forma e 10% apontaram falta de gentileza do médico. Conclui-se que a maioria dos pacientes concordou com a forma como ocorreu a revelação do diagnóstico pelo médico, mas que algumas falhas apontadas inferem a necessidade de se enfatizar o ensino da comunicação de más notícias durante a graduação médica, pós-graduação e educação continuada.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde. Revelação da verdade. Relações Médico-Paciente. Aprendizagem. Bioética.

## INTRODUÇÃO

Na assistência à saúde aqueles que recebem a comunicação de um diagnóstico contendo más notícias dificilmente esquecem este momento tão negativo para suas vidas<sup>1</sup>. Uma comunicação que engloba a revelação de má notícia constitui tarefa delicada para o trabalho médico já que é potencialmente capaz de alterar drasticamente a percepção que o paciente terá sobre seu futuro<sup>2</sup>.

Má notícia é qualquer informação negativa sobre o estado de saúde do paciente, sendo que, até certo ponto, a interpretação é subjetiva e dependente de experiências anteriormente vividas, da personalidade, das crenças religiosas, do ponto de vista filosófico, do apoio social e da força emocional<sup>3, 4</sup>. Durante o desenvolvimento de sua doença, as duas fases mais difíceis de suportar pelos pacientes oncológicos são a investigação diagnóstica e a comunicação; a comunicação feita por profissionais

temporalmente vinculados, ou com quem o paciente mantém um grau de relacionamento menos significativo, lhes traz menor sensação de acolhimento<sup>5</sup>.

A ampliação da autonomia humana valorizou a informação. Embora haja exceções, a maioria dos pacientes deseja conhecer a verdade sobre sua doença e a disponibilização dessa informação constitui uma oportunidade do exercício de sua autonomia plena e, em consequência, de preparação para o enfrentamento das dificuldades que estão por vir, não havendo evidências de que tal revelação venha causar depressão, embora haja relato de suicídio de paciente após ter conhecimento de seu grave diagnóstico<sup>6,7</sup>.

O Código de Ética Médica, em atenção à observância do princípio da não maleficência, recomenda que, em situações justificáveis, não se comunique o diagnóstico ao paciente, mas

ao seu representante<sup>8</sup>. Com a finalidade de favorecer a revelação de informações e com o menor dano possível, surgiu no âmbito da oncologia o Protocolo SPIKES como um guia eficiente e didático contendo seis passos para conduzir o processo de revelação<sup>9</sup>.

Médicos e pacientes podem divergir sobre a eficácia da revelação oferecida, encontrando-se pacientes que, ao contrário dos médicos, interpretam não ter recebido informações suficientes para o entendimento por estarem descontextualizadas de suas circunstâncias sociais, religiosas e culturais<sup>10</sup>. Assim sendo, é possível que os pacientes oncológicos não estejam recebendo a informação sobre seu diagnóstico oncológico e, neste contexto, o presente estudo teve o objetivo de descrever a atitude de pacientes oncológicos quanto à comunicação de seu diagnóstico pelos médicos assistentes.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no período de 19/05/2016 a 28/11/2016, no setor de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), de Joaçaba – Santa Catarina. O HUST é um hospital de referência na especialidade de Oncologia que atende pacientes oriundos de mais de 55 municípios os quais somam mais de 600.000 habitantes.

O setor de Oncologia subdivide-se em um ambulatório, que possui vários consultórios, onde são realizadas as consultas oncológicas, e uma sala onde os pacientes são submetidos à quimioterapia.

A amostra do estudo consistiu de 210 (22,58%) pacientes oncológicos de um universo de 930 que estavam em acompanhamento no setor de Oncologia do HUST, objetivando um nível de confiança de 90%. Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de qualquer tipo de câncer e em qualquer fase de tratamento, em acompanhamento ambulatorial, independentemente do tempo de seu diagnóstico, que concordaram em participar

da pesquisa e, para isso, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: pacientes menores de 18 anos, pacientes sem capacidade para responder às questões formuladas pelo pesquisador ou que não concordaram em participar da pesquisa.

Como instrumento de coleta dos dados, utilizou-se um formulário contendo 8 perguntas gerais e 13 específicas, fechadas, que permitiam respostas binárias, de múltipla escolha e escalonadas<sup>11</sup>. Para a coleta dos dados, os pacientes foram abordados, aleatoriamente, enquanto aguardavam sua consulta no saguão do setor de Oncologia ou enquanto eram submetidos ao tratamento quimioterápico. O pesquisador apresentava-se, explicava o objetivo e o propósito do estudo, bem como assegurava ao paciente o sigilo das informações coletadas e sua não identificação. O paciente também era informado sobre sua livre escolha para participar, ou não, do estudo. Após a aceitação, era disponibilizado ao participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ser assinado em duas vias, permanecendo uma de posse do pesquisador e outra do pesquisado, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, redigida pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>12</sup>.

Após a coleta, os dados provenientes dos questionários foram tabulados e calculados em números absolutos e porcentagens. A análise estatística foi realizada por meio do sistema computacional Statistica® 7.0 (StatSoft). Foram realizados o Teste Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson, dependendo do arranjo das comparações entre as variáveis realizadas. Os participantes foram agrupados por sexo (masculino e feminino) e faixas etárias (até 39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60-69 anos e 70 anos ou mais).

O nível de significância foi estabelecido em  $p \leq 0,05$ . A diretoria do HUST foi contatada previamente, quando foi solicitada a autorização formal, para a autorização da pesquisa que iniciou após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unoesc, sob o número 1.458.369.

## RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra pesquisada. Observou-se que a maioria dos participantes são mulheres casadas, com ensino fundamental completo, de religião católica e com menos de um ano de diagnóstico.

Os resultados referentes às questões específicas são apresentados na tabela 2. Dentre os dados coletados, observa-se que a maioria recebeu a comunicação do seu diagnóstico em ambiente reservado, destacando-se o consultório como o local mais utilizado para essa comunicação e o médico foi o profissional que mais divulgou. Prevaleceram os pacientes que consideraram o diagnóstico oncológico uma má notícia e que perceberam o médico calmo ou gentil. A maioria dos participantes

concordou com a forma de comunicação e que o médico estava preparado para a revelação.

A tabela 3 mostra as respostas dos pacientes oncológicos às questões específicas estratificadas por sexo. Foi verificada diferença significativa em relação à nota para a importância da comunicação adequada do diagnóstico de câncer pelos médicos, sendo que mais mulheres (77,60%) do que homens (57,65%) assinalaram a nota máxima ( $p=0,0084$ ). Da mesma forma, mais mulheres do que homens consideraram o diagnóstico oncológico como má notícia e este resultado aproximou-se da significância estatística ( $p=0,0533$ ). As respostas às questões específicas também foram estratificadas por faixa etária, estão demonstradas na tabela 4.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos pacientes oncológicos, Joaçaba/SC, 2016 (n=210).

Dados sociodemográficos	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	125	59,52
Masculino	85	40,48
<b>Idade (anos)</b>		
Média	57,3	
Mínima/Máxima	18-83	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	31	14,76
Casado	132	62,86
Separado/Divorciado	15	7,14
Viúvo	32	15,24
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	8	3,81
Fundamental Incompleto	124	59,05
Fundamental	23	10,95
Médio Incompleto	6	2,86
Médio	35	16,67
Superior	9	4,28
Pós-graduação	5	2,38
<b>Religião</b>		
Católica	170	80,95
Protestante	10	4,76

*continua...*

...continuação - Tabela 1

Evangélica	29	13,81
Espírita	1	0,48
<b>Tempo de Diagnóstico (anos)</b>		
0 a 1	83	39,52
1 a 2	42	20,00
2 a 3	19	9,05
3 a 4	16	7,62
4 a 5	11	5,24
5 a 6	10	4,76
6 a 7	9	4,29
7 a 8	5	2,38
8 a 9	4	1,90
9 a 10	2	0,95
10 ou mais	9	4,29

**Tabela 2** – Respostas às questões específicas, Joaçaba/SC, 2016 (n=210).

Questões específicas	N	%
<b>Local onde ocorreu a comunicação do diagnóstico</b>		
Ambiente coletivo	12	5,71
Ambiente reservado	198	94,29
<b>Local específico da comunicação</b>		
Consultório	190	90,46
Enfermaria	8	3,81
Quarto individual	3	1,43
Por telefone	1	0,48
Outro local. Qual?		
- Recepção do posto de saúde	1	0,48
- Em casa	5	2,38
- Durante o exame	1	0,48
- Sala de emergência do hospital	1	0,48
<b>Considerou o diagnóstico uma má notícia</b>		
Sim	166	79,05
Não	44	20,95
<b>Quem comunicou o diagnóstico</b>		
Médico	199	94,75
Enfermeiro	1	0,48

continua...

...continuação - Tabela 2

408

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(2):393-414  
**A atitude de pacientes oncológicos quanto à revelação de seu diagnóstico**

Psicólogo	0	0
Familiar	8	3,81
Estudante	0	0
Outro. Quem?		
- Dentista	1	0,48
- Assistente Social	1	0,48
<b>Como agiu o comunicador</b>		
Muito ansioso	12	5,72
Ansioso	18	8,57
Calmo	136	64,76
Muito calmo	44	20,95
<b>O comunicador pareceu gentil</b>		
Sim	189	90,00
Não	21	10,00
<b>Satisfação do paciente quanto à maneira da comunicação do seu diagnóstico</b>		
Totalmente satisfeito	179	85,24
Parcialmente satisfeito	13	6,19
Parcialmente insatisfeito	8	3,81
Totalmente insatisfeito	10	4,76
<b>O diagnóstico deveria ser dado de outra forma</b>		
Não	181	86,19
Sim		
- Explicar melhor a doença	13	6,19
- Ser mais empático	16	7,62
<b>Percebeu que o comunicador estava preparado</b>		
Sim	169	80,48
Não	24	11,43
Não sei	17	8,09
<b>Recebeu oportunidade para tirar dúvidas</b>		
Sim	150	71,43
Não	60	28,57
<b>Recebeu outro diagnóstico que considerou má notícia</b>		
Sim	53	25,24
Não	157	74,76
<b>Nota para a importância da comunicação adequada do diagnóstico</b>		
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	5	2,38
4	59	28,10
5	146	69,52

**Tabela 3 – Correlações estatísticas das respostas estratificadas por sexo, Joaçaba/SC, 2016 (n=210).**

<b>Questão 9: Onde você recebeu a comunicação do seu diagnóstico de câncer?</b>					
	<b>Ambiente Reservado</b>		<b>Ambiente Coletivo</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	118 (94,40%)		7 (5,60%)		0,5784
<b>Marculino</b>	80 (94,12%)		5 (5,88%)		
<b>Questão 11: Você considerou o diagnóstico de câncer uma má notícia?</b>					
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	104 (83,20%)		21 (16,80%)		0,0533
<b>Marculino</b>	62 (72,94%)		5 (5,88%)		
<b>Questão 14: Como se comportou a pessoa que lhe comunicou o seu diagnóstico de câncer?</b>					
	<b>Muito Ansiosa</b>	<b>Ansiosa</b>	<b>Calma</b>	<b>Muito Calma</b>	<b>p</b>
<b>Feminino</b>	9 (7,20%)	11 (8,80%)	78 (62,40%)	27 (21,60%)	0,6731
<b>Marculino</b>	3 (3,53%)	7 (8,24%)	58 (68,24%)	17 (20%)	
<b>Questão 15: Você sentiu gentileza na pessoa que lhe comunicou o seu diagnóstico?</b>					
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	109 (87,20%)		16 (12,80%)		0,0733
<b>Marculino</b>	80 (94,12%)		5 (5,88%)		
<b>Questão 16: Qual foi a sua satisfação a respeito da maneira com que foi dado o seu diagnóstico pelo profissional que fez a comunicação?</b>					
	<b>Totalmente Satisfeito</b>	<b>Parcialmente Satisfeito</b>	<b>Parcialmente Insatisfeito</b>	<b>Totalmente Insatisfeito</b>	<b>p</b>
<b>Feminino</b>	103 (82,40%)	8 (6,40%)	7 (5,60%)	7 (5,60%)	0,3282
<b>Marculino</b>	76 (89,41%)	5 (5,88%)	1 (1,8%)	3 (3,53%)	
<b>Questão 17: Você preferiria que seu diagnóstico de câncer fosse dado de outra forma?</b>					
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	21 (16,80%)		104 (83,20%)		0,0919
<b>Marculino</b>	8 (9,41%)		77 (90,59%)		
<b>Questão 18: Você percebeu que a pessoa que lhe comunicou o diagnóstico de câncer estava preparada para fazê-los?</b>					
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sabe</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	100 (80%)	15 (12%)	10 (8%)		0,9510
<b>Marculino</b>	69 (72,94%)	9 (10,59%)	7 (8,26%)		
<b>Questão 19: Teve a oportunidade de tirar suas dúvidas junto ao profissional que lhe fez a comunicação do diagnóstico de câncer?</b>					
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p</b>
<b>Feminino</b>	88 (70,40%)		37 (29,60%)		0,4050
<b>Marculino</b>	62 (72,94%)		23 (27,06%)		

*continua...*

...continuação - Tabela 3

Questão 21: Numa escala que vai de 0 (zero) a 5 (cinco), em que zero significa nada importante e cinco a máxima importância, qual sua nota para a importância da comunicação adequada do diagnóstico de câncer aos pacientes?							
	0	1	2	3	4	5	p
Feminino	0	0	0	2 (1,60%)	26 (20,80%)	97 (77,60%)	0,0084
Marculino	0	0	0	3 (3,53%)	33 (38,82%)	49 (57,65%)	

**Tabela 4** – Correlações estatísticas das respostas estratificadas por faixas etárias, Joaçaba/SC, 2016 (n=210).

Questão 9: Onde você recebeu a comunicação do seu diagnóstico de câncer?					
	Ambiente Reservado	Ambiente Coletivo	p		
Até 39 anos	21 (100%)	0	0,0231		
40-49 anos	40 (100%)	0			
50-59 ano	45 (93,75%)	3 (13,56%)			
60-69 anos	51 (86,44%)	8 (13,56%)			
70 anos ou mais	41 (97,62%)	1 (2,38%)			
Questão 11: Você considerou o diagnóstico de câncer uma má notícia?					
	Sim	Não	p		
Até 39 anos	16 (76,19%)	5 (23,81%)	0,7756		
40-49 anos	32 (80%)	8 (20%)			
50-59 ano	41 (85,42%)	7 (14,58%)			
60-69 anos	45 (76,27%)	14 (23,73%)			
70 anos ou mais	32 (76,19%)	10 (23,81%)			
Questão 14: Como se comportou a pessoa que lhe comunicou o seu diagnóstico de câncer?					
	Muito Ansiosa	Ansiosa	Calma	Muito Calma	p
Até 39 anos	6 (28,57%)	15 (71,43%)	0	0	0,4468
40-49 anos	5 (12,50%)	26 (65%)	6 (15%)	3 (7,50%)	
50-59 ano	11 (22,91%)	30 (62,50%)	4 (8,33%)	3 (6,26%)	
60-69 anos	16 (27,11%)	33 (55,93%)	6 (10,17%)	4 (6,79%)	
70 anos ou mais	6 (14,29%)	32(76,19%)	2 (4,76%)	2 (4,76%)	
Questão 15: Você sentiu gentileza na pessoa que lhe comunicou o seu diagnóstico?					
	Sim	Não	p		
Até 39 anos	19 (90,48%)	2 (9,52%)	0,1654		
40-49 anos	33 (82,50%)	7 (17,50%)			
50-59 ano	41 (85,42%)	7 (14,58%)			
60-69 anos	56 (94,92%)	3 (5,08%)			
70 anos ou mais	40 (95,24%)	2 (4,76%)			
Questão 16: Qual foi a sua satisfação a respeito da maneira com que foi dado o seu diagnóstico pelo profissional que fez a comunicação?					
	Totalmente Satisfeito	Parcialmente Satisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	p
Até 39 anos	18 (85,71%)	2 (9,52%)	1 (4,77%)	0	0,6754
40-49 anos	31 (77,50%)	3 (7,50%)	3 (7,50%)	3 (7,50%)	
50-59 ano	38 (79,17%)	4 (8,33%)	4 (8,33%)	2 (4,17%)	
60-69 anos	55 (93,22%)	2 (3,40%)	1 (1,69%)	1 (1,69%)	
70 anos ou mais	37 (88,09%)	2 (4,76%)	1 (2,39%)	2 (4,76%)	

continua...

<b>Questão 17: Você preferiria que seu diagnóstico de câncer fosse dado de outra forma?</b>							
	Sim		Não		p		
Até 39 anos	2 (9,52%)		19 (90,48%)		0,0171		
40-49 anos	10 (25%)		30 (75%)				
50-59 ano	10 (20,83%)		38 (79,17%)				
60-69 anos	2 (3,39%)		57 (96,61%)				
70 anos ou mais	5 (11,91%)		37 (88,09%)				
<b>Questão 18: Você percebeu que a pessoa que lhe comunicou o diagnóstico de câncer estava preparada para fazê-los?</b>							
	Sim	Não	Não Sei		p		
Até 39 anos	19 (90,48%)	2 (9,52%)	0		0,0338		
40-49 anos	32 (80%)	6 (15%)	2 (5%)				
50-59 ano	35 (72,92%)	10 (20,83%)	3 (6,25%)				
60-69 anos	51 (86,44%)	4 (6,78%)	4 (6,78%)				
70 anos ou mais	32 (76,19%)	2 (4,76%)	8 (19,05%)				
<b>Questão 19: Teve a oportunidade de tirar suas dúvidas junto ao profissional que lhe fez a comunicação do diagnóstico de câncer?</b>							
	Sim		Não		p		
Até 39 anos	18 (85,71%)		3 (14,29%)		0,2186		
40-49 anos	31 (77,50%)		9 (22,50%)				
50-59 ano	34 (70,83%)		14 (29,17%)				
60-69 anos	42 (71,19%)		17 (28,81%)				
70 anos ou mais	25 (59,52%)		17 (40,48%)				
<b>Questão 21: Numa escala que vai de 0 (zero) a 5 (cinco), em que zero significa nada importante e cinco a máxima importância, qual sua nota para a importância da comunicação adequada do diagnóstico de câncer aos pacientes?</b>							
	0	1	2	3	4	5	p
Até 39 anos	0	0	0	0	2 (9,52%)	19 (90,48%)	0,0370
40-49 anos	0	0	0	0	9 (22,50%)	31 (77,50%)	
50-59 ano	0	0	0	1 (2,08%)	9 (18,75%)	38 (79,17%)	
60-69 anos	0	0	0	2 (3,39%)	21 (35,59%)	36 (61,2%)	
70 anos ou mais	0	0	0	2 (4,76%)	18 (42,86%)	22 (52,38%)	

## DISCUSSÃO

Analisando, genericamente os dados coletados junto aos pacientes, observou-se que, para a maioria, a revelação do diagnóstico ocorreu em ambiente reservado, geralmente no consultório do médico, e não houve diferença de percepção entre os sexos. Contudo, em relação à idade, a maioria dos pacientes entre 60 e 69 anos recebeu o resultado em ambiente coletivo. Embora a pesquisa seja limitada quanto à amostra, esses dados enfatizam a necessidade de haver privacidade no momento em que é

dada a má notícia, sendo o consultório, ou qualquer sala privativa, o ambiente ideal para a transmissão desta delicada comunicação. Não havendo possibilidade de um ambiente privativo, sugere-se que, pelo menos, seja utilizada uma cortina para separar o paciente dos demais, a fim de que se construa um local menos invasivo no momento da conversa<sup>9</sup>.

A maioria dos pacientes considerou o diagnóstico de câncer como má notícia, em especial as mulheres. O fato de os homens,

com menor frequência, assim considerarem pode correlacionar-se ao fato de buscarem menos assistência em unidades de saúde e nos consultórios médicos, tendendo a minimizar seus problemas<sup>13</sup>. Esta despreocupação em relação à saúde, bem como outros comportamentos masculinos específicos, pode ser atribuída aos aspectos culturais e sociais de sua formação<sup>14</sup>.

Para as questões relativas à maneira como foi dado o diagnóstico de câncer, constatou-se que a maioria dos participantes considerou a postura do comunicador calma. No entanto, em relação à gentileza, houve respostas diferentes entre os sexos e o resultado ficou muito próximo de ser significativo. Assim sendo, apesar da limitação do estudo, ficou evidente que a atitude pode diferir e que as mulheres são mais sensíveis à postura do comunicador. Em relação a este mesmo aspecto, na comparação por faixas etárias, não houve diferença significativa de respostas. Apesar do momento de fragilidade em função do contexto emocional proporcionado pela existência da doença e por sua condição clínica desfavorável imposta pela enfermidade, os pacientes atentam para a postura de quem o está assistindo.

Neste contexto, um estudo com pacientes oncológicos apontou que o diálogo, a empatia e a polidez foram qualidades consideradas necessárias aos médicos pela maioria dos pacientes entrevistados<sup>15</sup>. Em outro estudo que objetivou avaliar a percepção dos pacientes sobre a presença de estudantes de medicina nos atendimentos ambulatoriais<sup>16</sup>, alguns referiram falta de respeito e consideração, sinalizando para a possibilidade de que esta atitude negativa possa existir desde a época da graduação.

Para alguns pontos específicos da transmissão da má notícia, como forma, satisfação, ambiente de comunicação, preparo do profissional e oportunidade para dirimir dúvidas, a maioria respondeu favoravelmente e não houve diferenças significativas entre os grupos. No entanto, na estratificação por faixa etária, houve diferença de atitude quanto à forma de comunicação do diagnóstico e ao preparo do comunicador já que os participantes entre 60 e 69 anos manifestaram maior aceitação.

Participantes desta faixa etária também foram os que menos se importaram com a revelação em ambiente coletivo, talvez por estarem mais dependentes e terem maior necessidade de compartilhar seus problemas com outras pessoas. O grupo que mais considerou o médico preparado para a comunicação foi o de participantes com idade até 39 anos e o que mais discordou de 50 a 59 anos, sinalizado para a diferença de percepção entre as faixas etárias e que os jovens foram menos críticos em relação à conduta do comunicador. Contudo, ressalte-se que outros fatores podem influir nesta resposta, tais como: grau de cultura do paciente, tipo de câncer e idade do médico já que os mais jovens tendem a oferecer mais informações<sup>12</sup>.

Quando solicitados a escolher uma nota de zero a cinco sobre a importância da comunicação adequada do diagnóstico de câncer, a maioria dos participantes assinalou a nota máxima (5) (Tabela 2). Ao se comparar os resultados por sexo, verificou-se que as mulheres, por atribuírem em maior número a nota 5, consideram mais importante do que os homens a comunicação adequada do diagnóstico. Neste aspecto, ressalte-se que os homens tendem a desvalorizar condições adversas sobre sua saúde, a se julgarem invulneráveis e a considerarem a doença um sinal de fragilidade<sup>13</sup>. Da mesma forma, na comparação por faixa de idade, participantes com até 39 anos atribuíram mais notas 5 do que os demais grupos etários. Este grupo também considerou, em maior número, que o profissional estava preparado para a comunicação, evidenciando seu menor grau de exigência.

Apesar de serem apontados pela minoria, alguns aspectos negativos da comunicação de má notícia foram mencionados, como ansiedade, falta de gentileza, informações incompletas ou inadequadas, falta de oportunidade de tirar dúvidas, condutas essas solucionáveis mediante o desenvolvimento de habilidades do comunicador. Neste contexto, recentes estudos com pacientes oncológicos concluíram que, durante a formação médica e pós-graduação, por ser a comunicação uma prática exercitável, seu estudo deve ser contemplado para torná-la eficaz, incluindo-

se o desenvolvimento das qualidades de aprender ouvir, escutar e ser humilde sobre seus conhecimentos<sup>4,15</sup>.

Não se poderia esperar que a comunicação de más notícias fosse sempre perfeita, sem equívocos ou mal-entendidos. Todavia, por constituir um objetivo fundamental da relação médico-paciente, entende-se que o empenho do médico no aprimoramento da comunicação pode minimizar as eventuais falhas. No aspecto preventivo, a boa comunicação é um dos objetivos destacados na diretriz curricular para os cursos de medicina que vigora no Brasil<sup>17</sup>.

Neste cenário, uma das razões que se poderia elencar para explicar eventuais falhas na comunicação seria a condição de trabalho do profissional da saúde que, especialmente no âmbito da saúde pública, pode apresentar problemas estruturais e organizacionais. O excessivo número de pacientes atendidos e a demasiada carga-horária trabalhadas, quando associada a plantões, são fatores que limitam o tempo do médico na atenção ao paciente e aumentam seu nível de estresse. Neste contexto, Nogueira-Martins<sup>18</sup> destaca que, além de o relacionamento entre médicos e pacientes ser cada vez mais complexo, a maioria dos profissionais considera a atividade desgastante, com excesso de trabalho e multiemprego, fatores que podem prejudicar a boa comunicação.

Por outro lado, a não valorização da

relação médico-paciente resulta numa postura menos empática do profissional durante a comunicação. Essa deficiente interação médico-paciente pode estar relacionada ao aprendizado centrado no diagnóstico e no tratamento durante a formação, com falta de interação com a comunidade e com menor valorização das necessidades do ser humano<sup>19</sup>.

A conduta do profissional pode apresentar variações e o treinamento em comunicação diminui o nível de estresse em relação aos não treinados, enfatizando a importância da respectiva formação<sup>20</sup>. Tais atitudes expressam a ideia de que a formação médico-humanística necessita ser incentivada em todos os futuros profissionais para o entendimento do aspecto físico e psíquico dos sintomas<sup>15</sup>, destacando-se o suporte emocional ao paciente como um fator determinante para diminuir o impacto negativo da comunicação<sup>5</sup>.

Em se tratando de comunicação de más notícias, a empatia e a boa relação médico-paciente, entre outras qualidades, constituem pilares fundamentais para o sucesso da revelação. Entretanto, não basta ser empático para que as notícias indesejadas sejam recebidas sem traumas. É igualmente relevante que, através de metodologias adequadas, por se tratar de um ato exercitável<sup>4</sup>, o médico aprimore as técnicas de sua comunicação<sup>21</sup> para que sua conduta, além de evitar danos, proporcione maior benefício ao paciente.

## CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que os pacientes concordaram com a forma como lhes foi feita a comunicação do diagnóstico e com a conduta do profissional durante a revelação. A maioria recebeu a comunicação em ambiente reservado e as mulheres, em maior número que os homens, consideraram o diagnóstico de câncer uma má notícia.

A maioria considerou que o profissional estava suficientemente preparado para divulgar o diagnóstico, sobretudo os pacientes mais jovens, embora o grupo de 50 a 59 anos tenha discordado em maior número e parcela das mulheres gostaria que o diagnóstico ocorresse de outra forma. Jovens e mulheres em maior

número consideraram importante que a comunicação de más notícias aos pacientes seja feita de maneira adequada. A maioria dos participantes teve a oportunidade de tirar suas dúvidas durante a revelação.

Embora a maioria tenha concordado com a forma da revelação do diagnóstico, alguns pacientes discordaram. Diante disso, ressaltando-se as limitações da pesquisa quanto à amostra, infere-se a necessidade de haver ênfase ao ensino da revelação de más notícias durante a graduação médica, pós-graduação e educação continuada para que a maleficência ao paciente seja minimizada na medida do possível.

## REFERÊNCIAS

1. Lima AEA. ¿Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir em el intento? Revista Argentina de Cardiología. v. 71, n. 3, maio/jun 2003.
2. Gomes Sancho M. Como dar las malas noticias em medicina. Madrid: Editora Aran, 2006.
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J. 1984;288(6430):1597-9.
4. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias em urgencias. Med Clin (Barc). 2006;127(15):580-3.
5. Bianchini D; Peuker AC; Romeiro FB; Castro EK. Comunicação em oncologia: uma análise qualitativa sob o enfoque psicanalítico. Psicologia em Estudo. 2016;21(2):349-58.
6. Soares LSB; Larissa P. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. Ciência & Saúde. 2016;9(1):30-37.
7. Engelhardt D. La verdad junto al lecho del enfermo em un panorama histórico. In: Engelhardt D. Bioética y humanidades médicas. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2004 231p p.177-186.
8. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n.1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Conselho Federal de Medicina, Brasília (DF); 2010.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncol. 2000;5(4):302-11.
10. Rosa MB. Comunicação em oncologia: o que o médico deve informar ao paciente? Salud & Sociedad. 2017;8(3):228-239.
11. Vieira S. Como Elaborar Questionários. São Paulo: Atlas; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 13 jun 2013 [citado 29 jun 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
14. Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Cien Saude Colet. 2005;10(1):35-46.
15. Bastos LOA; Andrade EM; Andrade EO. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. Rev. bioét. (Impr.). 2017; 25 (3): 563-76.
16. Berwanger J, de Geroni GD, Bonamigo EL. Estudantes de Medicina na percepção dos pacientes. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(3):552-62.
17. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília (DF); 2014.
18. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Rev. bras. med. trab. 2003;(1):56-68.
19. Grosseman S, Patrício ZM. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. Rev. bras. educ. med. 2004;28(2):99-105.
20. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996;347(9003):724-28.
21. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Revista Bioética. 2010;18(3):725-42.