

**INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
E DA BUSCA NA INTERNET POR INFORMAÇÕES
COMPLEMENTARES NA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE
ANTES DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS
INVASIVOS, EM UM CENTRO ONCOLÓGICO
DE REFERÊNCIA**

MARCIO DOS SANTOS MEIRA

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Mestre em
Ciências**

Área de concentração: Oncologia

**Orientadora: Dra. Paula Nicole Vieira Pinto
Barbosa**

Co-orientador: Dr. Rubens Chojniak

São Paulo

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Meira, Marcio dos Santos

Influência da comunicação médico-paciente e da busca na internet por informações complementares na prevalência de ansiedade antes de procedimentos diagnósticos invasivos, em um centro oncológico de referência /
Marcio dos Santos Meira - São Paulo, 2019.

77p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Paula Nicole Vieira Pinto Barbosa

Descritores: 1. Ansiedade/Anxiety. 2. Acesso à Internet/Internet Access. 3. Radiologia Intervencionista/Radiology, Interventional. 4. Neoplasias/Neoplasms. 5. Comunicação em Saúde/Health Communication. 6. Relações Médico-Paciente / Physician-Patient Relations

DEDICATÓRIA

A todos que estiveram presentes na trajetória deste trabalho, da idealização à conclusão, em especial: Sandra, Manoel e Daniela.

Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos médicos assistentes. Seus ensinamentos foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho. Ajudaram a pensar fora da caixa. Sair dos detalhes técnicos do procedimento e ir para o âmbito integral do paciente foi necessário. Os médicos mais experientes me mostraram como.

Agradeço à Enfermagem. Claramente foi a força motriz do presente estudo. Todo o cuidado e preparação do paciente passam pela equipe de enfermagem que, por sua vez, abraçou a ideia do estudo e o impulsionou para frente.

Agradeço aos pacientes. As incertezas diante de uma conduta médica podem levá-los a internet. São capazes de pesquisar e encontrar informações sobre tudo: disponibilidade de tratamentos, suas indicações, diagnósticos alternativos, técnicas operatórias e complicações. Provavelmente encontrarão este agradecimento também.

“A dúvida é o princípio da sabedoria” (Aristóteles)

RESUMO

Meira MS. **Influência da comunicação médico-paciente e da busca na internet por informações complementares na prevalência de ansiedade antes de procedimentos diagnósticos invasivos, em um centro oncológico de referência.** São Paulo; 2019. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introdução e objetivo: Os procedimentos percutâneos guiados por imagem constituem uma das áreas mais novas da Medicina, suscitando muitas dúvidas nos pacientes que irão se submeter a este tipo de intervenção. Muitas vezes, tais pacientes recorrem a fontes alternativas de informação. Com o advento da internet, uma profusão de dados e informações se tornou amplamente disponível, eventualmente apresentando distorções e sem nenhum controle de qualidade do seu conteúdo, podendo produzir confusão e ansiedade, ao invés de esclarecimentos e tranquilidade. Estudos anteriores relacionam a ansiedade a resultados indesejáveis pós-procedimento, do âmbito microscópico, como a interferência nos mecanismos fisiológicos de recuperação tecidual, ao macroscópico, com maior antecipação de dor e menor adesão às recomendações médicas. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil e a ansiedade do paciente frente a necessidade de se submeter a um procedimento invasivo guiado por imagem, relacionando com informações obtidas através do uso da internet, em um centro de referência oncológico. A relação médico-paciente também foi avaliada: o participante foi questionado se julgava ter recebido ou não as informações necessárias antes da intervenção proposta. **Pacientes e métodos:** Após a aprovação do conselho de ética institucional, foram aplicados questionários aos pacientes que se submeteram a procedimentos invasivos, guiados por mamografia (MMG), ultrassonografia (US) ou tomografia computadorizada (TC), por amostragem de conveniência. Foram dois questionários utilizados: antes do procedimento invasivo foi entregue Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); após o procedimento, outro questionário interrogava aspectos sobre a transmissão de informações pelo médico solicitante e a pesquisa na internet por informações acerca da intervenção proposta, além de características sociodemográficas e aspectos

subjetivos do pós-procedimento. Foram realizadas análises descritivas dos dados (frequências, média, mediana, valores mínimos e máximos) e para as correlações entre os subgrupos (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis). **Resultados:** Foram avaliados 260 pacientes elegíveis para o estudo, submetidos a intervenções guiadas por MMG, US ou TC. Maiores pontuações para ansiedade foram encontradas de forma estatisticamente significativas nos pacientes do sexo feminino (mulheres 44,0 pontos x homens 38,0 pontos; $p < 0,001$), nos que julgaram ter recebido poucas informações do médico solicitante (“poucas informações” 47,8 pontos x “todas informações necessárias” 41,5 pontos; $p = 0,002$) e naqueles que consideraram pouco confiáveis as informações disponíveis na internet (“pouco confiável” 44,4 pontos x “confiável” 41 pontos; $p = 0,002$), além dos que qualificaram como difícil encontrá-las (“difícil” 43,7 pontos x “fácil” 41,6 pontos; $p = 0,025$). Pacientes que se definiram como proativos na busca por informações *online* se apresentaram com menos ansiedade antes das intervenções estudadas (não proativos 45,5 pontos x proativos 42,4 pontos; $p = 0,044$). Adicionalmente, os menos ansiosos relataram uma experiência melhor do que sua expectativa inicial (“menos dor” 42,2 pontos x “muita dor” 48,9 pontos ($p = 0,002$) / “pior do que o esperado” 49,0 pontos x “melhor do que o esperado” 43,7 pontos; $p = 0,003$). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo identificam algumas características que ajudam a estabelecer o perfil do paciente com maior probabilidade de se apresentar ansioso antes de um procedimento invasivo guiado por imagem: mulheres, pacientes com dúvidas não-esclarecidas, aqueles que encontram dificuldades em obter informações confiáveis na internet e os que não confiam na informação disponível acerca da intervenção proposta. Sabendo que a ansiedade pode influenciar o desfecho pós-operatório, ao reconhecer estes parâmetros, talvez possamos ajudar a estabelecer medidas direcionadas e precoces, evitando, em última análise, resultados indesejáveis.

Palavras-chave: Ansiedade. Acesso à Internet. Radiologia Intervencionista. Neoplasias. Comunicação em Saúde. Relações Médico-Paciente.

SUMMARY

Meira MS. **[Influence of physician-patient communication and internet search for complementary information on the prevalence of anxiety before invasive diagnostic procedures, at a cancer referral center]**. São Paulo; 2019. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Background: Percutaneous guided imaging procedures are one of the newest areas of Medicine, raising many doubts in patients who will undergo this type of intervention. Such patients often resort to alternative sources of information. With the advent of the internet, a profusion of data and information has become widely available, eventually presenting distortions and lack of quality control over its content, which can produce confusion and anxiety, rather than clarification and tranquility. Previous studies have linked anxiety to undesirable post-procedure results, from the microscopic level, such as interference in the physiological mechanisms of tissue recovery, to the macroscopic, with greater anticipation of pain and less adherence to medical recommendations. The objective of this study was to evaluate the patient's profile and anxiety regarding the need to undergo an invasive imaging-guided procedure, relating information obtained using the internet at an oncology referral center. The doctor-patient relationship was also evaluated: the participant was asked whether he thought he had received the necessary information before the proposed intervention. **Patients and Methods:** After the approval of the institutional ethics council, a questionnaire was applied to patients who underwent invasive procedures, guided by mammography (MMG), ultrasonography (US) or computed tomography (CT), by convenience sampling. Two questionnaires were used: before the invasive procedure, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI); after the procedure, another questionnaire asked questions about the transmission of information by the requesting physician and the internet search for information about the proposed intervention, as well as sociodemographic characteristics and subjective aspects of the post-procedure. Descriptive analyzes of the data were performed (frequencies, mean, median, minimum and maximum values) and for the correlations between the subgroups (Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test). **Results:** We

evaluated 260 patients eligible for the study who underwent interventions guided by MMG, US or CT. Higher anxiety scores were found to be statistically significant in female patients (women 44.0 points x men 38.0 points; $p < 0.001$), who thought they had received few information from the requesting physician (“few information” 47, 8 points x “all information” 41.5 points; $p = 0.002$) and those who considered the information available on the internet as “unreliable” 44.4 points c “reliable” 41 points; $p = 0.002$), besides those who rated them as hard to find (“hard” 43.7 points x “easy” 41.6 points; $p = 0.025$). Patients who defined themselves as proactive in searching for information online were less anxious before the interventions studied (non-proactive 44.4 points x proactive 42.3 points; $p = 0,044$). Additionally, the less anxious reported a better experience than their initial expectation (“little pain” 42.2 points x “too much pain” 48.9 points ($p = 0.002$) / “worse than expected” 49.0 points x “better than expected” 43.7 points; $p = 0.003$). **Conclusion:** The results of the present study identify some features that help to establish the profile of patients most likely to be anxious before an imaging-guided invasive procedure: women, patients with doubts, those who find it hard to get reliable information on the internet and those who do not trust the available information about the proposed intervention. Knowing that anxiety may influence the postoperative outcome, recognizing these parameters can help to establish targeted and early measures, ultimately to avoid undesirable outcomes.

Key-words: Anxiety. Internet Access. Radiology, Interventional. Neoplasms. Health Communication. Physician-Patient Relations

LISTA DE FIGURAS, QUADRO E TABELAS

Figura 1	Fluxograma dos critérios de inclusão / não-inclusão para participação no estudo.	22
Figura 2	Linha do tempo representando a dinâmica de apresentação dos questionários entregues aos participantes do estudo	23
Quadro 1	Argumentos prós e contras em relação ao impacto do uso da internet por pacientes em Saúde	6
Tabela 1	Parâmetros sociodemográficos dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos guiados por imagem.....	32
Tabela 2	Relatório de pontuação mínima, média, mediana e máxima nos questionários IDATE-Estado e IDATE-Traço para os pacientes que se submeteram a procedimentos invasivos guiados por imagem	33
Tabela 3	Relatório de pontuação nos questionários IDATE-Estado e IDATE Traço para os pacientes que se submeteram a procedimentos guiados por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada	33
Tabela 4	Análise subjetiva da informação contida na internet em relação ao procedimento intervencionista guiado por imagem realizado, segundo os pacientes que participaram do estudo, independentemente se realizaram buscas <i>online</i> ou não sobre este tema	38

Tabela 5	Resultados da classificação subjetiva de escala de dor pós-procedimento e da expectativa de como seria a intervenção proposta para os procedimentos guiados por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada	42
Tabela 6	Avaliação subjetiva final do procedimento proposto em relação às expectativas para as intervenções guiadas por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada	42
Tabela 7	Relação entre gênero do participante e a pontuação média de ansiedade pela escala IDATE	43
Tabela 8	Relação entre a escolaridade do participante e a pontuação média de ansiedade pela escala IDATE	44
Tabela 9	Relação entre a origem do participante (convênio médico ou particular / SUS) e a pontuação média de ansiedade pela escala IDATE	45
Tabela 10	Relação entre o fato do participante já ter se submetido à intervenção proposta e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE	46
Tabela 11	Relação entre o fato do participante já ter se submetido a um tratamento oncológico prévio e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE	46

Tabela 12	Relação entre a caracterização subjetiva do estado de saúde do participante e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE	47
Tabela 13	Relação entre o fato do participante considerar apresentar atenção médica de forma regular e a pontuação média de ansiedade pela escala IDATE	47
Tabela 14	Relação entre o subtipo de procedimento guiado por MMG e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.....	48
Tabela 15	Relação entre a pergunta “Você considera que o médico solicitante deste procedimento forneceu as informações necessárias antes do procedimento?” e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.....	49
Tabela 16	<i>P</i> -valores para as comparações das respostas que encontraram significância estatística na Tabela 15, utilizando o Teste de Mann-Whitney	50
Tabela 17	Relação entre proatividade e pontuação de ansiedade pelo IDATE....	51
Tabela 18	Correlação entre os aspectos subjetivos, na concepção dos participantes do estudo, acerca da qualidade e confiabilidade da informação disponível na internet relativa ao procedimento invasivo guiado por imagem proposto	54
Tabela 19	Correlação entre os aspectos subjetivos, na concepção dos participantes do estudo, acerca da dificuldade em se obter	

informações confiáveis na internet relativas ao procedimento invasivo guiado por imagem proposto	55
Tabela 20 Relação entre a expectativa prévia do paciente de como seria a intervenção guiada por imagem e a pontuação de ansiedade aferida pela escala IDATE.....	56
Tabela 21 P-valores para as comparações das respostas que encontraram significância estatística na Tabela 20, utilizando o Teste de Mann- Whitney	57
Tabela 22 Relação entre a dor referida pelo paciente após o procedimento guiado por imagem realizado e a pontuação de ansiedade aferida pela escala IDATE.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
EVA	Escala Visual Analógica
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MMG	Mamografia
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PsycInfo	<i>Psychological Abstracts</i>
SCI	<i>Science Citation Index</i>
SSCI	<i>Social Science Citation Index</i>
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RI	Radiologia Intervencionista
US	Ultrassonografia

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	O paciente e a Radiologia Intervencionista.....	1
1.2	O paciente e a Internet	4
1.3	O paciente e a Ansiedade	8
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	Objetivo Geral.....	19
3.2	Objetivos Específicos.....	19
4	PACIENTES E MÉTODOS.....	20
4.1	Tipo de Estudo e Amostragem.....	20
4.2	Questionários	24
4.2.1	Questionário pré-procedimento.....	24
4.2.2	Questionário pós-procedimento	24
4.3	Aspectos Éticos	28
4.4	Análise Estatística	28
5	RESULTADOS.....	30
5.1	População e aspectos sociodemográficos	30
5.2	Questionário IDATE	33
5.3	Sobre o fornecimento de informações pelo médico.....	34
5.4	Sobre a busca por informações na internet	35
5.5	Sobre o nível de conhecimento do paciente sobre o procedimento	39
5.6	Sobre a experiência do paciente.....	41
5.7	Correlações com o IDATE.....	42
6	DISCUSSÃO.....	59

7	CONCLUSÃO	71
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

ANEXOS

Anexo 1 Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 Folha de rosto e questionário IDATE para o paciente pré-procedimento

Anexo 3 Questionário para o paciente pós-procedimento

APÊNDICE

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PACIENTE E A RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

A Radiologia Intervencionista (RI) é uma especialidade médica que oferece procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Seu espectro de atuação é amplo, dividido em procedimentos percutâneos e vasculares, apresentando como conceito unificador o fato de serem todos guiados por imagem, utilizando técnicas minimamente invasivas.

As intervenções percutâneas constituem a maior parte do universo da RI. Existe um vasto campo de atuação, passando por terapias com ablações, escleroses e drenagens, até o âmbito diagnóstico, representado principalmente pelas biópsias. É dentro desta última área que a RI apresenta maior interlocução com uma das maiores especialidades médicas: a Oncologia. Seus setores de atuação englobam a clínica (uso de quimioterapias, hormonioterapias e outros medicamentos no tratamento do câncer), radioterapia (uso de radiação como recurso terapêutico) e cirurgia, apresentando como pilar fundamental a necessidade de um exato diagnóstico. Para tanto, é necessário o envio de uma parte da neoplasia para avaliação histopatológica e laboratorial. Quando o sítio do tumor a ser esclarecido não é de fácil acesso, ou exige métodos de imagem para uma amostragem mais segura, encontraremos indicação precisa de uma intervenção guiada por RI.

O contexto da necessidade de esclarecimento sobre a natureza de um tumor, para definição de benignidade ou malignidade, pode levar o paciente a um

sofrimento emocional importante (YU et al. 2010). Com o advento da internet, uma profusão de dados e informações se tornou amplamente disponível e o acesso a ela se tornou muito mais ágil e fácil, permitindo que estas sejam acessadas pelo paciente antes mesmo que um profissional da saúde possa abordá-lo sobre seus questionamentos e ansiedade (CAMBRICOLI et al. 2019). Esta informação, por sua vez, se apresenta muitas vezes com distorções e sem nenhum controle do conteúdo ou da qualidade, podendo produzir ainda mais ansiedade e confusão, ao invés de esclarecimentos e tranquilidade (WELCH CLINE et al. 2007). Assim, faz-se necessária uma investigação que vise a melhor compreensão do perfil deste paciente que irá se submeter a um procedimento invasivo guiado por imagem, além de sua relação com a maior disponibilidade de informações acerca deste processo, destacadamente a busca de informações na internet. Este conhecimento poderá auxiliar os profissionais de saúde envolvidos no processo a melhor conduzir o paciente em seus questionamentos e angústias, além de poder prevenir potenciais danos físicos e psicológicos decorrentes da falta de orientação.

Primeiramente, deve-se reconhecer que a necessidade de se submeter a uma intervenção, em muitos casos, representa uma etapa fundamental na terapêutica do paciente. Do ponto de vista anatômico, é necessário atravessar: a barreira cutânea, tecidos profundos, músculos e cavidades. Entretanto, para o paciente, esta invasão não o acomete apenas fisicamente, mas também subjetivamente, sendo este momento, muitas vezes, associado a sentimentos ansiosos. Suas preocupações transcendem aspectos técnicos e complicações pós-procedimento, como dor ou prováveis hemorragias, atingindo os possíveis resultados: é grave? Estou com câncer? A prática clínica mostra que estes são questionamentos frequentes.

É de suma importância ressaltar as preocupações dos pacientes no contexto oncológico e como elas podem influenciá-los psicologicamente. Nesta perspectiva, a neoplasia de mama se destaca, uma vez que é a mais prevalente em mulheres no Brasil e no mundo e pode acarretar tratamentos com importantes consequências para a feminilidade, muitas vezes associadas às alterações anatômicas permanentes. Este fato é exposto por (SUN et al. 2018) em meta-análise qualitativa sobre o assunto, ressaltando a percepção da ressecção mamária por tratamento de neoplasia, suas contradições e tensões. Este cenário é muitas vezes antecipado antes de um procedimento invasivo guiado por imagem.

Por outro lado, observamos pacientes de todos os níveis educacionais, com os mais variados graus de instrução, que, ao chegarem à sala de procedimentos, apresentam muitas dúvidas, relatando poucas informações pelo médico solicitante acerca do procedimento a que se submeterá. Não é incomum nos depararmos com pacientes que não sabem qual o procedimento que será realizado, se será orientado por radiografias simples (RX), ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC), mamografia (MMG) ou até mesmo ressonância magnética (RM), se será feito sob anestesia local ou geral. Dúvidas básicas acerca da necessidade real da intervenção também são levantadas. Este contexto de incertezas acerca tanto do procedimento em si, como dos possíveis resultados, pode levar o paciente a sentimentos ansiosos e antecipatórios. Em última análise, o paciente que se encontra frente à possibilidade de se submeter a um procedimento invasivo pode recorrer a fontes alternativas de informação.

1.2 O PACIENTE E A INTERNET

Disponível nos Estados Unidos desde 1969, a internet tinha como função conectar laboratórios de pesquisa para compartilhamento de informações, anteriormente restritas (LEINER et al. 2009). No Brasil o grande *boom* da rede só aconteceu ao longo do ano de 1996. Desde então, observamos um crescimento vertiginoso, tanto em número de usuários, quanto de serviços prestados. Atualmente, a internet está presente em aproximadamente 70% dos domicílios brasileiros, segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), chegando a quase 77% na região Sudeste (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2016).

Estudos que avaliam o uso da internet por pacientes oncológicos em busca de informações sobre saúde ainda são pouco numerosos (HELFT et al. 2005), e mesmo os existentes muitas vezes apresentam resultados conflitantes. Os resultados das pesquisas com médicos também divergem. Alguns trabalhos mostram uma parcela de médicos que identificam na internet uma ferramenta para melhorar a relação médico-paciente. HOLLANDER e LANIER (2001) pontuam: “a internet está ajudando a criar um grupo de pacientes mais informados e mais autônomos”. Este mesmo artigo investigou 599 profissionais da área de saúde, entre médicos, enfermeiros e psicólogos, demonstrando que a maior parte dos profissionais entrevistados (69%) afirma que esses pacientes se comunicam melhor a respeito de sua condição, discutindo as informações obtidas *online* com a equipe médica. Outros autores afirmam que uma porcentagem significativa de profissionais se sente desafiada quando um paciente leva à consulta informações complementares oriundas da

internet. MURRAY et al. (2001) estudou uma amostra representativa nacional dos Estados Unidos com 1050 médicos e apontou este sentimento de “desafio” como o preditor mais consistente para uma deterioração tanto na relação médico-paciente, quanto na qualidade dos cuidados de saúde.

Toda esta divergência demonstra que o grande volume de informação disponível *online*, se, por um lado, sugere um maior potencial para intervenção sobre a saúde, por outro, torna cada vez mais difícil discernir entre o que é ou não adequado ao usuário, aumentando o risco da informação incompleta, imprecisa ou enganosa. Dificuldades encontradas por pacientes leigos, como o entendimento do jargão médico e a incerteza advinda da multiplicidade de informações, são as mais relatadas (SCHMIDT et al. 2013). Esta constatação já é antiga. LECTOR e BEWARE (1977) afirmavam que os sites confiáveis surgem em paralelo aos sites com informação equivocada, só que estes últimos, em maior quantidade. Para os autores, a falta de regulamentação viabiliza páginas conduzidas por indivíduos sem formação médica e, muitas vezes, apoiados, sutil ou abertamente, por interesses comerciais.

Dificuldades adicionais para o paciente que procura informações de saúde na internet são destacadas por BROTHERTON et al. (2002), após trabalho realizado com pacientes oncológicos advindos de hospitais universitários de grande porte. Neste estudo, foram relatados pelos pacientes: a natureza impessoal das pesquisas *online*, a grande quantidade de tempo dispendido nas buscas, quantidade excessiva de informações obtidas na internet e preocupação quanto ao conteúdo das informações, que, por sua vez, poderiam ser inapropriadas e psicologicamente

estressantes. O Quadro 1 ilustra aspectos positivos e negativos envolvidos neste debate (WELCH CLINE et al. 2007).

Quadro 1 - Argumentos prós e contras em relação ao impacto do uso da internet por pacientes em Saúde.

Prós	Contras
Relação médico-paciente horizontal	Ameaça a relação médico-paciente tradicional
Facilita o envolvimento do paciente	Reduz a autoridade médica
Habilita o paciente a interagir com o médico em parceria	Médico se sente desafiado
Aumenta o engajamento do paciente	Aumenta a ansiedade do paciente
Aumenta a responsabilidade do paciente	Cria desconfiança
Amplifica o sentimento de satisfação do paciente	Cria expectativas prognósticas irreais
Serviço mais eficiente	Maior tempo de consulta
Melhora a adesão aos tratamentos propostos e discutidos	Pacientes passam a tentar tratamentos inadequados ou sem comprovação científica

Fonte: Adaptação de: WELCH CLINE et al. (2007)

Alguns estudos sugerem que existe uma relação significativa entre adoecimento e busca de informações sobre saúde (BERGER et al. 2005), isto é, indivíduos ou familiares de indivíduos atingidos por alguma enfermidade, estariam mais propensos a buscar informações sobre determinada doença na rede. Como os procedimentos médicos intervencionistas guiados por imagem são parte essencial do diagnóstico de muitas afecções, podemos considerar que estas informações são procuradas em níveis crescentes.

Dados dos Estados Unidos nos ajudam a ter uma melhor percepção da situação em que nos encontramos atualmente: uma grande pesquisa norte-americana (FOX e RAINIE 2000) entrevistou mais de 10 mil pessoas e, a partir de projeções estatísticas, estimou que a proporção de norte-americanos que usam a internet para buscar informações na área de saúde pode chegar a 80% de todos os usuários da rede, isto é, aproximadamente, 93 milhões de pessoas. Destes, 11 milhões referiram à internet como fonte crucial ou importante no seu desempenho em ajudar algum

membro de sua família a lidar com uma doença. Adicionalmente, mais de 4 milhões de americanos disseram que a internet os ajudou a lidar com a sua própria luta contra uma doença grave, nos dois anos anteriores à pesquisa. Portanto, pressupõe-se que a internet desempenhe um papel significativo e direto na assistência à saúde dos pacientes.

No cenário brasileiro, a empresa Google[®] realizou um estudo (CAMBRICOLI et al. 2019) para caracterizar o uso da internet como canal de pesquisas sobre questões relacionadas à saúde. Constatou-se que, no ano de 2018, o Brasil foi o país em que as buscas referentes à saúde mais cresceram em todo o mundo. O índice de brasileiros que buscaram o Google[®] como primeira fonte de informação em casos de problemas de saúde é próximo ao dos que buscaram imediatamente um médico (26% contra 35%). Outra pesquisa realizada pela mesma plataforma (MORETTI et al. 2012) evidenciou que o principal tema pesquisado pelos entrevistados foi o tratamento médico (60%), seguido por informações gerais sobre doenças (52%) e sintomas (48%).

Portanto, se apresentam dois protagonistas no cenário moderno da relação médico-paciente: o paciente com acesso crescente às informações anteriormente restritas à área médica, se valendo da internet, e o médico que realiza procedimentos invasivos guiados por métodos de imagem, considerados inovadores e de aparecimento recente, suscitando, desse modo, muitas dúvidas. Ainda estamos longe do epílogo, mas precisamos melhor compreender a interação destes dois personagens, uma vez que o acesso à múltiplas informações por parte do paciente podem estar levando-o a sentimentos ansiosos e antecipatórios antes de intervenções, principalmente no cenário oncológico.

1.3 O PACIENTE E A ANSIEDADE

No DSM-5 *American Psychiatric Association*-APA (VAHIA 2013), a ansiedade é definida como a antecipação de ameaças futuras. Ela se distingue do medo, a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida. Além disso, o termo preocupação também é incluído no DSM-5, acrescentando uma nuance adicional ao se referir aos aspectos cognitivos da expectativa apreensiva. A ansiedade é uma emoção normal (COOKE et al. 2005). Do ponto de vista evolutivo, é adaptável, pois promove a sobrevivência incitando as pessoas a se afastarem de lugares perigosos. Desde o século XX, a ansiedade também tem sido um distúrbio nas classificações psiquiátricas. O limiar entre a ansiedade adaptativa normal na vida cotidiana e a angústia patológica que requer tratamento, está sujeito a julgamento clínico. Desta forma, para melhor compreender e elaborar estratégias específicas, é necessário tentar quantificar o nível de ansiedade, individualizando, em última instância, a abordagem ao paciente. Para tanto, diversas ferramentas validadas se mostram úteis na caracterização e graduação da ansiedade. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*STAI: State-Trait Anxiety Inventory* - SPIELBERGER et al 1970), é utilizado há décadas e apresenta a quantidade mais robusta de validação na literatura médica. Seu propósito básico é medir, por meio de um questionário autoaplicável, a presença / gravidade dos sintomas atuais de ansiedade, além de aferir uma propensão mais crônica e generalizada para este sentimento. Apresenta traduções e adaptações em 48 idiomas. Versões curtas também foram desenvolvidas de forma independente, entretanto, apresentando menor validação na literatura (BIAGGIO e NATALÍCIO 1979). Existem duas subdivisões do IDATE, cada uma

com sua característica. A primeira é a escala de Ansiedade-Estado (IDATE-Estado) que avalia o estado atual da ansiedade, perguntando como os entrevistados se sentem “agora”, fazendo uso de itens que medem sentimentos subjetivos de apreensão, tensão, nervosismo, preocupação e ativação do sistema nervoso autônomo. A segunda é a escala de Ansiedade-Traço (IDATE-Traço). Ela avalia aspectos relativamente estáveis da “propensão à ansiedade”, incluindo estados gerais de calma, confiança e segurança, sendo pouco utilizada em trabalhos situacionais, como os estudos pré-operatórios.

Durante o desenvolvimento deste teste, mais de 10 mil adultos e adolescentes foram avaliados. Com o intuito de otimizar a escala, a maior parte das assertivas foi elaborada em consonância com outras escalas de medidas para ansiedade pré-existentes, como a *Cattell e Scheier's Anxiety Scale Questionnaire* por CATTELL e SHEIER (1963) e *Taylor Manifest Anxiety Scale* por TAYLOR et al. (1953). As correlações globais entre o IDATE e estas duas medidas foram de 0,73 e 0,85, respectivamente. O IDATE-Estado teve sua validação testada em situações caracterizadas por altos níveis de estresse, como exames em sala de aula, programas de treinamento militar, entre outros. Importante ressaltar que, semelhantemente a outras escalas de ansiedade, o IDATE está altamente correlacionado com depressão e, em alguns estudos, ele não conseguiu diferenciar os pacientes ansiosos daqueles deprimidos (KENNEDY et al. 2001).

Os coeficientes de confiabilidade teste-reteste no desenvolvimento inicial do IDATE variaram de 0,31 a 0,86, com intervalos de 1 hora a 104 dias. Este resultado não nos surpreende, uma vez que o IDATE-Estado detecta estados transitórios, portanto, seus coeficientes teste-reteste foram menores em comparação com o

IDATE-Traço. Em termos estatísticos, os coeficientes alfa de consistência interna foram bastante elevados, variando de 0,86 a 0,95 (SPIELBERGER et al. 1970).

A detecção psicométrica de mudanças na ansiedade em um período relativamente curto de tempo exige atenção quando usada a escala IDATE-Traço, uma vez que seu propósito é caracterizar alterações de longa data. Em geral, para este propósito, muitos autores optam por usar apenas a subescala de Ansiedade-Estado para a detecção de mudanças longitudinais.

Importante ressaltar ainda que o IDATE está validado para população brasileira, utilizada em diferentes tipos de população hospitalar, incluindo pacientes com câncer (STARK et al. 2002) e submetidos a procedimentos radiológicos invasivos (PIEGZA et al. 2014).

Na área cirúrgica, a relação da ansiedade pré-operatória e o período pós-operatório já é conhecida e estudada desde a década de 70. Trabalhos demonstraram que tentativas de redução deste sentimento podem minorar desfechos desfavoráveis, como a manutenção de altos níveis de ansiedade (JOHNSTON 1980) e maiores níveis relatados de dor após o procedimento médico realizado (LAI et al. 2018).

No âmbito dos procedimentos em oncologia, já foi demonstrada uma alta taxa de ansiedade imediatamente antes dos exames diagnósticos (YU et al. 2010). Contudo, a relação de ansiedade antes de procedimentos invasivos guiados por métodos de imagem ainda é pouco estudada. O estudo de MILLER et al. (2016) concluiu que altos níveis de ansiedade (pontuados pelo IDATE) ocorrem em mulheres antes de biópsias de mama realizada por médicos radiologistas, e podem persistir até mesmo por anos, influenciando, inclusive, a adesão ao *screening*

mamográfico. Este é um bom exemplo da importância do desenvolvimento de trabalhos neste campo.

Sabemos que procedimentos invasivos / cirúrgicos determinam uma resposta fisiológica previsível no paciente (SALMON e HALL 1997). Segue-se um período de recuperação que varia de alguns dias a várias semanas, dependendo, principalmente, da gravidade da patologia preexistente e do procedimento realizado. Apesar disso, observamos que indivíduos podem apresentar respostas acentuadamente distintas. O que explica essa diferença ainda não é claro, mas abre a possibilidade para fatores psicológicos, como o estado ansioso, poderem ter algum papel na determinação da duração e qualidade do período de recuperação (GOUIN e KIECOLT-GLASER 2011). Um trabalho experimental em psico-imunologia sugeriu que o estresse atrasa a recuperação tecidual após um ferimento e a presença de dor também teria efeito adverso na função endócrino-imunológica (KIECOLT-GLASER et al. 1998). Se analisarmos em conjunto estes dados, podemos concluir que a resposta biológica e comportamental pré-procedimentos invasivos se associam ao resultado pós-operatório.

Uma revisão realizada por COOKE et al. (2005) apontou para a importância de se investigar medidas para reduzir a ansiedade antes de cirurgias ou procedimentos invasivos. Estas estratégias podem ser efetivas e de baixo custo, como por exemplo o uso de música na sala de espera pré-procedimento, visando o conforto e redução da ansiedade. Medidas como estas afetam os pacientes tanto ao nível fisiológico quanto psicológico.

Neste sentido, a ansiedade também pode alterar os sinais vitais de um paciente, sendo este o primeiro indicador para a equipe médica de que o paciente está

experimentando-a de forma significativa. O estado ansioso responde por mudanças cognitivas e de comportamento, sendo estas mais individualizadas, refletindo a personalidade de base do paciente GRANOT e FERBER (2005). Pesquisas também mostram que a ansiedade diminui a resposta imune e atrasa a recuperação de ferimentos, sendo esta questão alvo de muitas pesquisas na área bioquímica. De acordo com HUGHES (2002) mudanças mensuráveis fisiológicas e psicológicas ocorrem no corpo em razão da ansiedade, incluindo flutuações nos parâmetros dos sinais vitais, mudanças de humor e comportamento.

Fisiologicamente, estados ansiosos resultam em liberação de epinefrina na corrente sanguínea (causando vasoconstrição), aumento da frequência cardíaca, contratilidade miocárdica, pressão sanguínea, temperatura corporal, além de sudorese, rubores e outras alterações secundárias (MORGAN et al. 2002). Por outro lado, psicologicamente, observamos sintomas como a incapacidade de concentração e dificuldade em realizar tarefas simples (ROY e ANDREWS 1999) (como seguir a orientação médica de “não engolir” no momento de uma punção de tireoide por agulha fina guiada por US). Outro aspecto importante neste cenário é a antecipação de dor durante e após o procedimento, sendo este receio um dos mais relatado pelos pacientes (KINDLER et al. (2000).

Uma revisão sistemática e meta-análise realizadas por TAKAGI et al. (2017) avaliou dados relativos a 236.595 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Evidenciou-se que ansiedade pré-operatória pode estar associada ao aumento de mortalidade pós-operatória. Apesar das diferenças evidentes entre uma cirurgia cardíaca e procedimentos invasivos guiados por imagem, este trabalho se destaca, tendo em vista a pouca disponibilidade de metanálises abrangentes, com uma

quantidade robusta de dados, que abordem o papel da ansiedade antes de uma intervenção médica.

Referente à qualidade da informação disponível na internet, alguns trabalhos, com os grupos de LITTLECHILD e BARR (2013) e WASSERMAN et al. (2014) advertem para o fato de múltiplas fontes *online* apresentarem dados incompletos e incorretos, não fornecendo informações necessárias de forma adequada para embasar as decisões dos pacientes no que diz respeito ao tratamento de suas doenças. Importante ressaltar, que este último autor trabalhou com uma amostra de pacientes com câncer de mama, população também abordada pelo presente estudo (pacientes que se submeteram a procedimentos guiados por MMG).

Apesar da informação de saúde ser muitas vezes incompleta ou incorreta, os pacientes continuam buscando-a, como mostra o trabalho de MURRAY et al. (2003), que abrangeu 3209 pacientes. O autor infere que a maioria dos pacientes que procura por informação de saúde na internet quer discuti-la com o seu médico, e não o confrontar ou checar a competência da equipe de saúde. O trabalho conclui que quando a informação colhida *online* é levada à consulta, tem um efeito positivo na relação médico-paciente, com a condição do médico apresentar adequada habilidade de comunicação e não se demonstrar desafiado pelo fato de o paciente trazer informações externas à consulta. Em contrapartida, outras publicações conjecturam que apenas uma pequena proporção de pacientes planeja levar as informações colhidas na internet de forma ativa para o seu médico, como demonstrado por SHEN et al. (2015). Eles gravaram em áudio as consultas entre pacientes com câncer de mama e seus oncologistas, nas quais as informações obtidas da internet foram discutidas. Seus resultados indicam que a maioria dos pacientes introduz informações

da internet implicitamente. Os médicos, por sua vez, parecem responder de maneira solidária para reduzir qualquer embate. Estes autores conjecturam que intervenções futuras podem considerar o fornecimento de orientações específicas sobre como navegar na internet, usando-a como um recurso complementar de informações, incentivando os pacientes a levantarem esses tópicos com seu oncologista.

Para enriquecer esta discussão, ROBINSON et al. (1998) enfatiza possíveis benefícios do uso da internet em saúde, entre eles: melhorar a capacidade de combinar diversos tipos de mídias (texto, áudio e vídeo) de forma específica para o estilo de aprendizado de cada usuário da internet; criar a possibilidade de realizar pesquisas sobre determinado assunto de forma anônima, em situações nas quais o paciente poderia se sentir desconfortável em inquirir seu médico em consulta frente-a-frente; aumentar o acesso à informação sob livre demanda, a qualquer hora e em qualquer local; permitir a oportunidade de interação com outros pacientes em situação semelhante, rompendo barreiras estruturais e de distância. O grupo de MCGINNIS et al. (2013) também pontua que a internet amplia o acesso à informação em segmentos da sociedade antes distantes do conhecimento médico, como as pessoas com baixo poder aquisitivo, aquelas em ambiente rural ou com necessidades especiais.

Sob outra perspectiva, alguns trabalhos identificam barreiras no uso da internet pelo paciente que busca informações de saúde, exacerbando assim as controvérsias neste tema. O trabalho supracitado por MCGINNIS et al. (2013) levanta os principais obstáculos que afetam o uso da internet: idade, educação e renda familiar. Os pacientes com maior escolaridade e maior rendimento familiar estariam mais propensos a buscar informações e usar a internet como uma fonte de

informação. Nesta mesma pesquisa, a inabilidade dos usuários em acessar informações confiáveis na internet também foi identificada como importante dificuldade, afetando o uso seguro da internet pelos pacientes.

A revisão bibliográfica do presente estudo também levantou publicações que relacionam a ansiedade antes de procedimentos médicos. MUSCARNERI et al. (2014) investigou 343 pacientes antes de se submeterem aos procedimentos médicos diagnósticos não-invasivos, correlacionando-os aos diversos métodos diagnósticos (RX, MMG, US, TC ou RM), obtendo seus níveis de ansiedade pontuados pelo IDATE. Níveis acentuados de ansiedade foram encontrados na maioria dos pacientes (até 76,5%). YU et al. (2010) também avaliou pela psicometria do IDATE 398 pacientes na sala de espera para exames diagnósticos, encontrando altos níveis de ansiedade em 46% dos pacientes. Houve correlação de maiores pontuações no IDATE para o sexo feminino, pacientes jovens, desempregados e com poucos anos de estudo.

Entretanto, ainda são limitados os trabalhos que relacionam ansiedade e procedimentos intervencionistas guiados por imagem. Na pesquisa de MUELLER et al. (2000) os procedimentos intervencionistas foram divididos em vasculares e não-vasculares. Os seguintes tópicos foram estudados: a ansiedade antes da intervenção, o entendimento do procedimento por parte do paciente, sua percepção de dor, além da satisfação geral após a intervenção proposta. Os autores concluíram que os pacientes que iriam se submeter aos procedimentos intervencionistas apresentaram ansiedade e anteciparam algum nível de desconforto. Adicionalmente, os pacientes que demonstraram um melhor entendimento do procedimento apresentaram menos ansiedade. Outro exemplo de trabalho neste campo é o de HAYES BALMADRID et

al. (2017) que, por sua vez, analisou o nível de ansiedade dos pacientes na sala de espera antes de procedimentos guiados por US. A ansiedade foi correlacionada com características do estilo de vida dos pacientes e fatores psicossociais associados ao estresse. O pesquisador conclui que a diminuição do tempo de espera para biópsias pode reduzir a ansiedade em mulheres.

Trabalhos como os anteriormente citados sugerem a possibilidade de que medidas direcionadas e específicas têm a capacidade de alterar o nível de ansiedade dos pacientes, inclusive no cenário imediatamente anterior a procedimentos invasivos guiados por imagem.

Portanto, cenário atual da literatura médica evidencia escassez de trabalhos que avaliem em conjunto ansiedade, procedimentos invasivos guiados por imagem e a procura na internet por informações complementares, fazendo com que este novo e pouco explorado campo de pesquisa necessite de maior investigação.

2 JUSTIFICATIVA

Por constituir uma das áreas mais novas da Medicina, os procedimentos percutâneos guiados por imagem ainda suscitam muitas dúvidas em profissionais da área da saúde, necessitando de pesquisa e atualização constante, principalmente no que diz respeito à indicação, técnica e complicações que envolvem estas intervenções. Se até mesmo médicos têm dificuldades com esta nova área, o que dizer dos pacientes que irão se submeter a tais procedimentos? Tais pacientes, muitas vezes, recorrem a fontes alternativas de informação, na tentativa de minorar dúvidas e questionamentos não esclarecidos no momento da consulta médica.

Para entender como estes pacientes buscam informações de saúde, precisamos analisar as rápidas transformações que ocorreram no mundo em relação ao acesso à informação, principalmente nas últimas décadas. Exemplo concreto desta revolução de acesso é a disponibilidade de aquisição das próprias revistas especializadas na literatura médica. Elas podem ser acessadas na internet por qualquer paciente ou familiar antes de um procedimento invasivo guiado por imagem.

Em razão da profusão de informações disponíveis, sentimentos antecipatórios e ansiosos antes do procedimento proposto podem ser suscitados ou ampliados após a realização de pesquisas *online*.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender o perfil dos pacientes que serão submetidos a procedimentos invasivos guiados por imagem e a

busca por informações complementares na internet, bem como o impacto destas na ansiedade destes indivíduos.

Ainda, por tratar-se de uma ferramenta de busca heterogênea, poucos são os estudos que visam estabelecer a relação das informações coletadas com a comunicação médico-paciente, resultando, portanto, em uma importante lacuna na literatura médica.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a presença de ansiedade nos pacientes antes de se submeterem a procedimento invasivo guiado por imagem (MMG, US, TC) em um centro de referência oncológico, além da interação destes pacientes com informações fornecidas pelo médico solicitante e fontes complementares de informação, especificamente a internet.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a Caracterizar aspectos do perfil do paciente que irá se submeter a uma intervenção guiada por imagem (MMG, US ou TC);
- b Determinar a adequabilidade das informações transmitidas previamente ao procedimento pelo médico solicitante (na concepção do paciente);
- c Investigar a presença de ansiedade, quantificada pelo questionário IDATE;
- d Avaliar a busca na internet antes da intervenção proposta;
- e Avaliar subjetivamente a qualidade, confiabilidade e dificuldade em obtê-las, correlacionando estes parâmetros com a psicometria de ansiedade.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

Foi realizado um estudo prospectivo, descritivo, de corte transversal, por meio da aplicação de questionário aos pacientes que se submeteram a procedimentos invasivos, guiados por métodos de imagem (US, TC ou MMG) em um centro de referência oncológico. O grupo populacional foi constituído por pacientes atendidos no serviço de Imagem, com indicação de intervenção guiada por imagem, entre junho de 2017 e julho de 2018, por amostra de conveniência, na qual o autor aplicou o questionário entre segunda e sexta-feira, de acordo com a sua disponibilidade.

Na Figura 1 estão os critérios de inclusão e não-inclusão estabelecidos no estudo. Nota-se que os pacientes não-ambulatoriais foram excluídos do estudo, pois o quadro clínico de emergência/urgência, muitas vezes, não permite uma pesquisa complementar prévia na internet sobre o procedimento a ser realizado.

Após a verificação de adequação aos critérios de inclusão, os questionários foram aplicados em dois momentos distintos: na primeira etapa, o IDATE foi respondido (Anexo 2), antes do procedimento invasivo em si. Após o preenchimento do questionário de ansiedade, o autor se dispôs a responder quaisquer questionamentos do participante, sejam sobre o procedimento ou não. O segundo momento consistiu no questionário reproduzido no Anexo 3, no qual o paciente foi interrogado sobre múltiplos aspectos: escolaridade, parâmetros sociodemográficos, quantificação da dor durante o procedimento, questões subjetivas acerca das

informações disponíveis na internet, dentre outros. Importante ressaltar o fato de os participantes do estudo terem sido esclarecidos que não existiam respostas corretas para as perguntas presentes em ambos os questionários, sendo a afirmação a ser marcada aquela que mais se aproximasse ao que ele entendia como adequado. A dinâmica de apresentação dos questionários aos participantes do estudo está representada na Figura 2.

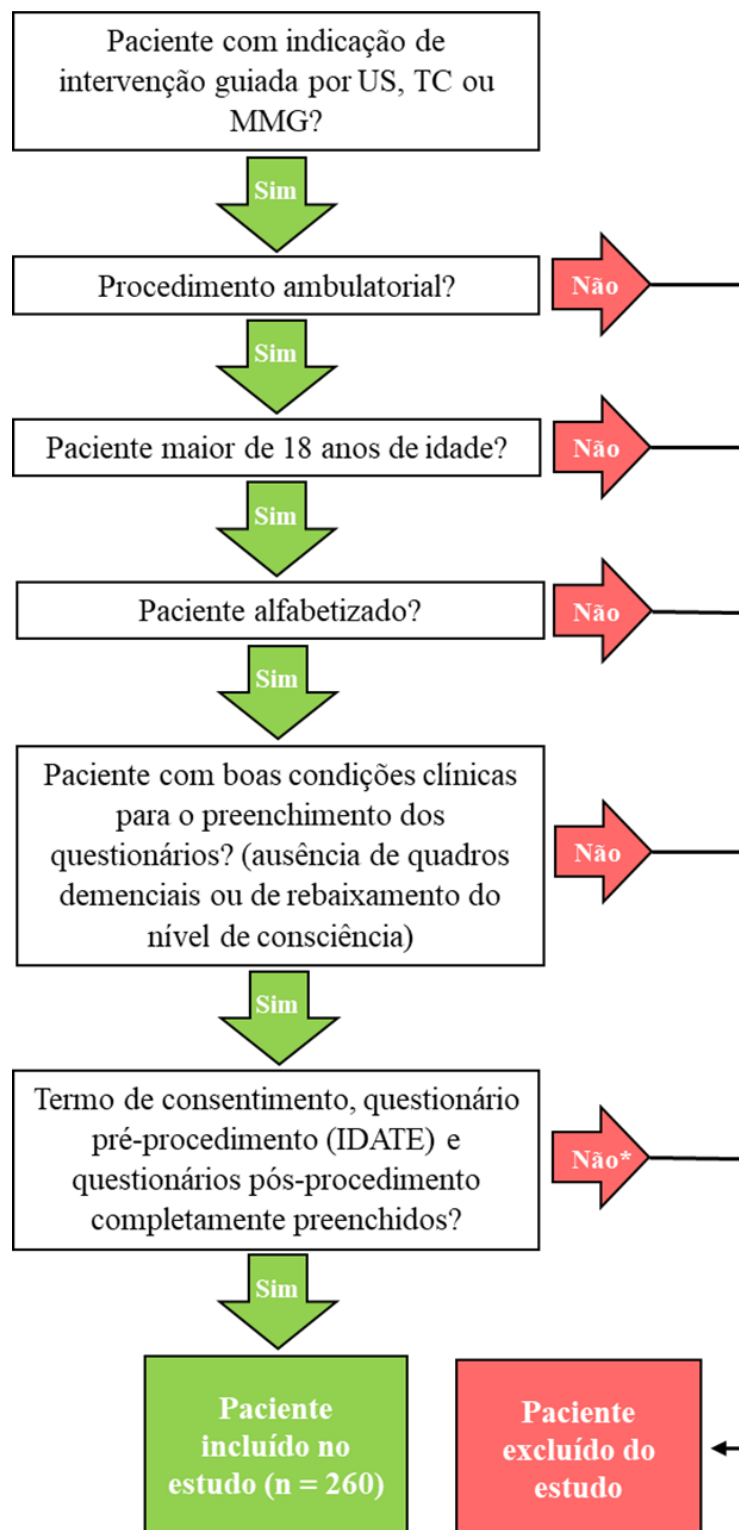
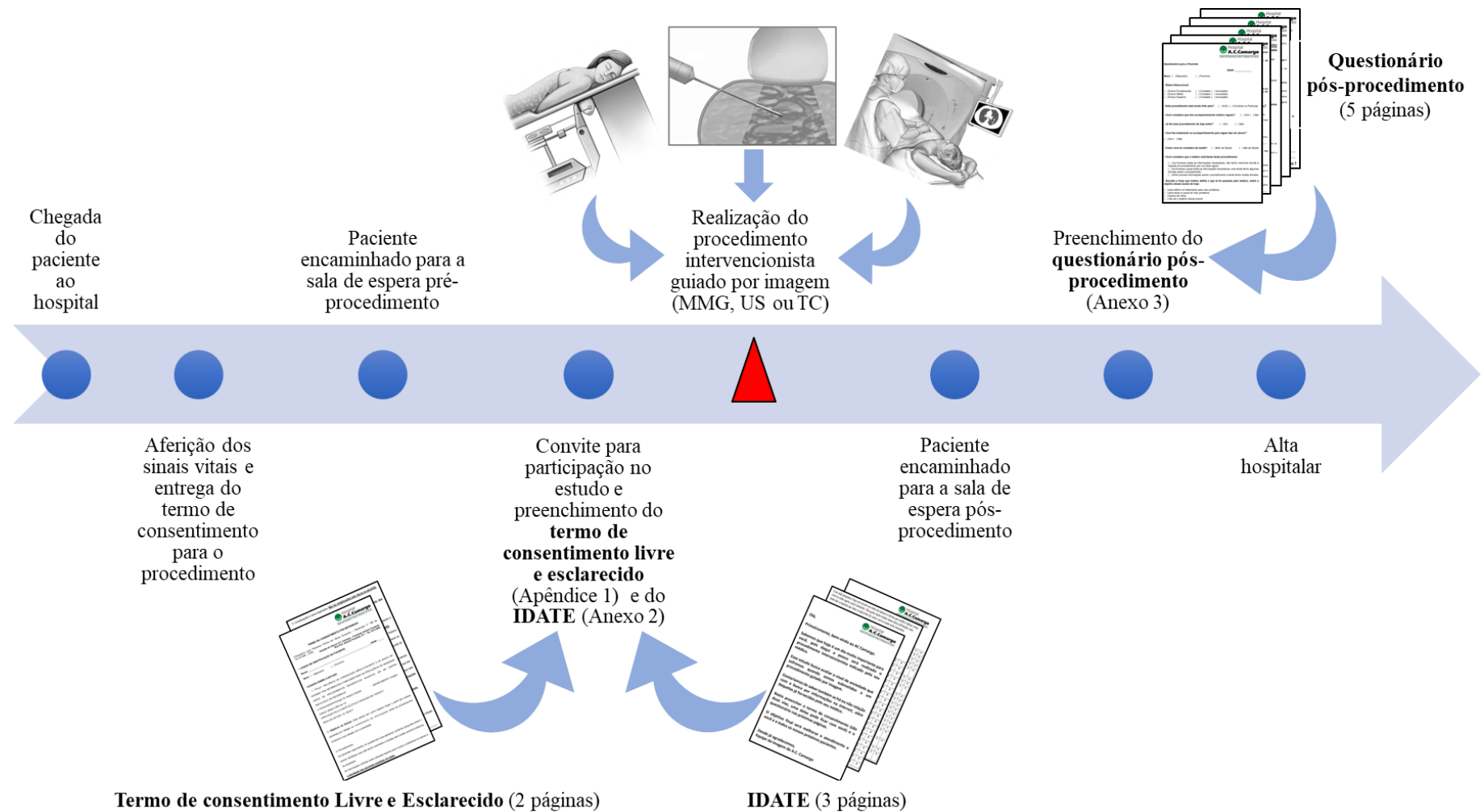


Figura 1 - Critérios de inclusão e não-inclusão para o estudo.

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada; TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

* Definida como preenchimento adequado das perguntas relativas à relação médico-paciente e à caracterização das informações presentes na internet.



IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Figura 2 - Linha do tempo representando a dinâmica de apresentação dos questionários entregues aos participantes do estudo.

4.2 QUESTIONÁRIOS

4.2.1 Questionário pré-procedimento

O primeiro questionário aplicado foi o IDATE, respondido antes do procedimento invasivo proposto. É autoaplicável e possui 40 itens, sendo 20 destes alocados para cada subescala (IDATE-Estado e IDATE-Traço).

As respostas para a escala de Ansiedade-Estado avaliam a intensidade dos sentimentos atuais “neste momento”: 1) absolutamente não, 2) um pouco, 3) bastante e 4) muitíssimo. As respostas da Ansiedade-Traço avaliam a frequência dos sentimentos “em geral”: 1) quase nunca, 2) às vezes, 3) frequentemente e 4) quase sempre.

A faixa de pontuação para cada subteste é de 20 a 80, a pontuação mais alta indicando maior ansiedade. Um valor de corte usualmente adotado é de 39-40 pontos para a detecção de sintomas de ansiedade clinicamente significativa (DOMAR et al. 1989). Para adultos, a resposta completa do questionário exige cerca de 10 minutos para ser concluída.

4.2.2 Questionário pós-procedimento

O segundo questionário foi preenchido pelo paciente e aplicado após o procedimento. Foram coletados os seguintes dados clínicos e sociodemográficos: idade, sexo, escolaridade, procedência do paciente (Sistema Único de Saúde – SUS - ou convênio médico/ particular). O paciente foi perguntado se já havia sido submetido anteriormente ao procedimento em questão e se possuía histórico de tratamento ou acompanhamento para alguma neoplasia. Aspectos subjetivos sobre o

acompanhamento médico regular e aspecto geral de saúde (se o paciente se considerava “bem de saúde” ou “mal de saúde”) também foram questionados.

Perguntas fechadas foram estabelecidas para que os pacientes pudessem definir o que entendiam como o objetivo do exame (“definir um tratamento para meu problema”; “achar uma causa do meu problema”; “exame de rotina” ou “não sei o objetivo desse exame”) e a respeito da quantidade de informações transmitidas pelo médico solicitante antes do procedimento (“o médico me forneceu todas as informações necessárias, não tenho nenhuma dúvida a respeito do procedimento que vou realizar”; “me forneceu quase todas as informações, ainda tenho algumas dúvidas sobre o procedimento” ou “tenho poucas informações sobre o procedimento e ainda tenho muitas dúvidas”).

Adiante, também foi perguntado se o médico havia transmitido alguma informação por escrito a respeito do procedimento a ser realizado e se o paciente se considerava uma pessoa proativa, sendo esta palavra definida no próprio questionário como “uma pessoa proativa é aquela que busca antecipar problemas e saber de situações antes que elas aconteçam”. O participante foi indagado se o mesmo ou algum parente havia procurado na internet a respeito do procedimento proposto e sua doença. Aquele que pesquisou na internet sobre informações de saúde poderia assinalar uma ou mais justificativas (item não obrigatório): “para achar um bom médico”; “para buscar informações gerais”; “para checar a competência do meu médico”; “para conhecer pessoas que estavam passando pela mesma situação que a minha”; “para ter um papel ativo no meu tratamento, não para confrontar o meu médico, mas fazer perguntas informadas e entender o que vai me falar”; “nenhuma

das anteriores”. Esta última opção apresentava um espaço adjacente pautado e em branco, cujo preenchimento também era opcional.

Posteriormente, o paciente que buscou na internet sobre o procedimento foi perguntado se havia exposto em consulta médica que iria fazer tal busca *online*. Caso não tivesse mencionado ao médico, novas assertivas fechadas foram propostas: “achei que a informação na internet poderia ser problemática”; “considero a informação apenas generalista”; “o médico poderia não gostar, pareceria que eu estava confrontando-o”; “nenhuma das anteriores”. Um novo espaço pautado e em branco se apresentava ao lado da última opção.

Sobre a informação contida na internet, foram indagadas tanto para quem procurou *online* quanto para quem não procurou: perguntas relativas à qualidade (“boa qualidade”; “média qualidade” ou “qualidade ruim”); à confiabilidade (“muito confiável”; “confiável”; “pouco confiável” ou “muito pouco confiável”); à dificuldade (“muito fácil”; “fácil”; “difícil” ou “muito difícil”) em obter tais dados.

Especificamente, ao paciente que procurou na internet sobre o procedimento médico a ser realizado foi perguntado o impacto que a informação obtida havia ocasionado: “estou muito mais confiante para fazer o procedimento”; “estou mais confiante”; “não mudou minha confiança”; “a informação que achei me deixou menos confiante para fazer o procedimento” ou “estou muito menos confiante para fazer o procedimento”.

Duas perguntas foram usadas para verificar se o paciente apresentava uma noção geral da intervenção proposta: “em quanto tempo o resultado deste exame ficará pronto?” (com opções de “imediatamente após”; “em menos de 2 semanas” ou “em mais de 2 semanas”) e “quem irá analisar o resultado no microscópio?” (“meu

médico, aquele que pediu o exame”; “um radiologista, que iriei conhecer no momento que fizer o procedimento”; “um patologista” ou “um técnico de laboratório”).

Exclusivamente, ao paciente que não procurou na internet sobre o procedimento a ser realizado foram colocadas as seguintes afirmações fechadas: “não considere necessária a pesquisa, pois confio na indicação do meu médico”; “não tive tempo, mas gostaria de ter feito uma pesquisa na internet”; “não confio nas informações da internet” e “tenho receio/ medo das informações que poderia encontrar na internet”.

Ademais, foi solicitado que o participante marcasse a alternativa que melhor exprimisse acerca da necessidade de se submeter ao procedimento proposto: “muito necessário, tenho certeza de que foi corretamente indicado para mim”; “necessário, apesar de ter algumas dúvidas ainda sobre a indicação do procedimento” ou “pouco necessário”. De uma forma mais generalista, a necessidade de haver uma pesquisa na internet prévia antes de procedimentos invasivos guiados por imagem foi questionada, com as possíveis respostas: “indispensável, todos deveriam consultá-la antes de aceitar um procedimento invasivo”; “importante, mas dispensável, a indicação do médico deve prevalecer sobre qualquer informação encontrada na internet, pois nem sempre é confiável” ou “totalmente dispensável, procurar na internet só iria me confundir e gerar questionamentos desnecessários”.

Por último, uma escala de 0 “não senti nenhuma dor” a 10 “foi a pior dor da minha vida” relativa à sensação algica durante o procedimento foi apresentada, sendo a última pergunta deste questionário referente à expectativa do procedimento: “foi melhor do que eu esperava”; “igual ao que eu esperava” ou “pior do que eu

esperava”. Um espaço em branco se apresentava ao final do texto para que o participante do estudo pudesse, caso desejasse, incluir qualquer comentário adicional.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o trabalho foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente/ AC Camargo Cancer Center para apreciação, aprovação e parecer de execução: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 66022517.8.0000.5432, número do parecer 2.063.731. Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e confidencialidade dos dados, sem quaisquer prejuízos para os mesmos, além de terem sido solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para responder aos objetivos do estudo foi utilizado basicamente o teste de Mann-Whitney, para comparação de dois subgrupos. Também foi empregado o teste de Kruskal-Wallis para a comparação de 3 subgrupos. O teste não paramétrico foi usado, pois a condição primordial para a utilização de similares paramétricos não foi satisfeita, ou seja, não há uma distribuição normal padrão para os escores do IDATE. A normalidade foi testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e os p-valores de 0,021 para Estado e de 0,004 para Traço foram obtidos. Todos os testes de

hipóteses desenvolvidos nesse trabalho consideraram uma significância de 5%, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando p-valor foi menor ou igual a 0. O software utilizado nas análises foi o SPSS V20.

5 RESULTADOS

5.1 POPULAÇÃO E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Participaram do estudo 260 pacientes. Estes satisfizeram os critérios de inclusão e apresentaram seus 520 questionários adequadamente respondidos, sendo, portanto, utilizados para análise. Após explicação detalhada do estudo e reafirmação do total anonimato caso o paciente participasse do estudo, somente 4 pacientes do total dos interrogados pelo autor decidiram pela não participação.

Dos questionários válidos e utilizados no estudo, 79 (30,4%) pacientes foram submetidos a um procedimento invasivo guiado por MMG, 133 (51,1%) por US e 48 (18,5%) por TC, sendo a análise dividida para cada um dos métodos.

A média de idade dos pacientes que se submeteram a intervenções guiadas por MMG foi de 53,1 anos (com mediana de 52,0 anos, mínimo de 22 e máximo de 74 anos), para o grupo do US foi de 49,7 anos (mediana de 50 anos, mínimo de 18 e máximo de 83 anos) e para o grupo dos procedimentos invasivos guiados por TC foi de 59,3 anos (mediana de 59 anos, mínimo de 30 e máximo de 88 anos).

Os participantes que se submeteram a procedimentos guiados por MMG se dividiram em três tipos diferentes de procedimentos: mamotomia foi realizada por 59 indivíduos (74,7%), a biópsia da mama por agulha grossa foi executada em 11 participantes (13,9%) e a localização pré-operatória (agulhamento) de lesão mamária suspeita em nove (11,4%). Os pacientes do grupo da US foram submetidos à punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou biópsia por agulha grossa (*core-biopsy*).

Destes, 77 (57,8%) fizeram PAAFs, sendo 51 punções de tireoide (66% de todas as PAAFs), e 56 (42,2%) punções por agulha grossa, com 36 da mama (64,2% do total das biópsias por agulha de maior calibre.) No grupo dos pacientes com intervenção guiada por TC, os procedimentos mais frequentes foram: 14 (29,2%) biópsias pulmonares e 11 (22,9%) ósseas.

Os aspectos sociodemográficos estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1 - Parâmetros sociodemográficos dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos guiados por imagem.

Parâmetro	MMG		US		TC		Todos	
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	79	100%	109	82%	27	56,3%	215	82,7%
Masculino	0	0%	24	18%	21	43,8%	45	17,3%
Escolaridade								
Fundamental Incomp.	3	3,8%	6	4,5%	5	10,4%	14	5,3%
Fundamental Comp.	2	2,5%	6	4,5%	2	4,2%	10	3,8%
Médio Incompleto	2	2,5%	5	3,8%	2	4,2%	9	3,4%
Médio Completo	7	8,9%	22	16,5%	6	12,5%	35	13,4%
Superior Incompleto	6	7,6%	24	18,0%	4	8,3%	34	13,0%
Superior Completo	58	73,4%	69	51,9%	29	60,4%	156	60,1%
Procedência								
SUS	12	15,2%	29	21,8%	7	14,9%	48	18,5%
Convênio/ Particular	67	84,8%	104	78,2%	40	85,1%	211	81,5%
Atenção médica regular¹								
Sim	71	92,2%	120	90,9%	44	91,7%	235	91,4%
Não	6	7,8%	12	9,1%	4	8,3%	22	8,6%
Procedimento já realizado anteriormente								
Sim	17	21,5%	55	41,4%	13	27,1%	85	32,7%
Não	67	78,5%	78	58,6%	35	72,9%	175	67,3%
Tratamento oncológico prévio								
Sim	22	27,8%	45	33,8%	27	56,3%	94	36,1%
Não	57	72,2%	88	66,2%	21	43,8%	166	63,9%
Aspecto subjetivo individual de estado de saúde²								
Bem de saúde	77	97,5%	127	95,5%	35	74,5%	239	92,3%
Mal de saúde	2	2,5%	6	4,5%	12	25,5%	20	7,7%

MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada; SUS, Sistema Único de Saúde.

¹Pacientes questionados subjetivamente se consideravam apresentar acompanhamento médico regular.

²Pacientes questionados subjetivamente sobre seu aspecto geral de saúde.

5.2 QUESTIONÁRIO IDATE

A população do estudo foi submetida ao questionário IDATE para psicometria de ansiedade. As pontuações mínimas, médias, medianas e máximas obtidas estão apresentadas na Tabela 2. A frequência de distribuição destas pontuações foi dividida por grupos (pacientes que pontuaram entre 20-40, 41-60 e 61-80 pontos) e encontra-se na Tabela 3.

Tabela 2 - Relatório de pontuação mínima, média, mediana e máxima nos questionários IDATE-Estado e IDATE-Traço para os pacientes que se submeteram a procedimentos invasivos guiados por imagem.

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	n	IC
IDATE Estado	MMG	45,86	46	10,67	22	68	79	2,35
	TC	38,69	38	10,19	23	68	48	2,88
	US	42,63	44	9,39	22	64	133	1,60
	Todos	42,88	44	10,20	22	68	260	1,24
IDATE Traço	MMG	38,16	39	7,76	22	54	79	1,71
	TC	35,94	35,5	7,25	21	53	48	2,05
	US	39,10	39	8,56	22	63	133	1,45
	Todos	38,23	38	8,15	21	63	260	0,99

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada; Min, Mínimo; Mas, Máximo; IC, Intervalo de Confiança.

Tabela 3 - Relatório de pontuação nos questionários IDATE-Estado e IDATE-Traço para os pacientes que se submeteram a procedimentos guiados por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada.

IDATE	MMG		US		TC		Todos	
IDATE-Estado	n	%	n	%	n	%	n	%
20-40	25	31,6%	51	38%	27	56,3%	103	39,6%
41-60	49	62%	79	59%	19	39,6%	147	56,5%
61-80	5	6,3%	3	2,3%	2	4,2%	10	3,8%
IDATE-Traço								
20-40	48	60,8%	78	58,6%	38	79,2%	164	63,1%
41-60	31	39,2%	53	39,8%	10	20,8%	94	36,2%
61-80	0	0,0%	2	1,5%	0	0,0%	2	0,8%

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

5.3 SOBRE O FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES PELO MÉDICO

A continuação do questionário (reproduzido no Anexo 3) evidencia que 70 pacientes do grupo de MMG (88,6%) assinalaram “o médico me forneceu todas as informações necessárias, não tenho nenhuma dúvida a respeito do procedimento que vou fazer agora”. Esta opção também foi a mais frequentemente assinalada pelo grupo submetido a intervenção guiada por US e TC, com 105 respostas (78,9%) e 41 (85,4%), respectivamente. A sentença “o médico me forneceu quase todas as informações necessárias, mas ainda tenho algumas dúvidas sobre o procedimento” foi marcada por 5 (6,3%) pacientes do grupo da MMG, 22 (16,5%) da US e 6 (12,5%) da TC. “Tenho poucas informações sobre o procedimento e ainda tenho muitas dúvidas” foi a definição escolhida por 3 (3,8%), 5 (3,8%) e 1 (2,1%) dos pacientes integrantes dos grupos da MMG, US e TC, respectivamente.

A frase que melhor definiu o objetivo do exame proposto, na concepção dos participantes, também foi consonante para os três grupos: “para definir um tratamento para meu problema” foi escolhida por 44 integrantes (55,7%) do grupo da MMG, 73 (54,9%) da US e 30 (62,5%) da TC; seguida de “para achar a causa do meu problema” por 28 (35,4%) do grupo da MMG, 32 (24,1%) da US e 16 (33,3%) da TC; e “exame de rotina” com 7 marcações (8,9%) na MMG, 23 (17,3%) na US e 2 (4,2%) na TC; apenas um paciente que se encontrou no grupo de intervenções guiadas por US optou por “não sei o objetivo desse exame”. Quando interrogadas se o médico solicitante havia transmitido alguma informação acerca do procedimento

por escrito, 59 pacientes (74,7%) no grupo da MMG, 95 (71,4%) na US e 30 (62,5%) na TC afirmaram que não a receberam.

5.4 SOBRE A BUSCA POR INFORMAÇÕES NA INTERNET

Perguntados se eram proativos na busca de informações sobre saúde, 69 (74,7%) da categoria MMG responderam positivamente, bem como 108 (81,2%) na US e 36 (75,0%) na TC.

Trinta e seis participantes (45,6%) do grupo MMG, 64 (48,1%) da US e 21 (43,8%) da TC pesquisaram na internet sobre informações acerca de suas doenças ou possíveis enfermidades, que levaram à solicitação do procedimento invasivo em questão. No que se refere a pesquisas *online* pertinentes ao procedimento em si, 31 (39,2%) pacientes submetidos a procedimento guiado por MMG, 48 (36,1%) por US e 11 (22,9%) por TC afirmaram tê-las realizado.

Aqueles que pesquisaram na internet sobre informações de saúde e optaram por assinalar uma ou mais justificativas o fizeram da seguinte forma: a sentença “para buscar informações gerais” foi apontada 14 vezes (17,7%) no grupo da MMG, 32 (24,1%) na US e sete (14,6%) na TC; “para ter um papel ativo no meu tratamento, não para confrontar o meu médico, mas fazer perguntas informadas e entender o que vai me falar” foi marcada 14 vezes (17,7%) na MMG, 26 (19,5%) na US e seis (12,5%) na TC; “para achar um bom médico” quatro (3,0%) na US e uma (2,1%) na TC; “para checar a competência do meu médico” recebeu três (2,3%) anotações no grupo da US; “para conhecer pessoas que estavam passando pela mesma situação que a minha” foi assinalada por dois pacientes do grupo da TC e “para buscar opções

de tratamento diferentes” recebeu uma única marcação (1,3%) na MMG. A opção “nenhuma das anteriores” foi escolhida 11 (8,3%) vezes no grupo da US e cinco (10,4%) na TC. Esta última opção apresentava um espaço adjacente pautado e em branco, cujo preenchimento era também opcional e foi preenchido em quatro questionários, sendo três do grupo da US e um na TC: “para escolher o melhor Serviço para fazer o procedimento”, “esclarecer dúvidas” e “medo da doença e medo da morte” foi escrito na US e “curiosidade” na TC.

Quatro pacientes relataram ter comunicado ao médico solicitante, em consulta, que iriam realizar pesquisas na internet três pacientes (3,8%) na MMG, um único na US e nenhum na TC. Daqueles que não relataram ao médico que iriam pesquisar informações adicionais *online* e optaram por assinalar alguma justificativa, as opções: “eu considero que a informação que busquei na internet foi apenas generalista, mais para entender o que meu médico estava falando” foi indicada 13 vezes (16,5%) no grupo da MMG, 21(15,8%) na US e cinco (10,4%) na TC; “meu médico é ótimo, com certeza sabe tudo o que li e achei que não era necessário comentar” foi respondida em 10 ocasiões (12,7%) na MMG, 18 (13,5%) na US e cinco (10,4%) na TC; “o médico poderia não gostar, não queria parecer que estava confrontando” foi opção marcada em 16 (12%) ocasiões no grupo da US e em duas (4,2%) na TC; “achei a informação da internet problemática, não confiei, por isso não falei nada com o médico” obteve quatro (3,0%) anotações no grupo da US e três (6,3%) na TC; “acho que não é papel do paciente falar nada sobre a doença ou tratamento com o médico” um único relato (1,3%) na MMG e dois (1,5%) na US; e “nenhuma das opções anteriores” foi apontada em nove questionários (11,4%).

Nenhum paciente usou o espaço em branco ao lado de “nenhuma das opções anteriores” para justificativa complementar.

A caracterização da informação contida na internet acerca do procedimento intervencionista guiado por imagem realizado, quanto a sua qualidade, confiabilidade e dificuldade em encontrá-la, está descrita na Tabela 5. Todos os participantes do estudo foram solicitados a responder este questionamento, tendo pesquisado *online* sobre o assunto ou não. Para aquele que não realizou buscas na internet sobre o procedimento, demandou-se que ele marcasse a alternativa que melhor expressasse a sua opinião sobre o tema. No grupo da MMG, 46 (58,2%) participantes assinalaram “média qualidade”, sendo 68 (51,1%) no US e 26 (54,2%) na TC; “Qualidade ruim” foi a opção de três (3,8%) na MMG, 15 (11,3%) no US e seis (12,5%) na TC. Para a confiabilidade, apenas um (1,3%) paciente definiu a internet como “muito confiável” no grupo da MMG, três (2,3%) no US e nenhum na TC; “Confiável” foi a opção de 27 (34,2%) para a MMG, 57 (42,9%) para US e 14 (29,2%) para TC; “Pouco confiável” para 38 (48,1%) na MMG, 48 (36,1%) no US e 24 (50%) na TC; “Muito pouco confiável” para três (3,8%) na MMG, 10 (7,5%) no US e três (6,3%) na TC. Quando tratada a dificuldade em se obter informações confiáveis na internet acerca do procedimento realizado, seis (7,6%) participantes definiram como “muito fácil” no grupo das intervenções guiadas por MMG, 13 (9,8%) no US e um (2,1%) na TC; “Fácil” foi a opção de 18 (22,8%) na MMG; 42 (31,6%) no US e 21 (43,8%) na TC; “Difícil” para 41 (51,9%) na MMG, 53 (39,8%) no US e 14 (29,2%) na TC; “Muito difícil” para cinco (6,3%) na MMG, 12 (9%) no US e cinco (10,4%) na TC.

Para as pessoas que buscaram na internet sobre o procedimento intervencionista realizado foi questionado o resultado subjetivo de tais informações:

“não mudou minha confiança para fazer o procedimento” e “mais confiante para fazer o procedimento” foram as mais escolhidas nos três grupos de estudo, sendo 22 (27,8%), 27 (20,3%) e 8 (16,7%) respostas para a primeira sentença, e 9 (11,4%), 17 (12,8%) e 4 (8,3%) para a segunda afirmativa, nos grupos de MMG, US e TC, respectivamente. Dois pacientes (2,5%) marcaram “muito mais confiante para fazer o procedimento” no grupo MMG, cinco (3,8%) na US e nenhum na TC; “menos confiante para fazer o procedimento” foi opção marcada por um único paciente (0,8%) no grupo da US e na TC (2,1%); “muito menos confiante” foi indicada por dois (1,5%) na US e em nenhuma ocasião nos demais.

Tabela 4 - Caracterização subjetiva da informação contida na internet em relação ao procedimento intervencionista guiado por imagem realizado, segundo os pacientes que participaram do estudo, independentemente se realizaram buscas *online* ou não sobre este tema.

Informações contidas na internet sobre o procedimento realizado	MMG		US		TC		Todos	
Qualidade ¹	n	%	n	%	n	%	n	%
Boa qualidade	20	29%	35	29,7%	8	20%	63	27,8%
Qualidade média/ruim	49	71%	83	70,3%	32	80%	164	72,2%
Confiabilidade ²								
Confiável	28	40,6%	60	50,8%	14	34,1%	102	44,7%
Pouco confiável	41	59,4%	58	49,2%	27	65,9%	126	55,3%
Dificuldade ³								
Fácil	24	34,3%	55	45,8%	22	53,7%	101	43,7%
Difícil	46	65,7%	65	54,2%	19	46,3%	130	56,3%

MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

¹“A respeito da qualidade da informação que está na internet, você a considera:”. Os participantes que assinalaram as opções “média” e “ruim” foram agrupados

²“O quão confiável você considera a informação que está na internet?”. Os participantes que assinalaram as opções “muito confiável” e “confiável” foram agrupados, da mesma forma que aqueles que optaram por “pouco confiável” e “muito pouco confiável”

³“Você considera que achar informações confiáveis na internet é:”. Os participantes que assinalaram as opções “muito fácil” e “fácil” foram agrupados, da mesma forma que aqueles que optaram por “difícil” e “muito difícil”

5.5 SOBRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE O PROCEDIMENTO

Os participantes também foram solicitados a estimar o intervalo de tempo entre o fim do procedimento e o resultado anatomopatológico. Para as intervenções guiadas por MMG, 67 pacientes (84,8%) afirmaram “em menos de duas semanas”, entretanto, no grupo da US foram 123 (92,5%) e na TC 44 (91,7%). A resposta “o resultado anatomopatológico irá ser disponível logo após terminar o procedimento, vou aguardar no hospital e ainda hoje levo o exame para casa” foi escolhida por seis pacientes (7,6%) no grupo da MMG e por cinco (3,8%) no grupo da US. A alternativa “em mais de duas semanas” foi marcada por um único integrante do grupo da US (0,8%) e por três (6,3%) na TC. Adicionalmente, perguntou-se qual profissional da saúde analisaria o material obtido no microscópio, sendo 60 participantes (75,9%) respondedores de “um médico que não conheço, um patologista”, 92 (69,2%) e 34 (70,8%) nos grupos de MMG, US e TC, respectivamente. “Um médico radiologista, que conheci quando fiz o procedimento” foi a resposta de oito (10,1%) pacientes do grupo da MMG, 10 (7,5%) da US e sete (17,6%) da TC. Cinco (6,3%) assinalaram a opção “meu médico, aquele que pediu o exame” na MMG, 12 (9,0%) na US e dois (4,2%) na TC. Por último, a resposta “um técnico de laboratório” foi o palpite de três pacientes (3,8%) submetidos a procedimento guiado por MMG, 14 (10,5%) por US e quatro (8,3%) por TC.

Especificamente para os participantes que escolheram por não buscar na internet informações complementares sobre o procedimento proposto, 25 (31,6%) pertencentes ao grupo da MMG relataram “não considere necessária a pesquisa, pois

confio na indicação do meu médico”, sendo 46 (34,6%) na US e 24 (50%) na TC. Dos demais, 12 (15,2%) submetidos à intervenção guiada por MMG, 7 (5,3%) por US e 7 (14,6%) por TC escolheram “tenho receio / medo das informações que poderia encontrar na internet”. As demais opções foram assim distribuídas: afirmaram “não confio nas informações da internet” quatro (5,15%) integrantes do grupo da MMG, 11 (8,3%) da US e 3 (6,3%) da TC; “não tive tempo, mas gostaria de ter feito uma pesquisa na internet” foi a frase escolhida por dois (2,5%) e seis (4,5%) pacientes da MMG e US, respectivamente.

Subjetivamente, os pacientes foram questionados sobre sua avaliação do quão necessário julgavam o procedimento ao qual iriam se submeter: 70 (88,6%) para MMG, 111 (83,5%) para US e 42 (87,5%) para TC indicaram a resposta “muito necessário, tenho certeza que foi corretamente indicado para mim”; sete (8,9%) para MMG, 15 (11,3%) para US e 6 (12,5%) para TC escolheram “necessário, apesar de ter algumas dúvidas ainda sobre a indicação do procedimento”. Nenhum participante mencionou a afirmativa “pouco necessário”.

Sobre a necessidade de buscar informações na internet antes de procedimentos invasivos, referiram como “importante, mas dispensável, a indicação do médico deve prevalecer sobre qualquer informação encontrada na internet, pois nem sempre é confiável” 45 (57,0%) integrantes da MMG, 73 (54,9%) da US e 23 (47,9%) da TC. “Totalmente dispensável, procurar na internet só iria me confundir e geral questionamentos desnecessários” foi a assertiva de 24 (30,4%) da MMG, 34 (25,6%) da US e 18 (37,5%) da TC. Por último, definiram “indispensável, todos deveriam consultá-la antes de aceitar um procedimento invasivo” oito (10,1%)

pacientes submetidos à intervenção guiada por MMG, 18 (13,5%) por US e seis (12,5%) por TC.

5.6 SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

A dor referida durante o procedimento intervencionista foi questionada por meio da elaboração de uma escala numérica de 0 a 10, sendo 0 equivalente à “ausência de dor” e 10 à “pior dor da vida”.

Na MMG, 28 pacientes (35,4%) marcaram uma dor média, com valor de 5 pontos, e 17 (21,5%) não sentiram dor alguma. Esta foi a mesma opção escolhida por 50 (37,6%) dos pacientes submetidos à intervenção guiada por US e 29 (60,4%) por TC. Os demais resultados estão expostos na Tabela 5.

Em relação à expectativa de como seria a intervenção proposta (“melhor do que o esperado”, “igual ao esperado” ou “pior do que o esperado”), 36 (45,5%) do grupo da MMG achou “igual ao esperado”, já 91 (68,4%) e 36 (75,0%) consideraram “melhor do que o esperado” nos grupos de US e TC, respectivamente. As demais alternativas encontram-se na Tabela 6.

Tabela 5 - Resultados da classificação subjetiva de escala de dor pós-procedimento e da expectativa de como seria a intervenção proposta para os procedimentos guiados por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada.

Parâmetro	MMG		US		TC	
Dor durante o procedimento	n	%	n	%	n	%
0	17	21,5%	50	37,6%	29	60,4%
1	4	5,1%	29	21,8%	4	8,3%
2	7	8,9%	8	6,0%	2	4,2%
3	5	6,3%	8	6,0%	1	2,1%
4	2	2,5%	4	3,0%	1	2,1%
5	28	35,4%	27	20,3%	8	16,7%
6	4	5,1%	3	2,3%	2	4,2%
7	8	10,1%	2	1,5%	0	0,0%
8	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%
9	2	2,5%	1	0,8%	0	0,0%
10	0	0,0%	1	0,8%	1	2,1%

MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Tabela 6 - Avaliação subjetiva final do procedimento proposto em relação às expectativas para as intervenções guiadas por mamografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada.

Parâmetro	MMG		US		TC	
Expectativa	n	%	n	%	n	%
Melhor do que o esperado	30	38,4%	91	68,4%	36	75,0%
Igual ao esperado	36	46,1%	36	27,1%	10	20,8%
Pior que o esperado	12	15,5%	6	4,5%	2	4,2%

MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

5.7 CORRELAÇÕES COM O IDATE

Foram avaliadas as pontuações de ansiedade entre os grupos feminino e masculino nos diferentes grupos do estudo. As mulheres foram associadas a maiores níveis médios para ansiedade de forma estatisticamente significativa no subgrupo submetido à intervenção guiada por US, no parâmetro IDATE-Estado ($p = 0,001$). Estes e os demais achados estão na Tabela 7.

Tabela 7 - Relação entre gênero do participante e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Feminino	45,9	46,0	10,7	79,0	2,4	*
		Masculino	*	*	*	0,0	*	
	Traço	Feminino	38,2	39,0	7,8	79,0	1,7	*
		Masculino	*	*	*	0,0	*	
US	Estado	Feminino	44,0	45,0	9,1	109,0	1,7	0,001
		Masculino	36,6	37,0	8,4	24,0	3,4	
	Traço	Feminino	39,7	39,0	8,2	109,0	1,5	0,063
		Masculino	36,2	34,5	9,8	24,0	3,9	
TC	Estado	Feminino	37,9	37,0	9,7	27,0	3,6	0,739
		Masculino	39,7	41,0	11,0	21,0	4,7	
	Traço	Feminino	34,8	35,0	6,6	27,0	2,5	0,499
		Masculino	37,4	37,0	7,9	21,0	3,4	
Todos	Estado	Feminino	43,9	45,0	10,0	215,0	1,3	0,000
		Masculino	38,1	38,0	9,7	45,0	2,8	
	Traço	Feminino	38,5	39,0	8,0	215,0	1,1	0,099
		Masculino	36,8	35,0	8,9	45,0	2,6	

* não calculável em razão da heterogeneidade dos resultados.

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Não houve associação significativa entre a pontuação de ansiedade pelo IDATE e o nível educacional, agrupado em escolaridade baixa (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo e Ensino Médio Incompleto) ou alta (Ensino Médio completo, Ensino Superior incompleto e Superior completo), conforme evidenciado na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre a escolaridade do participante e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Alta	46,1	47	10,6	71	2,5	0,861
		Baixa	45,6	43	11,9	7	8,8	
	Traço	Alta	38,0	39	7,5	71	1,8	0,117
		Baixa	42,0	45	8,2	7	6,1	
TC	Estado	Alta	38,2	38	9,4	39	3,0	0,606
		Baixa	41,0	43	13,5	9	8,8	
	Traço	Alta	35,5	35	6,9	39	2,2	0,534
		Baixa	38,0	36	8,6	9	5,6	
US	Estado	Alta	42,5	44	9,4	115	1,7	0,300
		Baixa	44,8	45	8,6	17	4,1	
	Traço	Alta	38,9	39	8,7	115	1,6	0,332
		Baixa	40,9	42	7,3	17	3,5	
Todos	Estado	Alta	42,9	44	10,1	225	1,3	0,610
		Baixa	43,9	45	10,6	33	3,6	
	Traço	Alta	38,0	38	8,1	225	1,1	0,097
		Baixa	40,3	42	7,8	33	2,6	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

A origem do paciente (SUS ou particular / convênio) demonstrou significância estatística no parâmetro IDATE-Traço quando todos os participantes foram analisados em conjunto, a média do paciente oriundo do SUS foi de 40,4 pontos contra 37,7 dos que se submeteram à intervenção guiada por imagem custeados pelo convênio médico ou de fonte particular ($p = 0,014$), segundo os resultados da Tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre a origem do participante (convênio médico ou particular / SUS) e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

	IDATE		Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Conv./Part.	46,5	47	10,9	67	2,6	0,100
		SUS	42,1	41	8,6	12	4,8	
	Traço	Conv./Part.	37,8	39	7,9	67	1,9	0,245
		SUS	40,3	43	6,5	12	3,7	
US	Estado	Conv./Part.	43,2	44	9,3	104	1,8	0,390
		SUS	40,7	42	9,7	29	3,5	
	Traço	Conv./Part.	38,7	38	8,9	104	1,7	0,167
		SUS	40,5	42	7,2	29	2,6	
TC	Estado	Conv./Part.	37,1	36,5	8,8	40	2,7	0,097
		SUS	44,7	46	13,0	7	9,6	
	Traço	Conv./Part.	34,8	34,5	6,4	40	2,0	0,113
		SUS	40,3	39	8,1	7	6,0	
Todos	Estado	Conv./Part.	43,1	44	10,2	211	1,4	0,378
		SUS	41,6	42,5	9,9	48	2,8	
	Traço	Conv./Part.	37,7	38	8,3	211	1,1	0,014
		SUS	40,4	42	7,0	48	2,0	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada; Conv/Part, Convênio médico / Particular.

O fato de o paciente já ter se submetido previamente ao procedimento proposto ou a algum tratamento oncológico também não se associou às maiores pontuações de ansiedade, da mesma forma que sua avaliação subjetiva ao seu estado de saúde (“bem de saúde” ou “mal de saúde”) e quanto a regularidade de sua atenção médica. Estes resultados estão reproduzidos nas Tabelas 10 a 13, respectivamente.

Tabela 10 - Relação entre o fato de o participante já ter se submetido à intervenção proposta e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Não	47,0	47	10,4	62	2,6	0,132
		Sim	41,9	43	11,1	17	5,3	
	Traço	Não	38,0	39	6,9	62	1,7	0,579
		Sim	38,7	39	10,6	17	5,0	
US	Estado	Não	43,2	44	9,7	78	2,1	0,362
		Sim	41,8	44	9,0	55	2,4	
	Traço	Não	39,4	39	8,7	78	1,9	0,679
		Sim	38,7	39	8,5	55	2,2	
TC	Estado	Não	37,8	37	9,5	35	3,2	0,347
		Sim	41,1	45	11,9	13	6,5	
	Traço	Não	35,3	35	7,4	35	2,4	0,301
		Sim	37,6	36	6,9	13	3,7	
Todos	Estado	Não	43,5	44	10,4	175	1,5	0,234
		Sim	41,7	44	9,8	85	2,1	
	Traço	Não	38,1	38	7,9	175	1,2	0,722
		Sim	38,5	39	8,6	85	1,8	

Tabela 11 - Relação entre o fato de o participante já ter se submetido a um tratamento oncológico prévio e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Não	46,6	47	10,0	57	2,6	0,447
		Sim	43,9	44	12,4	22	5,2	
	Traço	Não	38,3	39	7,5	57	2,0	0,852
		Sim	37,8	39	8,5	22	3,5	
US	Estado	Não	42,6	43	9,7	88	2,0	0,902
		Sim	42,8	44	8,9	45	2,6	
	Traço	Não	39,2	39	8,8	88	1,8	0,994
		Sim	38,9	39	8,2	45	2,4	
TC	Estado	Não	35,3	34	9,0	21	3,9	0,051
		Sim	41,3	42	10,4	27	3,9	
	Traço	Não	34,5	35	7,5	21	3,2	0,193
		Sim	37,1	36	7,0	27	2,6	
Todos	Estado	Não	43,0	44	10,3	166	1,6	0,747
		Sim	42,6	43,5	10,2	94	2,1	
	Traço	Não	38,3	38	8,3	166	1,3	0,924
		Sim	38,1	39	7,9	94	1,6	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Tabela 12 - Relação entre a caracterização subjetiva do estado de saúde do participante e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Bem	45,9	46	10,8	77	2,4	0,851
		Mal	45,0	45	2,8	2	3,9	
	Traço	Bem	37,9	39	7,7	77	1,7	0,057
		Mal	48,5	48,5	4,9	2	6,9	
US	Estado	Bem	42,5	44	9,5	127	1,6	0,562
		Mal	45,2	45	7,8	6	6,2	
	Traço	Bem	38,9	39	8,5	127	1,5	0,340
		Mal	42,5	42,5	9,7	6	7,8	
TC	Estado	Bem	38,8	39	9,8	35	3,2	0,651
		Mal	38,5	37	12,1	12	6,8	
	Traço	Bem	36,5	37	6,8	35	2,3	0,340
		Mal	34,8	32,5	8,7	12	4,9	
Todos	Estado	Bem	43,1	44	10,2	239	1,3	0,309
		Mal	41,2	42,5	10,6	20	4,6	
	Traço	Bem	38,2	38	8,0	239	1,0	0,999
		Mal	38,5	39	9,7	20	4,3	

Tabela 13 - Relação entre o fato de o participante considerar apresentar atenção médica de forma regular e a pontuação média de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE			Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Não	47,5	45,5	13,2	6	10,6	0,768
		Sim	45,9	47	10,6	71	2,5	
	Traço	Não	40,2	43,5	9,7	6	7,7	0,424
		Sim	38,0	39	7,7	71	1,8	
US	Estado	Não	42,8	42	6,8	12	3,8	0,843
		Sim	42,5	44	9,6	120	1,7	
	Traço	Não	40,3	40	7,0	12	4,0	0,501
		Sim	39,0	38,5	8,7	120	1,6	
TC	Estado	Não	46,8	45	16,1	4	15,8	0,218
		Sim	38,0	37,5	9,4	44	2,8	
	Traço	Não	41,8	40	9,0	4	8,8	0,172
		Sim	35,4	35,5	7,0	44	2,1	
Todos	Estado	Não	44,8	43	10,4	22	4,3	0,598
		Sim	42,7	44	10,2	235	1,3	
	Traço	Não	40,5	41,5	7,7	22	3,2	0,116
		Sim	38,0	38	8,2	235	1,0	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Os procedimentos intervencionistas guiados por MMG foram mamotomia, *core-biopsy* ou agulhamento. Não foram observados níveis de ansiedade significativamente maiores na comparação entre os diversos tipos de procedimento, tanto para o IDATE-Estado quanto para o IDATE-Traço, conforme os dados da Tabela 14.

Tabela 14 - Relação entre o subtipo de procedimento guiado por MMG e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE	Procedimento	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
Estado	Agulhamento	44,1	47	10,6	9	7,0	0,536
	<i>Core-biopsy</i>	43,9	40	11,7	11	6,9	
	Mamotomia	46,5	47	10,6	59	2,7	
	Agulhamento	44,1	47	10,6	9	7,0	0,536
Traço	Agulhamento	38,2	42	8,3	9	5,4	0,874
	<i>Core-biopsy</i>	39,1	42	6,4	11	3,8	
	Mamotomia	38,0	39	8,0	59	2,0	
	Agulhamento	38,2	42	8,3	9	5,4	0,874

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Os resultados para a pergunta “você considera que o médico solicitante deste procedimento forneceu as informações necessárias antes do procedimento?” foram correlacionadas com as pontuações do IDATE-Estado e IDATE-Traço. Estes resultados estão disponíveis na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação entre a pergunta “Você considera que o médico solicitante deste procedimento forneceu as informações necessárias antes do procedimento?” e a pontuação de ansiedade pela escala IDATE.

IDATE	Resposta	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Poucas informações	49,3	47	8,7	3	9,9
		Quase todas	50,8	51	8,2	5	7,2
		Todas as informações	45,4	46	10,9	70	2,6
	Traço	Poucas informações	49,0	51	4,4	3	4,9
		Quase todas	46,4	47	4,5	5	3,9
		Todas as informações	37,1	39	7,4	70	1,7
US	Estado	Poucas informações	49,2	48	6,6	5	5,8
		Quase todas	47,3	46	8,7	22	3,6
		Todas as informações	41,2	42	9,2	105	1,8
	Traço	Poucas informações	49,4	55	12,6	5	11,0
		Quase todas	41,0	40,5	8,4	22	3,5
		Todas as informações	38,1	38	8,1	105	1,5
TC	Estado	Poucas informações	45,0	45	- x -	1	- x -
		Quase todas	43,2	43	4,4	6	3,5
		Todas as informações	37,9	36	10,7	41	3,3
	Traço	Poucas informações	39,0	39	- x -	1	- x -
		Quase todas	35,3	34	6,1	6	4,8
		Todas as informações	36,0	36	7,5	41	2,3
Todos	Estado	Poucas informações	48,8	47	6,6	9	4,3
		Quase todas	47,1	46	8,1	33	2,8
		Todas as informações	42,0	43	10,4	216	1,4
	Traço	Poucas informações	48,1	51	9,8	9	6,4
		Quase todas	40,8	40	8,1	33	2,8
		Todas as informações	37,4	38	7,8	216	1,0

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Os dados presentes na Tabela 15 representam as três respostas possíveis presentes no questionário pós-procedimento: “o médico me forneceu todas as informações necessárias, não tenho nenhuma dúvida a respeito do procedimento que vou fazer agora”; “o médico me forneceu quase todas as informações necessárias, mas ainda tenho algumas dúvidas sobre o procedimento” ou “tenho poucas

informações sobre o procedimento e ainda tenho muitas dúvidas”. Nesse sentido, utilizamos o teste de Mann-Whitney para os resultados com significância estatística para comparação das respostas duas a duas. Desta forma, determinamos com precisão entre quais respostas ocorre a diferença estatisticamente significativa. Este refinamento estatístico está reproduzido na Tabela 16.

Tabela 16 - P-valores para as comparações das respostas que encontraram significância estatística na Tabela 15, utilizando o Teste de Mann-Whitney.

IDATE	Resposta	Poucas Informações	Quase todas Informações
MMG	Estado	Quase todas	
		Todas as informações	
	Traço	Quase todas	0,291
		Todas as informações	0,014
US	Estado	Quase todas	0,491
		Todas as informações	0,065
	Traço	Quase todas	
		Todas as informações	
TC	Estado	Quase todas	
		Todas as informações	
	Traço	Quase todas	
		Todas as informações	
Todoa	Estado	Quase todas	0,549
		Todas as informações	0,043
	Traço	Quase todas	0,046
		Todas as informações	0,003

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Notamos que houve relação estatisticamente significativa entre a quantidade de informações que o paciente julgava ter recebido do médico solicitante do procedimento e a psicometria de ansiedade. Nos parâmetros do IDATE-Traço nos procedimentos guiados por mamografia ($p = 0,002$), IDATE-Estado nas intervenções orientadas por ultrassonografia ($p = 0,006$) e em ambas as escalas de ansiedade quando agrupados todos os procedimentos notamos pontuações médias para ansiedade maiores quanto menos informações prévias a respeito do procedimento os

participantes julgavam ter (IDATE-Estado $p = 0,004$ / IDATE-Traço $p = 0,002$). A Tabela 16 revela que esta diferença foi constante quando comparados os extremos (pacientes que julgavam ter poucas informações x pacientes que julgavam ter todas as informações necessárias).

O conceito subjetivo de proatividade também foi avaliado no presente estudo. A pergunta que constava no questionário pós-procedimento sobre este tema foi assim elaborada: “uma pessoa proativa é aquela que busca antecipar problemas, saber de situações antes que elas aconteçam... Você se considera proativo na busca de informações sobre sua saúde?”. A relação entre as respostas computadas e as pontuações obtidas pelo IDATE estão na Tabela 17.

Tabela 17 - Relação entre proatividade e pontuação de ansiedade pelo IDATE.

	IDATE	Resposta	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Não	44,9	43	6,2	9	4,0	0,650
		Sim	45,9	47	11,2	69	2,6	
	Traço	Não	40,0	45	9,6	9	6,2	0,339
		Sim	37,9	39	7,6	69	1,8	
US	Estado	Não	47,4	48	5,8	23	2,4	0,003
		Sim	41,8	42	9,6	108	1,8	
	Traço	Não	41,0	40	6,4	23	2,6	0,129
		Sim	38,6	38	9,0	108	1,7	
TC	Estado	Não	41,8	43	14,4	11	8,5	0,451
		Sim	37,3	36,5	8,3	36	2,7	
	Traço	Não	37,5	35	9,9	11	5,8	0,782
		Sim	35,4	35,5	6,4	36	2,1	
Todos	Estado	Não	45,5	47	8,9	43	2,7	0,044
		Sim	42,4	43	10,3	213	1,4	
	Traço	Não	39,9	40	8,0	43	2,4	0,096
		Sim	37,8	38	8,2	213	1,1	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado; MMG, mamografia; US, ultrassonografia; TC, tomografia computadorizada.

Houve relação estatisticamente significativa no questionário IDATE-Estado para os participantes do subgrupo submetido à intervenção guiada por US ($p = 0,003$) e quando todas os procedimentos foram somados ($p = 0,044$). Neste subgrupo temos a média de 45,5 pontos na escala de ansiedade para os que não se consideraram proativos, em comparação com 42,4 pontos para os que não buscaram informações sobre saúde. Portanto, os participantes que não se julgaram proativos apresentaram pontuações maiores para ansiedade imediatamente antes do procedimento.

Também foram avaliados os aspectos subjetivos acerca da informação disponível na internet sobre o procedimento invasivo, nos âmbitos de qualidade e confiabilidade, além da dificuldade em encontrar tais informações. Estes questionamentos foram feitos tanto para os participantes que realizaram a busca na internet quanto para os que não a realizaram, correlacionando-os com as pontuações de ansiedade pelo escore IDATE. Os resultados estão expostos nas Tabelas 18 e 19.

Para a qualidade da informação, notamos uma tendência não estatisticamente significativa ($p = 0,058$) de maiores pontuações de Ansiedade-Estado para o grupo de intervenções guiadas por US, com médias de 40,0 pontos para os pacientes que classificaram como “boa qualidade” a informação na internet sobre o procedimento ao qual iriam se submeter, contra 43,6 pontos para os que entendem como “média / ruim”.

Quando estudada a confiabilidade, podemos verificar que existe significância estatística no IDATE-Traço para o procedimento de TC ($p = 0,041$), na escala IDATE-Estado para US ($p = 0,007$) e quando todos são agrupados (IDATE-Estado $p = 0,006$ / IDATE-Traço $p = 0,037$). Verificamos também que em todas as comparações estatisticamente significantes a média foi sempre maior para a resposta

“pouco confiável”, como por exemplo, na escala IDATE-Estado para os procedimentos guiados por US, nos quais a média de ansiedade para os participantes que consideram as informações na internet “confiáveis” foi de 40,2 pontos, contra 45,0 pontos dos que as consideram “pouco confiáveis”.

No parâmetro que avaliava a dificuldade em se obter informações fidedignas (Tabela 20) observamos: pontuações do IDATE-Estado maiores proporcionalmente à dificuldade referida pelos participantes, para os procedimentos guiados por US (média de 39,3 pontos para os que consideraram “fácil” contra 45,4 para os que apontaram como “difícil” / $p = 0,001$) e quando todos foram analisados em conjunto (40,4 contra 44,5 pontos, respectivamente / $p = 0,001$).

Tabela 18 - Correlação entre os aspectos subjetivos, na concepção dos participantes do estudo, acerca da qualidade e confiabilidade da informação disponível na internet relativa ao procedimento invasivo guiado por imagem proposto. Os dados disponíveis se referem tanto aos que pesquisaram quanto aos que não pesquisaram *online*, e a pontuação de ansiedade foi aferida pelo questionário IDATE.

	IDATE	Resposta	Média	Media na	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Boa	46,2	47,5	11,1	20	4,9	0,807
		Média/Ruim	45,5	47	10,8	49	3,0	
	Traço	Boa	37,3	39	6,5	20	2,9	0,771
		Média/Ruim	37,9	39	7,8	49	2,2	
US	Estado	Boa	40,0	38	11,1	35	3,7	0,058
		Média/Ruim	43,6	45	8,4	83	1,8	
	Traço	Boa	39,9	39	9,6	35	3,2	0,795
		Média/Ruim	38,8	39	8,4	83	1,8	
TC	Estado	Boa	37,9	37	9,7	8	6,8	0,919
		Média/Ruim	39,1	38,5	9,4	32	3,3	
	Traço	Boa	35,5	35	5,6	8	3,9	0,659
		Média/Ruim	36,5	37,5	7,2	32	2,5	
Todos	Estado	Boa	41,7	41	11,2	63	2,8	0,289
		Média/Ruim	43,3	45	9,6	164	1,5	
	Traço	Boa	38,5	38	8,3	63	2,1	0,955
		Média/Ruim	38,1	38	8,0	164	1,2	
MMG	Estado	Confiável	43,5	45	10,2	28	3,8	0,142
		Pouco Confiável	46,9	47	11,1	41	3,4	
	Traço	Confiável	36,8	39	6,8	28	2,5	0,452
		Pouco Confiável	38,4	39	7,7	41	2,4	
US	Estado	Confiável	40,2	40,5	10,6	60	2,7	0,007
		Pouco Confiável	45,0	45	7,3	58	1,9	
	Traço	Confiável	38,1	36,5	9,1	60	2,3	0,119
		Pouco Confiável	40,2	39,5	8,3	58	2,1	
TC	Estado	Confiável	37,2	36,5	8,8	14	4,6	0,640
		Pouco Confiável	39,3	39	9,9	27	3,7	
	Traço	Confiável	33,0	32,5	6,7	14	3,5	0,041
		Pouco Confiável	37,8	38	6,4	27	2,4	
Todos	Estado	Confiável	40,7	41	10,3	102	2,0	0,006
		Pouco Confiável	44,4	45	9,6	126	1,7	
	Traço	Confiável	37,0	36,5	8,4	102	1,6	0,037
		Pouco Confiável	39,1	39	7,8	126	1,4	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Tabela 19 - Correlação entre os aspectos subjetivos, na concepção dos participantes do estudo, acerca da dificuldade em se obter informações confiáveis na internet relativas ao procedimento invasivo guiado por imagem proposto. Os dados disponíveis se referem tanto aos que pesquisaram quanto aos que não pesquisaram *online*, e a pontuação de ansiedade foi aferida pelo questionário IDATE.

	IDATE	Resposta	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Fácil	43,5	40,5	11,3	24	4,5	0,191
		Difícil	46,3	47	10,5	46	3,0	
	Traço	Fácil	37,5	39	6,5	24	2,6	0,965
		Difícil	37,7	39	7,8	46	2,3	
US	Estado	Fácil	39,3	40	10,2	55	2,7	0,001
		Difícil	45,4	45	7,5	65	1,8	
	Traço	Fácil	37,5	37	8,2	55	2,2	0,060
		Difícil	40,5	39	8,9	65	2,2	
TC	Estado	Fácil	39,8	40	10,9	22	4,5	0,448
		Difícil	37,1	36	7,6	19	3,4	
	Traço	Fácil	35,6	35,5	7,6	22	3,2	0,301
		Difícil	36,7	39	5,9	19	2,7	
Todos	Estado	Fácil	40,4	40	10,7	101	2,1	0,001
		Difícil	44,5	45	9,2	130	1,6	
	Traço	Fácil	37,1	37	7,7	101	1,5	0,079
		Difícil	39,0	39	8,3	130	1,4	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Estudamos também a expectativa dos participantes em relação a como seria o procedimento (Tabela 6), correlacionando-as com as pontuações de ansiedade. Tendo em vista que as respostas possíveis eram “melhor do que o esperado”, “igual ao esperado” e “pior do que o esperado”, utilizamos novamente o teste de Mann-Whitney para comparação das respostas duas a duas, estes resultados estão nas Tabelas 20 e 21. Quando avaliados todos os procedimentos em conjunto, notamos que os pacientes com maiores médias do IDATE-Estado foram os que julgaram a intervenção como “pior do que o esperado” ($p = 0,003$).

Tabela 20 - Relação entre a expectativa prévia do paciente de como seria a intervenção guiada por imagem e a pontuação de ansiedade aferida pela escala IDATE.

	IDATE	Resposta	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Melhor	43,9	44,5	9,4	30	3,4	0,061
		Igual	45,5	45,5	12,5	36	4,1	
		Pior	52,0	53	5,1	12	2,9	
	Traço	Melhor	37,9	39	7,2	30	2,6	0,724
		Igual	37,8	38	8,8	36	2,9	
		Pior	39,8	40	6,3	12	3,6	
US	Estado	Melhor	42,2	42	9,1	91	1,9	0,101
		Igual	42,3	44	9,8	36	3,2	
		Pior	50,3	52	8,6	6	6,9	
	Traço	Melhor	38,8	38	8,6	91	1,8	0,821
		Igual	39,5	39,5	8,0	36	2,6	
		Pior	40,5	39	12,0	6	9,6	
TC	Estado	Melhor	38,3	37,5	9,0	36	2,9	0,178
		Igual	42,4	41,5	13,6	10	8,4	
		Pior	27,0	27	1,4	2	2,0	
	Traço	Melhor	35,3	35	5,9	36	1,9	0,480
		Igual	39,1	38,5	10,8	10	6,7	
		Pior	32,5	32,5	7,8	2	10,8	
Todos	Estado	Melhor	41,6	42	9,3	157	1,5	0,003
		Igual	43,7	44	11,5	82	2,5	
		Pior	49,0	51,5	9,6	20	4,2	
	Traço	Melhor	37,8	38	7,9	157	1,2	0,545
		Igual	38,7	39	8,6	82	1,9	
		Pior	39,3	40	8,4	20	3,7	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Tabela 21 - P-valores para as comparações das respostas que encontraram significância estatística na Tabela 20, utilizando o Teste de Mann-Whitney.

	IDATE	Resposta	Melhor do que o esperado	Igual ao esperado
MMG	Estado	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
	Traço	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
US	Estado	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
	Traço	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
TC	Estado	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
	Traço	Melhor do que o esperado		
		Pior do que o esperado		
Todos	Estado	Melhor do que o esperado		0,204
		Pior do que o esperado	0,001	0,017
	Traço	Quase todas		
		Todas as informações		

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Os resultados da Tabela 5 foram agrupados e correlacionados com as pontuações IDATE, conforme mostrado na Tabela 22. Os pacientes que indicaram escores de dor de 0 a 4, inclusive, foram classificados como “pouca dor”. Por outro lado, aqueles que marcaram de 5 a 10 foram caracterizados como “muita dor”. Nota-se significância estatística quando todos os procedimentos são somados na escala IDATE-Estado, evidenciada por uma média de ansiedade de 48,9 pontos para os participantes que relataram “muita dor” no questionário após o procedimento, em oposição aos 42,2 pontos daqueles que referiram “pouca dor” ($p = 0,002$).

Não foi observada qualquer tendência ou correlação estatisticamente significativa para as demais perguntas da parte final do questionário disponível no Anexo 3.

Tabela 22 - Relação entre a quantidade de dor referida pelo paciente após o procedimento guiado por imagem realizado e a pontuação de ansiedade aferida pela escala IDATE.

	IDATE	Resposta	Média	Mediana	Desvio Padrão	n	IC	p
MMG	Estado	Pouca	44,9	46	11,0	63	2,7	0,166
		Muita	49,6	50	8,3	16	4,1	
	Traço	Pouca	37,9	39	8,1	63	2,0	0,562
		Muita	39,2	40	6,2	16	3,0	
US	Estado	Pouca	42,3	43,5	9,3	126	1,6	0,073
		Muita	48,3	52	9,8	7	7,2	
	Traço	Pouca	39,2	39	8,5	126	1,5	0,743
		Muita	37,7	40	10,8	7	8,0	
TC	Estado	Pouca	38,2	38	9,4	45	2,8	0,482
		Muita	46,7	42	19,4	3	22,0	
	Traço	Pouca	35,7	36	7,0	45	2,0	0,670
		Muita	39,7	34	11,6	3	13,1	
Todos	Estado	Pouca	42,2	43	10,0	234	1,3	0,002
		Muita	48,9	50	9,8	26	3,8	
	Traço	Pouca	38,2	38	8,2	234	1,0	0,529
		Muita	38,8	40	7,9	26	3,0	

IDATE, Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo investiga a presença de ansiedade nos pacientes submetidos à procedimentos diagnósticos invasivos guiados por imagem (MMG, US ou TC) e aspectos individuais de seus perfis, notadamente a relação com a busca por informações complementares na internet. Dentre os resultados, observamos de forma estatisticamente significativa maiores pontuações de ansiedade nos pacientes do sexo feminino, nos que julgaram ter recebido poucas informações do médico solicitante e naqueles que consideraram pouco confiáveis as informações disponíveis na internet, além dos que qualificaram como difícil encontrá-las. Por outro lado, pacientes que se definiram como proativos na busca por informações *online* se demonstraram com menos ansiedade antes das intervenções estudadas. Os menos ansiosos também apresentaram uma experiência melhor do que sua expectativa inicial, inclusive relatando menos dor durante o procedimento. Estes resultados são relevantes na prática clínica, pois são pouco numerosos na literatura médica trabalhos que procuraram associar a pesquisa na internet, informações prévias transmitidas pelo médico solicitante e ansiedade antes de procedimentos invasivos guiados por imagem em um centro oncológico.

As mulheres se apresentaram com maiores níveis de ansiedade. Este fato está em consonância com outros autores na literatura. YU et al. (2010) estudou pacientes oncológicos antes de procedimentos diagnósticos de imagem. Dos 328 participantes, 152 (46,3%) apresentaram ansiosos e as mulheres se correlacionaram com maiores níveis de ansiedade em comparação aos homens ($p=0,021$). Os estudos na área

cirúrgica são mais numerosos, e, apesar das diferenças inerentes entre as populações, podem nos ajudar a verificar as diferenças de ansiedade entre os gêneros. DOMAR et al. (1989) avaliou 523 pacientes do hospital universitário de Harvard que iriam se submeter a uma cirurgia eletiva. Foram avaliados no pré-operatório múltiplos parâmetros como: idade, sexo, ocupação, escolaridade, tipo de procedimento cirúrgico planejado, se a cirurgia era relacionada ao câncer ou não e se o paciente já se submetera ao mesmo procedimento previamente. De forma semelhante ao nosso estudo, os pacientes responderam o questionário IDATE para psicometria de ansiedade na sala de espera, imediatamente antes à intervenção. De todos os parâmetros listados, apenas o sexo feminino se correlacionou positivamente com ansiedade. Este achado também foi encontrado em outras partes do mundo. JAFAR e KHAN (2009) avaliaram 300 pacientes pré cirúrgicos no Paquistão, usando o IDATE, e encontrou maiores níveis de ansiedade nas mulheres. No entanto, é preciso cautela antes de afirmar que estes dados representam uma diferença inata dos níveis de ansiedade entre os gêneros, uma vez que os questionários de ansiedade são autoaplicáveis e os pacientes do sexo feminino podem ser mais inclinados a admitir ansiedade do que os pacientes do sexo masculino. Como limitação dos nossos resultados, ressaltamos que foram encontrados de forma estatisticamente significativa apenas para o IDATE-Estado nos pacientes submetidos à intervenção guiada por US e quando todas os subgrupos foram somados. Apesar de não encontrarmos significância estatística na escala IDATE-Traço, observamos uma tendência de maiores pontuações para o sexo feminino, também no grupo do US e na soma de todas as intervenções.

Observamos também que, apesar das informações fornecidas em consulta pelo médico solicitante da intervenção, os pacientes ainda apresentaram muitas dúvidas e altas pontuações para ansiedade imediatamente antes de entrarem na sala de procedimentos. Sabemos que é intuitivo que diante de algo desconhecido a resposta natural seja a ansiedade, entretanto, se tratando de um procedimento médico bem estabelecido, com técnica bem definida e complicações previsíveis, era de se esperar que esta resposta fosse minorada durante a consulta com o médico solicitante da intervenção guiada por imagem. O desconhecimento antes de uma abordagem intervencionista já foi alvo de estudos anteriores. KIYOHARA et al. (2004) avaliou 140 pacientes antes de procedimentos cirúrgicos eletivos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. O questionário IDATE foi aplicado para mensuração dos níveis de ansiedade e correlacionado com informações sobre o diagnóstico, procedimento cirúrgico e tipo de anestesia, informadas pelo paciente na véspera da cirurgia. Estes pesquisadores concluíram que o conhecimento sobre o diagnóstico ou o tipo de anestesia que seria realizada não influenciou os níveis de ansiedade, contudo, os pacientes que apresentavam dúvidas e pouco conhecimento sobre o procedimento cirúrgico ao qual iriam se submeter apresentaram maiores níveis de Ansiedade-Estado. No nosso estudo, essas dúvidas foram verbalizadas em algumas ocasiões durante a aplicação dos questionários. Nesta oportunidade anotações foram tomadas, como por exemplo: “não faço ideia de como será a biópsia” e “o procedimento será com anestesia geral? Não sei como vai ser e prefiro ficar dormindo”. Nossos resultados mostram de forma estatisticamente significativa que os pacientes com poucas informações médicas prévias apresentam maiores pontuações do IDATE-Estado no subgrupo das intervenções guiadas por US, do

IDATE-Traço na MMG e nas duas escalas quando todos os procedimentos foram somados.

Nesta perspectiva, estudos foram realizados para tentar entender a atitude dos pacientes após o atendimento médico. BELL et al. (2011) avaliou por meio de um questionário *online* 274 membros de uma comunidade na internet que passaram em consulta médica nos 30 dias anteriores. O pesquisador demonstrou que a maioria dos respondedores recorreram à internet após o atendimento. Os que julgaram ter recebido poucas informações e aqueles que tiveram seu estado de ansiedade modificado após a consulta estavam mais propensos a pesquisar. Outro artigo foi elaborado por LI et al. (2014) com 311 indivíduos que realizaram consultas recentes no ano de 2019. De acordo com o trabalho, as maiores razões para a busca por dados complementares na internet são: curiosidade e informações incompletas dadas pelo médico. Ressaltamos que estes estudos apresentam importantes limitações, pois foram realizados com membros de poucas comunidades *online*, gerando questionamentos quanto à possibilidade de generalização para outras comunidades e grupos offline. Adicionalmente, seus participantes se encontram conectados à rede mundial de computadores e, possivelmente, são mais familiarizados com esta tecnologia do que o resto da população. Diferentemente destes trabalhos, nosso estudo foi realizado com pacientes na sala de espera, oriundos tanto da rede Pública quanto da particular, sendo os questionários aplicados independentemente da realização de pesquisas por informações complementares na internet pelo participante.

Avaliamos também como os participantes classificavam as informações *online*. Aqueles que definiram como “pouco confiáveis” as informações disponíveis

na internet acerca do procedimento ao qual iriam se submeter e aqueles que afirmaram apresentar dificuldades em encontrar informações fidedignas na internet, se apresentaram mais ansiosos. As perguntas e respostas que constavam no questionário eram: “o quão confiável a informação que está na internet sobre o procedimento que irá fazer você considera? Muito confiável, confiável, pouco confiável ou muito pouco confiável?” e “você considera que achar informações confiáveis na internet sobre o procedimento que irá fazer é: muito fácil, fácil, difícil ou muito difícil?”. Sabemos que tanto a confiabilidade quanto as dificuldades apontadas pelos participantes podem ser multifatoriais, uma vez que a definição de “confiável” no âmbito da internet exige consideração. Pesquisas anteriores se empenharam na tentativa de identificar quais os critérios indicadores de credibilidade da informação disponível na internet para os usuários. JOHNSON et al. (2015) concluiu que a formação de confiança é influenciada tanto por parâmetros centrais como conteúdo do site, quanto por fatores periféricos como estilo e facilidade de acesso. Em contrapartida, KELTON et al. (2008) apontou que a avaliação de confiabilidade está ligada aos conceitos individuais do usuário e a sua identificação com o conteúdo disponível. Em outras palavras, eles argumentam que o senso de acordo comum entre o usuário e o *site* aparece quando existe uma conformidade entre a informação apresentada e “o próprio senso do usuário de identidade, objetivos e valores” ou quando há ressonância dos usuários com o estilo da informação, argumentos e finalidade. Desta forma, a identificação pessoal apresenta um papel central na criação de uma informação “confiável”. Portanto, apesar de não ser o nosso foco principal, sugerimos que pesquisas adicionais são necessárias para o

aprofundamento de quais seriam os critérios de confiabilidade e as dificuldades relatadas pelos participantes do nosso estudo.

Nossos resultados indicam que a aversão do paciente frente à informação disponível na internet se traduz em níveis maiores de ansiedade antes de procedimentos invasivos, seja pela falta de confiança na informação (pontuação média de ansiedade 4,8 pontos maior para os pacientes que julgaram “pouco confiáveis” em comparação aos que indicaram como “confiáveis”, nos procedimentos guiados por USG e TC – $p = 0,007$ e $p = 0,041$, respectivamente), seja pela dificuldade em obter informações julgadas confiáveis (pontuação média de ansiedade 6,1 pontos maior para os pacientes que julgaram “difícil” em comparação aos que indicaram como “fácil”, nos procedimentos guiados por USG e 4,1 pontos quando somados todos os grupos – $p = 0,001$ em ambos). Uma revisão sistemática da literatura conduzida por SBAFFI e ROWLEY (2017) analisou 3827 artigos em inglês, sendo 73 em detalhe, que abordavam confiança e credibilidade nas pesquisas de saúde na internet, identificando fatores que impactam no julgamento de fidedignidade e confiança. O autor demonstra que, apesar de não haver uniformidade no uso dos termos “confiança” e “credibilidade” na literatura científica, existe um consenso de que o design, o *layout* e a autoridade do *site* (se institucional ou pessoal) apresentam efeito positivo na confiança e credibilidade, ao passo que propagandas nas páginas de conteúdo encerram impacto negativo. Encontramos, portanto, um cenário passível de intervenção, a ser estudada em trabalhos futuros, na qual uma interface de comunicação mais atrativa e transparente entre a informação *online* e o paciente, juntamente com uma sensação maior de credibilidade (proporcionada, por exemplo, com uma indicação direta de *sites* confiáveis, fornecida pelo solicitante

durante consulta médica, de preferência da própria instituição onde será realizado o procedimento), poderiam se traduzir em menor ansiedade antes da realização de um procedimento invasivo guiado por imagem.

No contexto das pesquisas de saúde na internet, a proatividade referida pelo usuário também já foi alvo de estudo. MURRAY et al. (2003) realizou uma pesquisa por telefone que abrangeu todas as regiões dos Estados Unidos, com 3209 participantes. Foram definidos como “proativos” aqueles que começaram uma pesquisa por tópicos em saúde por conta própria, em detrimento daqueles que simplesmente acabaram lendo qualquer informação, sem pesquisar ativamente por ela. O autor concluiu que os participantes proativos estavam mais propensos a se considerarem como excelentes ou muito bons em avaliar o quão confiável era a informação obtida da internet, bem como se julgavam capazes de encontrar com sucesso informações consideradas relevantes. Nossos resultados revelam que pessoas mais proativas se mostram menos ansiosas no momento das intervenções propostas, notadamente aquelas guiadas por US e quando todos os procedimentos foram somados, ambos subgrupos na avaliação de Ansiedade-Estado, parâmetros que apresentaram significância estatística. MCMULLAN (2006) realizou uma revisão da literatura sobre o uso da internet para obter informações de saúde e as consequências na relação médico-paciente. O pesquisador constatou três possibilidades: (1) o profissional de saúde se sente ameaçado pelas informações que o paciente traz e responde defensivamente afirmando sua "opinião de especialista"; (2) o profissional de saúde e o paciente colaboram na análise da informação *online*; (3) o profissional de saúde orientará os pacientes para sites confiáveis na internet. É exatamente nesta terceira via de resposta que nosso trabalho aponta um questionamento ainda a ser

respondido em pesquisas futuras: se a proatividade pode ser estimulada ativamente pelo médico em consulta e, conseqüentemente, diminuir a ansiedade antes de procedimentos invasivos guiados por imagem.

Os resultados do presente estudo sugerem também que os participantes que se apresentaram mais ansiosos antes das intervenções guiadas por imagem demonstraram-se menos satisfeitos após o procedimento proposto. Quando analisados todos os grupos em conjunto (MMG, US e TC) as pontuações do IDATE-Estado foram maiores tanto para os pacientes que indicaram “muita dor”, quanto para os que marcaram a opção “pior do que o esperado” no questionário pós-procedimento. A pontuação média destas escalas foi assim distribuída: 42,2 pontos para quem assinalou “pouca dor”; 48,9 para os que indicaram “muita dor” ($p = 0,002$); 41,6 pontos para os que marcaram que o procedimento foi “melhor do que o esperado”; 43,7 pontos para “igual ao esperado” e 49,0 pontos para quem relatou que a intervenção foi “pior do que o esperado” ($p = 0,003$). Estes resultados já foram teorizados na literatura. HUMBYRD et al. (2016) estudou 65 pacientes submetidos às biópsias percutâneas guiadas por TC e avaliou os níveis de ansiedade (determinados pelo IDATE), dor (utilizada uma escala visual) e satisfação (avaliada pela intenção de repetir o procedimento, caso necessário) destes indivíduos. Neste trabalho, os pacientes que se demonstraram menos satisfeitos foram os mais ansiosos e que anteciparam maior quantidade de dor, apesar de apenas a dor ter apresentado significância estatística. Apesar de parecer intuitivo concluir que pacientes mais ansiosos relatam menor satisfação após um procedimento invasivo, notamos poucos trabalhos abordando o tema na literatura médica, principalmente no âmbito das intervenções guiadas por imagem. Este cenário torna nossos resultados valiosos para

fundamentar medidas preventivas tanto pelo médico solicitante quanto pelos profissionais de saúde envolvidos no momento do procedimento, que visem reduzir a ansiedade do paciente.

Outro aspecto de interesse é a influência da escolaridade do paciente. Este enfoque é contraditório na literatura médica há décadas. DOMAR et al. (1989) avaliou 523 pacientes internados para cirurgias eletivas, analisando o IDATE para mensuração de ansiedade e múltiplos outros parâmetros. Foi encontrada uma tendência de pacientes com maiores níveis educacionais a expressarem mais ansiedade. O autor postulou duas hipóteses: (1) indivíduos com maior tempo de educação são mais conscientes dos riscos da cirurgia; (2) estes indivíduos conseguem se expressar melhor em questionários autoaplicáveis. Em oposição, KINDLER et al. (2000) analisou 734 pacientes também em pré-operatório com psicometria pelo IDATE. Desta vez, os participantes com menor escolaridade apresentaram significativamente mais ansiedade. Duas diferenças intrínsecas aos dois artigos devem ser consideradas nesta comparação. Em primeiro lugar, DOMAR et al. (1989) avaliou a ansiedade ambulatorialmente, aproximadamente 48 horas antes da cirurgia, enquanto KINDLER et al. (2000) realizou seu inquérito imediatamente antes do ato operatório. Em segundo, a população de KINDLER et al. (2000) era predominantemente oriunda de um hospital universitário, o que pode ter uma implicação na população de estudo e complexidade dos procedimentos invasivos realizados. Apesar das controvérsias, nosso trabalho não evidenciou relação estatisticamente significativa entre os níveis educacionais e as pontuações de ansiedade, porém, nota-se uma tendência das pessoas com maior tempo de estudo se apresentarem menos ansiosas antes do procedimento quando todos os procedimentos

(MMG, US e TC) são avaliados em conjunto, na escala de Ansiedade-Traço. Além das explicações supracitadas, levantamos uma possibilidade adicional, pressuposta em razão de outro resultado deste estudo: é plausível que o grupo de participantes com maior conhecimento formal apresente maior facilidade em checar a confiabilidade de uma informação oriunda da internet, se sentindo mais seguro antes do procedimento, traduzindo-se, em última análise, em menor ansiedade.

Ademais, comparamos os níveis de ansiedade de pacientes que estavam repetindo o procedimento, com os níveis daqueles, virgens de intervenção guiada por imagem. Os pacientes que nunca haviam se submetido à intervenção proposta apresentaram em média 5.1 (MMG) e 1.4 (US) pontos a mais na psicometria de ansiedade pelo IDATE-Estado do que os pacientes que já haviam se submetido ao exame. Estes resultados não foram reproduzidos no grupo de TC e não foram estatisticamente significativos. Um estudo brasileiro realizado por CAUMO et al. (2001) avaliou 592 pacientes com cirurgias eletivas agendadas, utilizando o IDATE, e identificou a cirurgia prévia como único fator de redução para a ansiedade pré-operatória. Entretanto, outros estudos apontam para a direção oposta. CHATRATH et al. (2018) incluiu no seu estudo 500 pacientes e avaliou o desejo por informações sobre o procedimento, além dos níveis de ansiedade em três momentos: (1) na noite anterior ao procedimento invasivo; (2) no dia da cirurgia, na área de preparação; (3) na sala operatória, imediatamente após o posicionamento na mesa de cirurgia. Os pacientes que já haviam se submetido à intervenção cirúrgica se apresentaram mais ansiosos e desejosos de informações em todos os momentos do estudo. Sabemos que a exposição prévia do paciente ao procedimento pode exacerbar ou atenuar as sensações de medo e ansiedade, dependendo da experiência anterior. Isto pode

explicar estes resultados variáveis tanto no nosso estudo quanto na literatura médica, abrindo a possibilidade de uma possível modificação neste contexto: um site confiável, de natureza institucional, poderia representar um espaço antecipatório do procedimento para os pacientes que nunca passaram por esta experiência, seja com vídeos ilustrativos ou de forma textual. Possibilitaria também o compartilhamento de experiências para os pacientes que já passaram pela intervenção, sendo este cenário passível de diminuir a ansiedade pré-operatória, devendo ser tema de estudos futuros.

Analisando os resultados quantificados pelo IDATE-Traço, verificamos significância estatística em poucos parâmetros, notadamente, o sexo feminino, pacientes de baixa escolaridade, oriundos do SUS e aqueles que se auto intitulavam “mal de saúde”. Este fato já era esperado pelo autor, em razão destas características refletirem condições crônicas. Uma metanálise realizada por SCHNEIDER et al. (2010) revisou todas as publicações e dissertações não publicadas entre 1980 e 2005 que tratavam de intervenções psicossociais para pacientes oncológicos e suas consequências para ansiedade mensuradas pelo IDATE. Este autor afirma que os resultados do IDATE-Traço são equívocos, sugerindo que o estresse pré-intervenção é caracterizado pelo IDATE-Estado com mais acurácia. Desta forma, tendo em vista que o foco do estudo ocorre no momento que antecede o exame, é esperado que o IDATE-Estado reflita de forma mais fidedigna a ansiedade do paciente

O presente estudo avaliou 260 pacientes e utilizou escalas validadas para psicometria da ansiedade. Entretanto algumas limitações devem ser ponderadas. Em primeiro lugar, a psicometria de ansiedade é difícil e altamente subjetiva. Existem múltiplos métodos para sua quantificação, todos com suas restrições. Dentre as ferramentas disponíveis, o questionário utilizado no nosso trabalho é atualmente

considerado o padrão-ouro. O IDATE mostra resultados consistentes em diferentes populações, grupos étnicos e idiomas. Apesar disso, sua principal desvantagem consiste no seu extenso tamanho, totalizando 40 perguntas. Seu preenchimento requer um paciente alfabetizado e capaz de entendê-lo, exigindo, muitas vezes, explicações individualizadas.

Encontramos mais um aspecto limitante quando avaliamos o questionamento, sob a ótica do paciente, da adequabilidade na transmissão prévia pelo médico solicitante de informações sobre o procedimento. Apontamos a falta de uma entrevista clínica diagnóstica estruturada para avaliação desta relação médico-paciente antes de um procedimento diagnóstico invasivo. Adicionalmente, devemos considerar a heterogeneidade entre os grupos de comparação. Dentro de um mesmo subgrupo, como por exemplo os procedimentos invasivos guiados por US, temos desde procedimentos simples, como uma punção aspirativa por agulha fina da tireoide, até procedimentos mais complexos, como a biópsia hepática por agulha grossa. Outra limitação a ser destacada concerne ao fato de a maior parte dos resultados que apresentaram significância estatística estar inserida no grupo de exames guiados por US. Pontuamos que há uma limitação metodológica quanto à representatividade da amostra. Os demais métodos avaliados (MMG e TC) apresentaram tendências semelhantes àsquelas observadas no subgrupo do US em vários parâmetros, entretanto, com valores limítrofes de significância. Sugerimos a possibilidade de confirmação estatística destes resultados por meio de uma amostra maior.

7 CONCLUSÃO

O perfil do paciente que se submete a um procedimento intervencionista percutâneo em um centro oncológico de referência é em sua maioria do sexo feminino, com nível Superior Completo de escolaridade, oriundo de convênio médico, que julga ter atenção médica regular. Este paciente também não tem experiência prévia de ter realizado algum procedimento intervencionista, não faz tratamento oncológico e julga estar bem de saúde.

Observamos maiores pontuações de ansiedade nos pacientes do sexo feminino, nos que julgaram ter recebido poucas informações do médico solicitante e naqueles que consideraram pouco confiáveis as informações disponíveis na internet, além dos que qualificaram como difícil encontrá-las.

Pacientes que se definiram como proativos na busca por informações *online* se apresentaram com menos ansiedade antes das intervenções estudadas. Adicionalmente, os menos ansiosos relataram uma experiência melhor do que sua expectativa inicial, inclusive referindo menos dor durante o procedimento.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bell RA, Hu X, Orrange SE, Kravitz RL. Lingering questions and doubts: online information-seeking of support forum members following their medical visits. **Patient Educ Couns** 2011; 85:525-8.

Berger M, Wagner TH, Baker LC. Internet use and stigmatized illness. **Soc Sci Med** 2005; 61:1821-7.

Biaggio AMB, Natalício L. **Manual para o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro de Psicologia Aplicada; 1979.

Brotherton JM, Clarke SJ, Quine S. Use of the Internet by oncology patients: its effect on the doctor-patient relationship. **Med J Aust** 2002; 177:395.

Cambricoli F. **Brasil lidera aumento das pesquisas por temas de saúde no Google**. O Estado de São Paulo 10 de fevereiro de 2019. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2sQiOtT>> [2019 set 12]

Cattell RB, Sheier IH. **Handbook for the IPAT anxiety scale**. 2nd ed. Champaign (IL): Institute for Personality and Ability Testing; 1963.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. **Anaesthesia** 2001; 56:720-8.

Chatrath V, Khetarpal R, Kumari H, Kaur H, Sharma A. Intermittent transcutaneous electrical nerve stimulation versus transversus abdominis plane block for postoperative analgesia after infraumbilical surgeries. **Anesth Essays Res** 2018; 12:349-54.

Cooke M, Chaboyer W, Hiratos MA. Music and its effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal. **J Clin Nurs** 2005; 14:145-55.

Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues Clin Neurosc** 2015; 17:319-25.

Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? **Anesth Analg** 1989; 69:763-7.

Fox S, Rainie L. **The online health care revolution: how the web helps Americans take better care of themselves**. Washington, DC: The Pew Internet & American Life Project; 2000. Available from: <URL:<https://bit.ly/2E0JMRI>> [2018 nov 16]

Gorenstein C, Pompéia S, Andrade L. Scores of Brazilian University Students on the Beck Depression and the State-Trait Anxiety Inventories. **Psychol Rep** 1995; 77:635-41.

Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. **Clin J Pain** 2005; 21:439-45.

Hayes Balmadrid MA, Shelby RA, Wren AA, et al. Anxiety prior to breast biopsy: Relationships with length of time from breast biopsy recommendation to biopsy procedure and psychosocial factors. **J Health Psychol** 2017; 22:561-71.

Helft PR, Eckles RE, Johnson-Calley CS, Daugherty CK. Use of the internet to obtain cancer information among cancer patients at an urban county hospital. **J Clin Oncol** 2005; 23:4954-62. doi:10.1200/JCO.2005.09.621.

Hollander S, Lanier D. The physician-patient relationship in an electronic environment: a regional snapshot. **Bull Med Libr Assoc** 2001; 89:397-9.

Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. **Nurs Stand** 2002; 16:33-37.

Humbyrd CJ, Miller EK, Skolasky RL, Fayad LM, Frassica FJ, Weber KL. Patient anxiety, pain, and satisfaction with image-guided needle biopsy. **Orthopedics** 2016; 39:e219-e224.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2PrPZwn>> [2019 jan 15]

Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. **J Pak Med Assoc** 2009; 59:359-63.

Gouin JP, Kiecolt-Glaser JK. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. **Immunol Allergy Clin North Am** 2011; 31:81-93.

Johnson F, Rowley J, Sbaffi L. Modelling trust in health information contexts. **J Inform Sci** 2015, 41:415-29.

Johnston M. Anxiety in surgical patients. **Psychol Med** 1980; 10:145-52.

Kelton K, Fleischmann KR, Wallace WA. Trust digital information. **J Am Soc Inform Sci Technol** 2008; 59:363-74.

Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Beldia G. Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders. **Psychiatric Quarterly** 2001; 72:263-76.

Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R. Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. **Am Psychol** 1998; 53:1209-18.

Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **Anesth Analg** 2000; 90:706-12.

Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo** 2004; 59:51-6.

Lai YL, Van Heuven A, Borire A, et al. The provision of written information and its effect on levels of pain and anxiety during electrodiagnostic studies: a randomised controlled trial. **PLoS ONE** 2018; 13:e0196917.

Lector C, Beware V. Assessing, controlling, and assuring the of medical information on the internet quality. **JAMA** 1977; 277:1244-5.

Leiner BM, Cerf VG, Clark DD, et al. Brief history of the internet. **Computer Commun Rev** 1999; 39:22-31.

Li N, Orrange S, Kravitz RL, Bell RA. Reasons for and predictors of patients' online health information seeking following a medical appointment. **Fam Pract** 2014; 31:550-6.

Littlechild SA, Barr L. Using the Internet for information about breast cancer: a questionnaire-based study. **Patient Educ Couns** 2013; 92:413-7.

McGinnis JM, Deering MJ, Patrick K. Public health information and the new media: a view from the Public Health Service. In: Harris LM, editor. **Health and the new media: technologies transforming personal and public health**. Routledge: Taylor & Francis; 2013. p.127-41.

McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. **Patient Educ Couns** 2006; 63:24-8.

Miller LS, Shelby RA, Balmadrid MH, et al. Patient anxiety before and immediately after imaging-guided breast biopsy procedures: impact of radiologist-patient communication. **J Am Coll Radiol** 2016; 13:e62-e71.

Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras** 2012; 58:650-8.

Morgan GE Jr, Mikhail MS, Murray MJ. **Clinical anesthesiology**. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2002. Preoperative assessment, premedication, & perioperative documentation; p.295-309.

Mueller PR, Biswal S, Halpern EF, Kaufman JA, Lee MJ. Interventional radiologic procedures: patient anxiety, perception of pain, understanding of procedure, and satisfaction with medication--a prospective study. **Radiology** 2000; 215:684-8.

Murray E, Lo B, Pollack L, et al. The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians. **J Med Internet Res** 2003; 5:e17.

Murray E, Lo B, Pollack L, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. **Arch Intern Med** 2003; 163:1727-34.

Muscarneri FR, De Luca R, Lo Re G, et al. Evaluation of anxiety level in patients waiting to undergo to diagnostic radiological exams. In: **The European Congress of Radiology**; 2014 March 6–10; Vienna.

Piegza M, Pudlo R, Badura-Brzoza K, et al. Dynamics of anxiety in women undergoing coronary angiography. **Kardiol Pol** 2014; 72:175-80.

Robinson TN, Patrick K, Eng TR, Gustafson D. An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age. Science Panel on Interactive Communication and Health. **JAMA** 1998; 280:1264-9.

Roy C, Andrews HA. **The roy adaptation model**. Stamford: Conn: Appleton & Lange; 1999. Use of Roy adaptation model in practice; p.112-4.

Salmon P, Hall GM. A theory of postoperative fatigue: an interaction of biological, psychological, and social processes. **Pharmacol Biochem Behav** 1997; 56:623-8.

Sbaffi L, Rowley J. Trust and credibility in web-based health information: a review and agenda for future research. **J Med Internet Res** 2017; 19:e218.

Schmidt E, Mara S, Alves DS, et al. A inclusão da internet na relação médico-paciente: apenas prós? **Rev Soc Bras Clín Méd** [periódico on-line] 2013; 11(4). Disponível em: <URL:<https://bit.ly/3449QGa>> [2019 jun 15]

Schneider S, Moyer A, Knapp-Oliver S, Sohl S, Cannella D, Targhetta V. Pre-intervention distress moderates the efficacy of psychosocial treatment for cancer patients: a meta-analysis. **J Behav Med** 2010; 33:1-14.

Shen MJ, Dyson RC, D'Agostino TA, et al. Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. **Psycho-Oncology** 2015; 24:1439-47.

Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. **Manual for the state-trait anxiety inventory, paulo alto**. California: Consulting Psychologists Press; 1970.

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. **J Clin Oncol** 2002; 20:3137-48.

Sun L, Ang E, Ang WHD, Lopez V. Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. **Psychooncology** 2018; 27:376-85.

Taylor, Janet. A personality scale of manifest anxiety. **The Journal of Abnormal and Social Psychology** 1953. 48 (2): 285–290.

Takagi H, Ando T, Umemoto T; ALICE (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence) Group. Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. **Heart Vessels** 2017; 32:1458-68.

Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: a quick glance. **Indian J Psychiatry** 2013; 55:220-3.

Wasserman M, Baxter NN, Rosen B, Burnstein M, Halverson AL. Systematic review of internet patient information on colorectal cancer surgery. **Dis Colon Rectum** 2014; 57:64-9.

Welch Cline RJ, Penner LA, Harper FW, Foster TS, Ruckdeschel JC, Albrecht TL. The roles of patients' internet use for cancer information and socioeconomic status in oncologist-patient communication. **J Oncol Pract** 2007; 3:167-71.

Yu LS, Chojniak R, Borba MA, Girão DS, Lourenço MTDP. Prevalence of anxiety in patients awaiting diagnostic procedures in an oncology center in Brazil. **Psychooncology** 2010; 20:1242-1245.

Anexo 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



A.C. Camargo Cancer Center
Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

**COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA - CEP**

São Paulo, 12 de agosto de 2019.

Ao
Dr. Rubens Chojniak

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 2349/17

"Influência da comunicação médico-paciente e da busca na internet por informações complementares na prevalência de ansiedade antes de procedimentos diagnósticos invasivos - em um centro oncológico de referência."

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antonio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, em sua última reunião de **06/08/2019**, **analisaram e aprovaram** os seguintes documentos:

- Emenda ao projeto em documento datado de 04 de julho de 2019;
- Mudança de departamental para mestrado do aluno: Marcio dos Santos Meira;
- Mudança de pesquisador responsável de Rubens Chojniak para Paula Nicole Viera Pinto Barbosa;
- Prorrogação do prazo de conclusão do projeto por mais 12 meses;
- Nova versão do TCLE com as alterações destacadas.

Atenciosamente,

Dra. Sandra Caíres Serrano
1ª. Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1



Olá,

Primeiramente, bem-vindo ao AC Camargo.

Sabemos que hoje é um dia muito importante para você, pois daqui a pouco será realizado o procedimento intervencionista indicado pelo seu médico.

Esse estudo busca avaliar o nível de ansiedade que sofremos quando somos submetidos a um procedimento guiado por imagem.

Gostaríamos de saber também se há ou não relação com a busca por informações na *internet*, além daquelas já fornecidas pelo seu médico.

Basta preencher o termo de consentimento (são duas vias, uma delas pode ficar com você) e o questionário nas próximas páginas.

O objetivo final será melhorar o atendimento a você e a todos os nossos próximos pacientes.

**Desde já agradecemos,
Equipe da Imagem do A.C. Camargo**

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

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....4

Bastante.....3

Um pouco.....2

Absolutamente não....1

1	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Estou preocupado com possíveis problemas	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso	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	1	2	3	4
13	Estou agitado	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraindo	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me super-agitado e confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

AVALIAÇÃO

Quase sempre.....4

Freqüentemente.....3

Às vezes.....2

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 pode 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	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com 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	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Anexo 3 - Questionário para o Paciente Pós-Procedimento



Questionário para o Paciente

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

- Status Educacional:

- () Ensino Fundamental () Completo () Incompleto
() Ensino Médio () Completo () Incompleto
() Ensino Superior () Completo () Incompleto

- Este procedimento está sendo feito pelo? () SUS () Convênio ou Particular

- Você considera que tem acompanhamento médico regular? () Sim () Não

- Já fez esse procedimento de hoje antes? () Sim () Não

- Você faz tratamento ou acompanhamento para algum tipo de câncer?

() Sim () Não

- Como você se considera de saúde? () Bem de Saúde () Mal de Saúde

- Você considera que o médico solicitante deste procedimento:

- () me forneceu todas as informações necessárias, não tenho nenhuma dúvida a respeito do procedimento que vou fazer agora.
() me forneceu quase todas as informações necessárias, mas ainda tenho algumas dúvidas sobre o procedimento
() tenho poucas informações sobre o procedimento e ainda tenho muitas dúvidas.

- Escolha a frase que melhor define o que te foi passado pelo médico, sobre o objetivo desse exame de hoje:

- () para definir um tratamento para meu problema
() para achar a causa do meu problema
() exame de rotina
() não sei o objetivo desse exame

- Seu médico passou alguma informação por escrito a respeito desse procedimento? ☐ Sim ☐ Não

- Uma pessoa proativa é aquela que busca antecipar problemas, saber de situações antes que elas aconteçam...

Você se considera proativo na busca de informações sobre sua saúde na internet?

☐ Sim ☐ Não

- Você procurou na internet sobre sua doença? ☐ Sim ☐ Não

- Você buscou informações complementares sobre o procedimento na internet ou solicitou que algum conhecido / parente procurasse na internet a respeito do procedimento que irá fazer agora?

☐ Sim ☐ Não

Caso sua resposta seja “não” à pergunta acima, passe para as perguntas da página 7

- Por que buscou informações de saúde na internet ? (pode marcar mais de uma opção)

☐ Para ter um papel ativo no meu tratamento, não para confrontar o meu médico, mas fazer perguntas informadas e entender o que vai me falar

☐ Para checar a competência do meu médico

☐ Para buscar informações gerais

☐ Para achar um bom médico

☐ Para saber o que estava acontecendo comigo, me auto-diagnosticar

☐ Para conhecer pessoas que estavam passando pela mesma situação que a minha

☐ Para buscar opções de tratamento diferentes

☐ Nenhuma das acima: _____

- Você mencionou na consulta com o médico que pediu esse exame, que iria procurar na internet por informações adicionais? ☐ Sim ☐ Não

- Caso não ter mencionado, por que não o fez? (pode marcar mais de uma opção)

☐ Achei a informação da internet problemática, não confiei, por isso não falei nada com o médico

☐ Acho que não é papel do paciente falar nada sobre a doença ou tratamento com o médico

☐ Eu considero que a informação que busquei na internet foi apenas generalista, mais para entender o que meu médico estava falando

☐ O médico poderia não gostar, não queria parecer que estava confrontando

☐ Meu médico é ótimo, com certeza sabe tudo o que li e achei que não era necessário comentar

☐ Nenhuma das acima: _____

AS PERGUNTAS AGORA SÃO **TANTO PARA QUEM PESQUISOU QUANTO PARA QUEM NÃO PESQUISOU** NA INTERNET SOBRE O PROCEDIMENTO QUE IRÁ FAZER

- A respeito da qualidade da informação que está na internet, você a considera:

() Boa qualidade () Média qualidade () Qualidade ruim

- O quão confiável você considera a informação que está na internet?

() Muito confiável () Confiável () Pouco Confiável () Muito pouco confiável

- Você considera que achar informações confiáveis na internet é:

() Muito fácil () Fácil () Difícil () Muito difícil

- **Caso você tenha procurado** informações na internet **sobre o procedimento**, estas informações te deixaram:

(se não tiver procurado informações na internet, PULAR ESTA QUESTÃO)

- () Muito mais confiante para fazer o procedimento
- () Mais confiante para fazer o procedimento
- () Não mudou minha confiança para fazer o procedimento
- () Menos confiante para fazer o procedimento
- () Muito menos confiante para fazer o procedimento

- Sobre o resultado deste exame que você vai fazer:

Você acha que o resultado desse exame (anatomopatológico) vai sair em mais ou menos quanto tempo?

- () Logo após terminar o procedimento, vou aguardar no hospital e ainda hoje levo o exame para casa
- () Em menos de 2 semanas
- () Em mais de 2 semanas

- Quem você acha que irá analisar seu exame no microscópio?

- () Meu médico, aquele que pediu o exame
- () Um médico radiologista, que conheci quando fiz o procedimento
- () Um médico que não conheço, um patologista
- () Um técnico de laboratório

A.C. Camargo

Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer

- Por que você não procurou informações na internet sobre o procedimento? Caso
tenha procurado, PULAR ESTA QUESTÃO

- () Não considerei necessária a pesquisa, pois confio na indicação do meu médico;
() Não tive tempo, mas gostaria de ter feito uma pesquisa na internet;
() Não confio nas informações da internet.
() Tenho receio / medo das informações que poderia encontrar na internet.

- Como você considera a necessidade do procedimento ao qual irá se submeter?

- () Muito necessário, tenho certeza que foi corretamente indicado para mim;
() Necessário, apesar de ter algumas dúvidas ainda sobre a indicação do procedimento;
() Pouco necessário.

- Você diria que a pesquisa na internet, antes de algum procedimento invasivo guiado por imagem, proposto por um médico, é:

- () Indispensável, todos deveriam consultá-la antes de aceitar um procedimento invasivo;
- () Importante, mas dispensável, a indicação do médico deve prevalecer sobre qualquer informação encontrada na internet, pois nem sempre é confiável;
- () totalmente dispensável, procurar na internet só iria me confundir e gerar questionamentos desnecessários.

(Tá acabando, só falta mais uma página! Muito obrigado)

→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→

Como você classificaria a dor que sentiu durante o procedimento:

- () 0 Não senti dor nenhuma
- () 1
- () 2
- () 3
- () 4
- () 5 Senti uma dor moderada
- () 6
- () 7
- () 8
- () 9
- () 10 Foi a pior dor da minha vida

Em relação a sua expectativa de como seria o procedimento, você acha que foi:

- () Melhor do que eu esperava
- () Igual ao que eu esperava
- () Pior do que eu esperava

Gostaria de fazer algum comentário adicional?

Muito Obrigado !

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução nº 196 de 10/10/1996 – CNS)

Hospital do Câncer A.C. Camargo – Fundação Antônio Prudente
Rua Prof. Antonio Prudente, 211 - Tel. 3272-5000

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

II. DADOS SOBRE O ESTUDO

1. TÍTULO: "INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E DA BUSCA NA INTERNET POR INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE ANTES DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS, EM UM CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA".

2. PESQUISADOR Principal: Dr. Rubens Chojniak DEPARTAMENTO: Imagem.

CARGO: Médico CRM: 66.115

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM: 15/05/2017

INÍCIO DO ESTUDO: 16 / 06/2017

3. **Objetivos do Estudo:** Este estudo tem como objetivo traçar o perfil dos nossos pacientes em relação ao recebimento de informações antes de procedimentos invasivos e sua relação com a ansiedade.

4. Procedimentos:

Os pacientes responderão um questionário auto-aplicável, contendo perguntas sobre o exame radiológico que está sendo submetido e escalas para avaliar possível presença de ansiedade.

As informações colhidas serão utilizadas apenas para compor a estatística do estudo e a identidade dos pacientes mantidas em sigilo.

5. Complicações e riscos esperados: **Não há complicações nem riscos ao paciente.**

6. Benefícios: **Espera-se que o estudo possa trazer melhor entendimento dos nossos pacientes e melhorar o atendimento.**

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento. **Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o tratamento.**

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Dr. Rubens Chojniak, no telefone 32725000 ramal1050. Se o pesquisador principal não fornecer as informações suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer-SP, pelo telefone 3272 5000 ramal 1113 ou 1117.

Declaro que fui convenientemente esclarecido sobre os riscos e benefícios deste estudo, e que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento, que não haverá remuneração financeira para este estudo, que minha identidade será preservada, **mantendo-se todas as informações em caráter confidencial.**

Concordo em participar deste estudo.

Assinatura do paciente: _____

São Paulo, de de 2018.

Caso não deseje participar deste estudo, em linhas gerais, escreva por que não o deseja fazer, por favor: _____
