

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DANIELA CRISTINA SILVA BIANCHINI

**A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM ONCOLOGIA: UMA
COMPREENSÃO PSICANALÍTICA**

SÃO LEOPOLDO

2015

DANIELA CRISTINA SILVA BIANCHINI

**A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM ONCOLOGIA: UMA
COMPREENSÃO PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro
Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Peuker

SÃO LEOPOLDO

2015

B577c Bianchini, Daniela Cristina Silva
comunicação profissional-paciente em oncologia: uma compreensão
psicanalítica / Daniela Cristina Silva Bianchini. – 2015.
75 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia . São Leopoldo, RS, 2015.
Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro.
Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Peuker.

1. Oncologia. 2. Médico e paciente. 3. Satisfação do paciente. 4.
Qualidade de vida. I. Título. II. Castro, Elisa Kern.

CDU 159.9:61

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária Raquel Herbez França – CRB 10/1795)

*Dedico este trabalho ao João,
companheirinho querido,
que sempre me esperou com um abraço!*

“De tão longe, não se escuta. Não se escuta e não se entende”.

Cecília Meirelles

Sumário

RESUMO	6
ABSTRACT	7
APRESENTAÇÃO	8
Seção I – Artigo: A PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER SOBRE A COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	9
Introdução	9
Método	13
Delineamento	13
Participantes	13
Instrumentos	14
Procedimentos de Coleta de Dados	14
Procedimentos Éticos	15
Análise dos Dados	15
Resultados e Discussão	16
Conclusão	26
Referências	28
Seção II – Artigo: A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM ONCOLOGIA: UMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	35
Introdução	35
Método	38
Delineamento	38
Participantes	39
Instrumentos	39
Procedimentos de Coleta de Dados	39
Procedimentos Éticos	40
Análise dos Dados	40
Resultados e Discussão	41
Conclusão	57
Referências	58
Conclusões Finais da Dissertação	67
Anexos	71

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos empíricos escritos a partir da pesquisa realizada sobre a comunicação profissional-paciente em oncologia. O primeiro estudo refere-se à percepção da comunicação profissional-paciente sob o enfoque dos pacientes com câncer. Foram entrevistados 14 pacientes adultos que estavam realizando quimioterapia, em diferentes estágios da doença (sete metastáticos). Destes, oito eram homens. O segundo estudo apresenta a percepção dos profissionais que atendem pacientes com câncer no que tange o processo de comunicação. Foram entrevistados 14 profissionais de diferentes áreas que trabalham com pacientes com câncer, entre elas: medicina, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia, fisioterapia e nutrição. Ambos os estudos foram qualitativos exploratórios. Os instrumentos utilizados foram uma ficha de dados sociodemográficos, clínicos e profissionais e um roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado para cada grupo de entrevistados. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados em três etapas: a) leitura inicial sem julgamentos (“naive”); b) análise estrutural e categorização do conteúdo; e c) interpretação crítica e discussão. Por fim, dois juízes independentes avaliaram os conteúdos da entrevista quanto às categorias emergentes. Obteve-se um índice Kappa de 0,834, para análise do estudo 1 e 0,842 para o estudo 2, representando alta concordância. Foram criadas três categorias, que foram utilizadas nos dois estudos: 1) *Comunicação Técnica*: provisão de informação sobre o diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico, de forma técnica, orientada para a doença do paciente; 2) *Comunicação Técnica com Suporte Emocional*: provisão de informação orientada para a doença e também suporte emocional; 3) *Comunicação Insuficiente*: comunicação com falhas ou que carece de informações, deixando o paciente com dúvidas e/ou inseguro. No estudo 1, os resultados evidenciaram que a comunicação com suporte emocional contribuiu para uma maior satisfação e saúde psicológica do paciente durante o tratamento oncológico. Percepções mais negativas em relação à comunicação com os profissionais de saúde estavam vinculadas às falhas na troca de informações, sensação de distanciamento emocional e ausência de interesse por aspectos pessoais do paciente. No estudo 2, os resultados apontaram para a importância do trabalho interdisciplinar e, a partir disso, à maior facilidade em estabelecer uma comunicação efetiva que contemple as complexas demandas do paciente oncológico. Ademais, a empatia, a provisão de esperança e a escuta ativa foram apontadas como qualidades essenciais para a comunicação efetiva entre profissional-paciente em oncologia. Os achados de ambos os estudos podem ser úteis no planejamento de estratégias comunicacionais que favoreçam o aumento da satisfação e bem-estar do paciente com câncer.

Palavras-chave: Oncologia. Satisfação do paciente. Qualidade de vida.

ABSTRACT

This dissertation consists of two empirical articles written from the survey conducted about professional-patient communication in oncology. The first study is about the perception of professional-patient communication from the standpoint of cancer patients. Fourteen adult patients who were taken chemotherapy were interviewed. They were in different stages of the disease (seven metastatic) and eight were men. The second study presents the perceptions of professionals who treat cancer patients regarding the communication process. Fourteen different professionals who work with cancer patients were interviewed, including: medicine, psychology, nursing, occupational therapy, dentistry, physiotherapy and nutrition. Both studies were qualitative and exploratory. The instruments used were: a sociodemographic, clinic and professional data questionnaire and a semi-structured interview designed for each group of respondents. The interviews were audio-recorded and transcribed. The data were analyzed in three stages: a) initial reading without judgment (“naive”); b) structural analysis and categorization of content; and c) critical interpretation and discussion. Finally, two independent judges evaluated the interview content as emerging categories. The Kappa index were 0,834 in the first study and 0,842 in the second study, representing strong agreement. Three categories were created and used in both studies: 1) Technical Communication: information provision about diagnosis, treatment and/or prognosis in a technical way oriented for the disease; 2) Technical Communication with Emotional Support: information provision oriented to disease and emotional support; 3) Insufficient Communication: failed communication which leaves the patient with questions and/or unsafe. In study 1, results showed that communication with emotional support contributed improving satisfaction and psychological health during cancer treatment. Negative perceptions regarding communication with health professionals were linked with failures in the exchange of information, sense of emotional detachment and lack of interest on personal aspects. In study 2, results point the importance of interdisciplinary work and the establishment of an effective communication that incorporates the complex demands of cancer patients. Moreover, empathy, providing hope and active listening were identified as essential qualities for effective communication between professional-patient. The findings of both studies may be useful in planning communication strategies to encourage an increase of satisfaction and well-being of patients with cancer.

Keywords: Oncology. Patient satisfaction. Quality of life.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação faz parte de uma pesquisa maior intitulada “*A relação profissional-paciente em oncologia: um estudo transcultural Brasil-Espanha*”, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Elisa Kern de Castro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) em conjunto com a pesquisadora Lourdes Moro Gutiérrez do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Salamanca (USAL, Espanha). O objetivo deste estudo maior foi explorar, sob diferentes perspectivas, as percepções sobre a relação profissional de saúde e o paciente oncológico. Foram investigadas as visões de pacientes com câncer e de diferentes profissionais da saúde que compõem a equipe de cuidados a esses pacientes: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e odontólogas. O estudo foi desenvolvido a fim de compreender como os pacientes e a equipe percebem o trabalho interdisciplinar em saúde em prol do paciente com câncer, examinar e comparar aspectos contextuais e transculturais que permeiam a relação equipe-paciente com câncer em um grupo de pacientes e profissionais brasileiros (Porto Alegre) e espanhóis (Salamanca).

Esta dissertação utilizou-se de um recorte deste projeto maior com os participantes brasileiros. A partir da análise de conteúdo dos pacientes e dos profissionais de saúde, o presente estudo investigou aspectos da comunicação estabelecida entre ambos e embasou os resultados a partir de uma compreensão psicodinâmica. Desta forma, dois artigos empíricos foram produzidos e serão apresentados em duas sessões. Na sessão 1, encontra-se o artigo denominado: “*A percepção de pacientes com câncer sobre a comunicação com os profissionais da saúde*”, que apresenta os resultados obtidos a partir das entrevistas com os pacientes. Na sessão 2, encontra-se o artigo denominado: “*A comunicação profissional-paciente em oncologia: uma visão dos profissionais da saúde*”, que enfoca os conteúdos dos profissionais de saúde que trabalham com pacientes oncológicos dentro desta mesma temática. Por fim, buscou-se compreender e discutir os achados de ambos entrevistados. Os resultados foram explorados no sentido de subsidiar o desenvolvimento de estratégias comunicacionais que favoreçam a diminuição do sofrimento e o aumento da satisfação e bem-estar do paciente com câncer, impactando na qualidade de vida.

Seção I – Artigo Empírico

A PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER SOBRE A COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Introdução

Com o avanço da medicina e da área biomédica, muitos foram os progressos no tratamento de doenças graves como o câncer. Contudo, percebe-se um paradoxo entre a evolução da ciência, o desenvolvimento de tecnologias cada vez mais eficazes e o pavor da sociedade em relação à doença. Isto ocorre provavelmente porque o câncer ainda é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Nos últimos anos, houve um aumento da incidência e mortalidade em decorrência da doença, o que alerta para a necessidade de implementação de estratégias de prevenção eficientes (WHO, 2014). Em 2012 eram esperados 14 milhões novos casos da doença no mundo e o número deve chegar a 22 milhões nas próximas décadas (INCA, 2014).

O diagnóstico de câncer causa grande impacto emocional pelo temor em relação à morte, bem como pelos efeitos adversos dos tratamentos (p. ex.: perda de cabelo, fadiga, enjoos, emagrecimento, etc.), tornando-se uma doença repleta de mitos e tabus. Os pacientes tendem a se sentir mobilizados por ideias, sentimentos e fantasias de variadas intensidades (Li, Fitzgerald, & Rodin, 2012; Ramos & Lustosa, 2009). Trata-se de uma doença que estimula as emoções, causa incertezas e produz uma vivência de fragmentação da vida, do corpo, bem como do futuro planejado (Costa & Leite, 2009; Holland, 1991; Vasconcelos, Costa, & Barbosa, 2008).

Sob a perspectiva da oncologia, percebe-se a relação profissional da saúde-paciente permeada por características que lhe são próprias. É comum a confrontação com situações ansiogênicas para ambos e demandas de cuidados intensos por parte dos pacientes, que se sentem frágeis e impotentes. A abordagem do câncer torna-se extremamente difícil por se tratar de uma patologia que habita o imaginário, individual e coletivo, como traumatizante (Veit & Carvalho, 2008). O paciente oncológico se entrega aos cuidados e espera dos profissionais que lhe cercam não apenas medidas terapêuticas, mas conforto, atenção e acolhimento (Silva et al., 2011). A projeção nesses profissionais de figuras de continência, respeito e aliança, em que o alívio de suas enfermidades perpassa pelo olhar e o afeto do outro, parecem comuns. Em doenças que ameaçam a vida, estudos sobre a relação que se

estabelece entre profissionais da saúde e pacientes mostram-se de grande importância (Ekwall, Ternstedt, Sorbe, & Graneheim, 2011; Grilo, 2012; Thorne, Ollife, & Stajduhar, 2013). Dentre os aspectos vinculados a esta relação, o tema da comunicação tem um papel central na prestação de assistência de qualidade ao paciente oncológico. A literatura aponta o estudo da comunicação como essencial tanto para o processo como para o resultado do tratamento do câncer (McCarthy, 2014; McCormack et al., 2011; Thorne, Hislop, Armstrong, & Oglov, 2008). Sua definição deve estar atrelada a um processo dinâmico, que inclui não só informações, mas, igualmente, emoções e valores daqueles que nela estão inseridos. Existe nesse processo uma preocupação compartilhada com o reconhecimento do outro daquilo que está sendo informado (Schramm, 2001). Nesse sentido, os principais objetivos da comunicação profissional da saúde-paciente relacionam-se, entre outros fatores, à criação de um bom relacionamento interpessoal e à troca efetiva de informações (Fang, Shi, Kong, & Shields, 2014; Skea, MacLennan, Entwistle, & N'Dow, 2014).

Há poucas décadas, o diagnóstico de câncer era dado apenas aos familiares dos pacientes devido à associação imediata com a morte. Eram práticas comuns o afastamento do paciente de questões que diziam respeito a si e sua exclusão de momentos de decisão que o envolviam. Este fato acarretava em consequências importantes para o paciente (Geovanini & Braz, 2013; Veit & Carvalho, 2008). Esperava-se apenas que ele cooperasse passivamente com as decisões tomadas por seu médico e familiares, sem exigir explicações. O impedimento de uma comunicação genuína ocasionava o isolamento e infantilização do paciente e, como consequência, o sofrimento psíquico (Veit & Carvalho, 2008). Dificuldades no estabelecimento da comunicação e a tendência ao isolamento do paciente impossibilitam a criação e sustentação de uma relação profissional-paciente bem sucedida. Além disso, dificultam a percepção correta do paciente em relação à natureza de sua doença e aos objetivos do tratamento (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010; Veit & Carvalho, 2008). A comunicação eficaz pode ser fonte de incentivo, confiança e suporte para o paciente. A maioria dos sentimentos de insatisfação sobre os médicos estão relacionados a problemas de comunicação e não à competência clínica (Ha & Longnecker, 2010). Os pacientes esperam médicos que possam habilmente diagnosticar e tratar suas doenças, bem como se comunicar de forma efetiva.

Embora seja comum o interesse em estudos sobre a comunicação entre médicos e pacientes (Deledda, Moretti, Rimondini, & Zimmermann, 2013; Silva et al., 2011), a participação cada vez mais significativa de outros profissionais na equipe de cuidado ao paciente com câncer amplia o estudo da temática para além dessa díade (Ekwall et al., 2011;

Thorne et al., 2014). Aspectos da comunicação que incluem diferentes profissionais da saúde demonstram ter influência no comportamento do paciente e em seu bem-estar. Por exemplo, na satisfação com o autocuidado, na adesão ao tratamento, na compreensão das informações médicas, na forma de enfrentamento da doença, na qualidade de vida e, até mesmo, em seu estado de saúde (Eades et al., 2013).

Em um estudo com pacientes com câncer, Ha e Longnecker (2010) verificaram que a satisfação dos pacientes inclui uma equipe formada por diferentes profissionais da saúde com competência para relacionamento e comunicação. Tais profissionais deveriam apresentar habilidades para prover informações, responder às necessidades emocionais e prover um cuidado integral aos pacientes. McCarthy (2014), em seu estudo com pacientes em tratamento quimioterápico, destacou que os profissionais da saúde podem ajudar a tornar o período do tratamento menos assustador para os pacientes e seus familiares através da utilização adequada da comunicação. O estudo aponta para a importância de oferecer um ambiente acolhedor e de profissionais com bom humor, capazes de serem empáticos e compreensíveis com o sofrimento de seus pacientes.

Desta forma, a provisão de uma comunicação efetiva entre profissional-paciente mostra-se essencial para a prática clínica. Um estudo com pacientes com câncer aponta que a comunicação é sentida por eles como o primeiro dos mais importantes aspectos que permeiam o tratamento oncológico (Bakker, Fitch, Gray, Reed, & Bennett, 2001). Para estes autores, o reconhecimento de que a comunicação desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade ao paciente, melhora os resultados de saúde e eleva o interesse de investigações sobre as interações entre pacientes e seus profissionais.

O adoecer constitui um momento de crise e um abalo à ideia que o ser humano busca manter de que é invulnerável diante da morte, sua angústia primordial. Na busca pela reflexão dos fenômenos comunicacionais dentro da área oncológica e do sofrimento acarretado pelo adoecimento, o conhecimento trazido pela psicanálise pode ser eficaz e facilitador para a compreensão das demandas referidas pelos pacientes. A psicanálise faz da linguagem o seu material primordial e compreende que as trocas oferecidas pelo indivíduo e seu ambiente, incluindo a linguagem/comunicação, desde que saudáveis, provém um ajustamento no estado emocional daquele que sofre (Freud, 1920/1996; Freud, 1895/1996).

Um paralelo pode ser feito à luz da teoria psicanalítica entre a necessidade da existência de uma comunicação eficaz entre o profissional da saúde e seu paciente e a mãe e seu bebê nos primeiros tempos de vida. É possível compreender o paciente com câncer como um bebê imerso em suas fantasias e angústias de morte e os profissionais da saúde que

cuidam desse paciente como mães responsáveis pelo alívio do sofrimento. Dando sequência a esse paralelo, e relacionando-o à teoria de Winnicott (1963/1990), percebe-se uma profunda dependência experimentada pelo bebê em relação ao ambiente e a necessidade, em contrapartida, da capacidade de adaptação deste ambiente em relação às necessidades do bebê. A disposição do ambiente em identificar-se com o sofrimento e as precisões do bebê, e conseguir responder às necessidades deste, faz com que o bebê sinta-se sustentado em seu desamparo. Esta sustentação auxilia-o a trilhar caminhos saudáveis, garantindo que os elementos traumatogênicos fiquem reduzidos ao mínimo (Winnicott, Shepherd & Davis, 1989/1994). As formas pelas quais o ambiente se mostra genuinamente disponível e sensível às necessidades daquele que depende dele, resultam na sensação de segurança. De forma contrária, os efeitos nas falhas comunicacionais podem ser comparadas a imagens de arquipélagos isolados (Green, 1975/1988), onde o psiquismo daquele que sofre, torna-se fragmentado e carente de sentido.

A psicanálise entende a experiência do câncer como algo traumático para o psiquismo e que pode escapar a qualquer forma de elaboração subjetiva (Vidal y Benito, 2010). O fazer psicanalítico propõe a possibilidade de simbolizar o trauma, a partir do espaço construído pela palavra (Lacan, 1998). Na medida em que o paciente encontra abertura para se comunicar e se sente genuinamente escutado, pode criar alternativas diferentes para aquilo que se apresenta como excesso à mente, antes, impossível de apreender (Ferreira & Castro-Arantes, 2014). Sentir-se amparado e identificado por outro, neste caso o profissional da saúde que irá lhe acompanhar, pode ampliar o universo de significado de suas experiências emocionais (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013). Encontrar a possibilidade de metabolizar o “indigesto” da experiência traumática, a partir de um processo comunicacional eficaz, ganha nova vida, à medida que duas mentes podem interagir de forma precisa (Ferro, 2011).

Equipes de saúde aptas a reduzir as vivências traumáticas durante o percurso do tratamento de câncer, proporcionando um nível ótimo de comunicação, mostra-se o ideal na entrega de um cuidado de qualidade. A criação de espaços de reflexão sobre este tema, com o auxílio do enfoque psicanalítico, amplia a perspectiva de se chegar a este objetivo. Assim, o presente artigo, embasado pela Psicanálise, buscou investigar a comunicação profissional-paciente, a partir da visão de pacientes em tratamento quimioterápico.

Método

Delineamento do estudo

Estudo de caráter qualitativo e exploratório, tendo em vista que, de acordo com Hayes (2000), busca entender o significado das ações humanas a partir da experiência subjetiva dos indivíduos e proporciona uma visão geral do fenômeno a ser estudado.

Participantes

Participaram da pesquisa 14 pacientes que estavam em tratamento quimioterápico para o câncer, em diferentes estágios da doença (sete pacientes metastáticos e sete sem metástase). Destes, oito eram homens ($M=53,5$; $DP=14,91$) e seis eram mulheres ($M=50,83$; $DP=11,37$). Todos os pacientes estavam em tratamento quimioterápico em regime ambulatorial, oriundos de um hospital privado de uma cidade do Sul do Brasil. A seleção dos participantes foi por conveniência entre aqueles que estavam no hospital para realização da quimioterapia no momento da coleta de dados, que ocorreu em dias alternados e em horários variados para atingir maior heterogeneidade das características dos participantes. Foram convidados 15 pacientes, dos quais 14 participaram. Um dos pacientes precisou interromper a entrevista pois se emocionou significativamente no início da mesma. Para este paciente, foi realizado um atendimento psicológico em seguida da interrupção e disponibilizado o Serviço de Psicologia da instituição para que pudesse seguir em acompanhamento ao longo do seu tratamento oncológico. Os dados sociodemográficos e clínicos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- Dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes (N=14)

Pacientes	Sexo	Idade	Idade no diagnóstico	Estado Civil	Escolaridade	Diagnóstico de Câncer	Metástase	Tratamento		
								Cirurgia	Radioterapia	Quimioterapia
1	Feminino	37	37	Casada	Ensino Superior	Útero	S	N	N	S
2	Feminino	64	62	Solteira	Pós- Graduação	Intestino	S	S	N	S
3	Masculino	70	68	Casado	Ensino Superior	Cólon	S	S	N	S
4	Masculino	58	58	Casado	Ensino médio	Cólon	N	N	N	S
5	Feminino	44	44	Casada	Ensino Superior	Estômago/Esôfago	N	S	S	S
6	Feminino	65	65	Casada	Ensino médio	Ovário	N	S	N	S
7	Masculino	52	52	Casado	Ensino Superior	Intestino	N	N	N	S
8	Feminino	45	44	Separada	Ensino fundamental	Intestino/Cólon	S	N	N	S
9	Masculino	66	63	Casado	Ensino médio	Intestino	S	S	S	S
10	Masculino	65	65	Casado	Ensino médio	Intestino	S	N	N	S
11	Masculino	54	54	Casado	Ensino superior incompleto	Melanoma	N	N	N	S
12	Masculino	33	32	Casado	Ensino Superior	Testículo	N	S	N	S
13	Masculino	30	30	Solteiro	Ensino superior incompleto	Reto	S	S	S	S
14	Feminino	50	49	Solteira	Ensino Superior	Útero	N	S	N	S

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: foi utilizada para caracterizar os participantes, incluindo as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, data do diagnóstico, diagnóstico e tipo de tratamento que foi submetido (Anexo 1).

Entrevista semi-estruturada sobre a relação profissional da saúde-paciente: foram formuladas questões norteadoras pelas autoras do estudo, referentes às temáticas: vínculo; trabalho em equipe; sofrimento psicológico; diagnóstico oncológico (Anexo 2).

Procedimentos de Coleta de Dados

Após concordância da equipe da Oncologia para dar início à pesquisa, a coleta de dados se deu com a colaboração da equipe de enfermagem do hospital. A enfermagem indicava os possíveis casos para participação na pesquisa, utilizando o critério de estar em tratamento quimioterápico e em condições físicas para falar. A partir disso, os pacientes identificados eram convidados a participar do estudo através de abordagem face a face. As entrevistas eram realizadas no próprio hospital, durante a realização da quimioterapia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). As entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora, graduanda em Psicologia e bolsista de iniciação científica, com experiência clínica no atendimento a pacientes com câncer,

previamente treinada e supervisionada por uma psicóloga sênior. A equipe de pesquisa se reunia de forma sistemática para a discussão dos procedimentos da pesquisa. Os participantes foram entrevistados individualmente e em uma única ocasião, em local privativo (box de quimioterapia), livre de interferências de terceiros. A entrevistadora explicava os objetivos do estudo e se apresentava a todos os participantes. Seu interesse relacionado à temática era unicamente de pesquisa, isento de conflito de interesses.

A duração das entrevistas foi de aproximadamente 20 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, respeitando o sigilo e a não identificação dos participantes. O período de coleta de dados se estendeu de agosto a novembro de 2013.

Procedimentos Éticos

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos, este estudo considerou todos os cuidados éticos. Este estudo deriva de um projeto de pesquisa maior, intitulado “*A Relação Profissional da Saúde-Paciente Em Oncologia: Um Estudo Transcultural Brasil-Espanha*”, que foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNISINOS e do Hospital Mãe de Deus, sob processo número 247.917, registro no CEP número 182.512, emitido no dia 02/01/2013. Os resultados obtidos serão devolvidos à Instituição. Os participantes que assim desejarem poderão solicitar devolução dos resultados do estudo, que serão dados sempre de forma coletiva.

Análise dos Dados

Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente. Foi utilizado o protocolo COREQ (*Consolidate Criteria for reporting qualitative research*), um checklist de 32 itens existente na literatura que visa garantir que os critérios de qualidade de um artigo científico qualitativo que utiliza entrevista ou grupo focal sejam cumpridos (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Ao todo, foram transcritas 4 horas e 14 minutos de gravação. Foi realizada a análise de conteúdo (Hounsgaard et al., 2013; Laville & Dione, 1999) para identificar semelhanças e peculiaridades nos relatos dos pacientes de acordo com a temática proposta pelo estudo: comunicação. Embora o roteiro da entrevista não contemplasse, objetivamente, questões referentes à comunicação, este tema emergiu dos dados (*a posteriori*) e revelou-se com um ponto essencial da discussão. Assim, os dados foram submetidos à análise em três etapas: a)

leitura inicial sem julgamentos (“naive”); b) análise estrutural e categorização do conteúdo; e c) interpretação crítica e discussão. Depois de criadas as categorias e feito treinamento com dois juízes independentes, previamente treinados, os mesmos avaliaram os conteúdos das entrevistas e os categorizaram de acordo com as categorias criadas a partir dos conteúdos emergentes, respeitando o critério de saturação dos dados. Os juízes foram pesquisadores do Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde (GEAPSA) da UNISINOS. O grau de concordância entre os juízes foi avaliado através do índice *Kappa*. O valor obtido foi de 0,834, que representa uma excelente concordância (Perroca & Gaidzinski, 2003).

Resultados e Discussão

Considerando os relatos dos pacientes acerca do relacionamento estabelecido com a equipe de saúde, foram identificadas três categorias relacionadas ao eixo temático central. O diagrama de análise de conteúdo apresenta as etapas do processo de categorização (Figura 1).

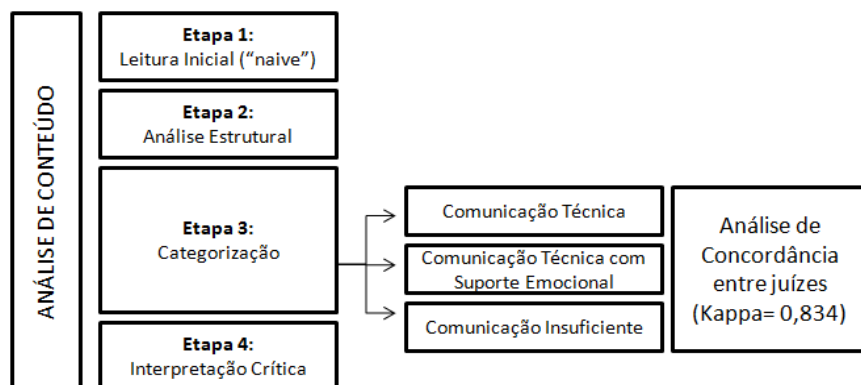


Figura 1. Etapas do processo de Análise de Conteúdo

A primeira categoria, denominada Comunicação Técnica, refere-se ao tipo de provisão de informação de qualquer membro da equipe de profissionais com seu paciente sobre o diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico. Nesta categoria, a informação não possui como objetivo o oferecimento de suporte emocional, e sim, a transmissão direta e objetiva da informação sobre a doença.

A segunda categoria, nomeada Comunicação Técnica com Suporte Emocional, abrange a provisão de informação orientada para aspectos técnicos relativos ao diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico, porém, também abrangendo aspectos emocionais do paciente. O

suporte emocional pode ser caracterizado pela preocupação do profissional com o bem estar psicológico do paciente.

A terceira categoria diz respeito à Comunicação Insuficiente, e relaciona-se à comunicação técnica, porém tendo faltado conteúdo para que o paciente consiga compreender aquilo que lhe foi dito. Relaciona-se a falha na compreensão da comunicação. Paciente sente-se com dúvidas e inseguro.

O processo de comunicação profissional-paciente foi explorado considerando as diferentes fases do tratamento nos quais o paciente com câncer passa: investigação do diagnóstico, diagnóstico e o tratamento.

Durante a fase investigativa da doença, enquanto o paciente não tinha certeza de seu diagnóstico e ainda não estava vinculado a um profissional de referência, a comunicação foi percebida pelos pacientes como técnica e, por vezes, referida como insuficiente. Nesta fase, os pacientes são submetidos a diferentes procedimentos (exames de sangue, imagem e biópsias) geradores de incertezas quanto ao seu diagnóstico e que, por sua vez, elevam os níveis de ansiedade. A análise de conteúdo demonstrou uma forma de comunicação do profissional franca e intelectualizada em um momento de fragilidade emocional do paciente, em que precisaram se haver sozinhos com seus medos:

“Aí eu fiz um Raio X e deu nódulos no pulmão, na emergência. Aí aquele doutor nos chamou e explicou: ‘Olha ou pode ser uma pneumonia, ou pode ser tuberculose, ou pode ser câncer. Então a gente vai fazer uma tomografia e eu sugiro que tu interne pra gente ver o que é’, assim...”(1)¹;

E aí eu fui no médico... na verdade não foi nem o médico, foi a pessoa que fez o exame... não deu o diagnóstico preciso, mas falou assim: “Tem uma alteração, vamos ter que ver o tipo de alteração que é. Pode ser desde uma bolinha de gordura, uma batida, ou mesmo um tumor”(12);

O diagnóstico lá, quando eu recebi a notícia, foi bem difícil, assim... O médico foi bem direto: “Tu está com câncer”. E pronto, acabou. E vai procurar o tratamento, te vira. Foi bem assim (5);

“E eu tava com muita dor de cabeça. Ai ela (médica) disse: Nós vamos ter que fazer uma tomografia da cabeça, porque, de repente, pode ter passado para a cabeça. Nossa, foi o pior final de semana que eu passei” (1);

¹ Os números após as falas relacionam-se aos pacientes entrevistados de acordo com a Tabela 1.

“Quando o médico me mostrou as fotos dos pólipos, aí eu já fiquei, bah... eu já desconfie. Tinha uma aparência feia e o médico disse: ‘Isso aí tem que operar, tem que cortar para ver o que é’” (3);

“Quando ela (médica) fez o exame, ela tocou... Aí ela disse: “Realmente tu tem alguma coisa aqui no teu ovário esquerdo. Realmente tu tem e tu vai ter que investigar”. Aí eu pensei: ‘Como assim’?(6).

Na fase anterior ao diagnóstico, no momento em que o paciente ainda investiga a possibilidade do câncer, parece haver, a partir dos relatos dos pacientes, uma carência de cuidado, por parte dos profissionais, de seus aspectos emocionais. Nesta fase o paciente ainda não possui uma equipe de referência, estando à mercê de profissionais até então não conhecidos e de diferentes especialidades, se deparando com uma série de dúvidas e fantasias a respeito do que virá. Todos os pacientes que relataram o período de investigação da doença percebiam que a comunicação era apenas técnica e/ou insuficiente.

O paciente ao se deparar com a possibilidade de uma doença sente a necessidade de uma série de cuidados, tais como: uma escuta ativa por parte do profissional; boa interação interpessoal do profissional com o paciente; apoio individualizado e que devem ser oferecidos pela equipe de saúde aos seus pacientes (Dean & Street, 2014; Ekwall et al., 2011). A comunicação profissional-paciente possui natureza multidimensional que envolve o conteúdo do diálogo, comportamentos não verbais e o componente afetivo. Além disso, o conteúdo da informação deve ser informativo, apoiador, construtivo e positivo (Krupat et al., 2000). Estas demandas ocasionam no paciente a necessidade de um outro ser humano que, como referiu Winnicott (1958/1983), necessita estar em fina sintonia com o ser que sofre e apurado ao perceber, o que, por um lado pode ser suficiente e apropriado e, por outro, excessivo e intrusivo ao paciente. Neste último caso, a comunicação mal estabelecida pode engendrar um encontro essencialmente traumático com a realidade, uma vez que o aparato psíquico do indivíduo não tem condições de integrá-la como uma experiência (Winnicott, 1958/1983; Winnicott, 1958/2000).

Ao contrário da cultura do século passado, quando nada ou muito pouco era compartilhado com o paciente sobre a sua doença (Geovanini & Braz, 2013), percebe-se nos relatos apresentados pelos pacientes que desde o início ele está consciente do que pode vir a ter, e traz à tona questionamentos sobre a forma com que as notícias são dadas na atualidade. Algumas reflexões podem ser feitas no que se refere ao limite da capacidade daquilo que o paciente consegue ouvir em uma investigação diagnóstica e a forma com que será comunicado, daquilo que ultrapassa suas possibilidades. No excesso de informações parece

haver uma cegueira psíquica ao invés do clareamento de seus questionamentos. Lacan (1988) já afirmava que nem o sol e nem a morte poderiam ser olhados de frente. Para que se pudesse enxergar o sol, o indivíduo precisaria de algum tipo de proteção que filtrasse a intensidade da luz. Assim, frente a uma possibilidade de diagnóstico de uma doença repleta de estigmas, também o paciente parece precisar proteger-se com algum tipo de filtro para que ao poucos possa encarar a realidade que se apresenta. É papel do profissional da saúde lançar mão deste filtro e oferecer ao seu paciente uma sensação de cuidado na informação que está sendo passada (ex. apresentar postura empática, perguntar se há algum familiar junto, passar a informação técnica de forma clara, mas também manter a esperança, oferecer espaço para possíveis dúvidas, etc).

De forma parecida ao momento da investigação de doença, esteve presente na fala dos pacientes a forma direta e objetiva com que o médico lhes comunicou a confirmação do diagnóstico do câncer, demonstrando a comunicação de forma técnica.

“Da maneira que ele (médico) me deu o diagnóstico, acho que não tem outra maneira de dizer que não era... Ele disse o que era e que eu tinha urgência em procurar recurso, que eu tinha que fazer quimioterapia o quanto antes. Então, não tinha outra maneira de dizer assim: ‘Isso aí é grave’” (10);

“E o doutor me deu toda uma explicação, claro ele foi franco, ele teve que dizer... Como ele ia mentir? Ele tava com uma biópsia na mão e me entregou tudo. Não tinha como esconder de mim”. (3);

“Ai eu entrei na sala e ele disse: ‘Tira a tua máscara, que tu não precisa disso’. Eu disse: ‘Eu não to com tuberculose?’. ‘Não’. ‘E tu já sabe o que eu tenho?’. ‘Sei’. ‘Então me diz’. E ele disse: ‘Tu tá com um adenocarcinoma pulmonar’ (2).

O diagnóstico de câncer escancara a realidade que o ser humano sistematicamente tenta esconder de si próprio: a morte. O medo da morte é natural frente a sua iminência e a angústia surge como consequência desta ameaça, pois entra em desacordo com os projetos e expectativas de vida construídas até então (Dolto, 1971). O câncer invade o corpo, produzindo também marcas psíquicas. Frente a situações traumáticas como a descoberta de um câncer, a Psicanálise indica que a presença de um outro ser humano pode servir de apoio para aquele que sofre, podendo segurá-lo e organizá-lo psiquicamente (Lacan, 1977; Winnicott, Shepherd & Davis, 1989/1994). Nesse sentido, o médico, que é quem comunica a confirmação da doença, porém ainda não possui um vínculo formado com seu paciente pelo pouco contato estabelecido até então, não poderá evitar o surgimento de sentimentos de angústia e desamparo sentidos pelo paciente. Mas poderá, a partir da forma com que se comunica,

proporcionar uma sensação de alívio daquilo que é desconhecido e está por vir (Almeida & Santos, 2013). Nesse sentido, os pacientes referiram que, no momento do diagnóstico, o médico poderia, além da informação técnica precisa sobre a doença e tratamento, demonstrar preocupação com questões de ordem emocional.

“O médico não foi muito lá... foi bem difícil assim, foi bem seco” (5);

“O meu diagnóstico quem deu foi o médico, quando eu tava internada no hospital. Ele também não soube dar. Aquele lá sim, eu teria reclamações [...] Eu acho que médico deveria saber... Ele me deu a notícia depois do almoço, assim de cara. Tu ta com isso, com isso e com isso. E eu não tinha um parente lá, no momento, né?”(8);

“Aí no início da tarde, ela (médica) retornou a ligação pra mim, isso eu achei muito ruim, a sutileza, não teve nenhuma. Ela chegou e disse pra mim: ‘É tu realmente ta com uma pneumonia, com um pequeno derrame pleural. Mas tem câncer também’. Assim, deu uma pedrada. E então eu achei uma maneira muito indelicada, sem carinho, sem consideração, sem nada, pra dar essa notícia. Foi aí que eu decidi trocar de médica”. (2);

“E aí, quando a pessoa chega: ‘Bah, tu tem câncer. E a tua atual situação é grave. Tu tem que fazer uma intervenção cirúrgica agora. Tu vai ter usar uma bolsinha de colostomia. Tu vai ter que isso, vai ter que aquilo’. É a mesma coisa que te tirar o ar assim. Eu fiquei completamente perdido, não sabia o que fazer” (13).

A Psicanálise compreende que tão nociva quanto a mãe que não traduz, a partir da linguagem, as angustias do seu bebê; é a mãe que traduz sem filtrá-la, inundando a mente do bebê com estímulos e situações que ele não é capaz de suportar e elaborar sozinho (Winnicott, 1958/1983). Assim como uma mãe com seu bebê, o profissional da saúde é convocado ao exercício da função materna, exercida pela mãe suficientemente boa (Winnicott, 1958/ 1983), podendo ser o outro que protege o paciente diante das descargas traumáticas acarretadas pela doença (Campos, 2005). Da mesma forma, Botella e Botella (2002) apresentam o tema da irrepresentabilidade traumática para o psiquismo. A principal característica para o trauma é a insuportável sobrecarga de ansiedade e um excesso de excitação junto a uma ausência de sentido. As ideias psicanalíticas, somadas aos discursos dos pacientes deste estudo, reforçam a importância de se encontrar formas efetivas de comunicação profissional-paciente que facilitem a sensação de vínculo, suporte e segurança para o enfermo.

Um dos pacientes referiu que a comunicação do seu diagnóstico foi insuficiente, pois houve falhas por conta do profissional médico ao transmitir a informação. A percepção do paciente era de que não houve compreensão do que estava sendo dito:

“O médico me disse: ‘Tu ta com adenocarcinoma pulmonar’. Talvez tenha que operar. Quanto mais ele falava, mais eu chorava, menos eu entendia o que ele tava falando”(2).

Por outro lado, alguns pacientes consideraram a comunicação do diagnóstico como técnica com suporte emocional. Referiram que se sentiram amparados quando o médico orientava o tratamento demonstrando preocupação com o bem estar e qualidade de vida:

“Então, exatamente quando eu vim, o doutor também me deu o resultado assim: realista. Mas ao mesmo tempo ele se preocupou com o meu bem-estar em dizer: nós vamos tratar para ti ter uma melhor qualidade de vida” (8);

“Então acho que tem que dar esse tipo de perspectiva assim: “Tua doença é tal, é grave, tem um nível, tal. Mas a gente vai tentar, a gente vai fazer o que puder” (12);

“E quando ele retornou (ao leito), ele já deu. Já disse: ‘olha tu tem, o teu câncer é assim, vai funcionar assim, vamos começar hoje com a quimioterapia e vai ser assim daqui pra frente. Tu tem 80% de chance de ficar boa hoje, neste momento’. E daí ele me explicou tudo” (1);

“Qual é a chance que eu tenho de ser curado?”. A chance era pequena, porque era um câncer grave. Mas o médico falou: “Enquanto você tiver comigo, tem 100% de chance. Porque eu vou tentar até o fim. Não vou desistir de ti. Tu tem 100% de chance de ser curado”. Eu acho que essa postura de dizer para o paciente, de dar uma confiança, que pode ser difícil, mas a gente vai tratar... Eu acho que a adesão é bem maior” (12).

No contexto do câncer, a comunicação profissional-paciente pode ser considerada um dos principais instrumentos do cuidado em saúde. Quando bem estabelecida, a comunicação associa-se a maior satisfação, ao bem-estar e a qualidade de vida durante o tratamento (Fang et al., 2014; Nicolussi, Sawada, Cardozo, Andrade, & Paula, 2014). A efetividade da comunicação envolve a provisão de informações técnicas e precisas, a discussão sobre o grau da doença e o plano para o tratamento (Hack, Degner, & Parker, 2005). Contudo, aspectos interpessoais também vêm sendo estudados e compreendidos como eficazes no processo da comunicação, como: nível de afabilidade, cuidado e respeito recebido pelo profissional da saúde (Moore et al., 2010).

A análise de conteúdo demonstrou que manter a esperança no tratamento e no prognóstico, mesmo que explicando a gravidade da doença, e afirmar que estará junto com o paciente até o final, parece fazer com que o médico proporcione ao paciente a sensação de suporte emocional. Pela fragilidade e vulnerabilidade psíquica aos quais estão expostos no momento do diagnóstico, os pacientes sentem-se muitas vezes incapazes de lançar mão

sozinhos de recursos próprios para lidar com a realidade. Profissionais capazes de desenvolver uma capacidade de identificação com aquele que sofre, indo de encontro a suas necessidades básicas, diminuem sensação de estar só, referida pelos pacientes (Campos, 2005). Em seu modelo continente, Bion (1967/1994) afirma que a presença de um ser humano que se deixa invadir por sentimentos e emoções que não podem ser pensados pelo paciente e que se mostram assustadores para estes, acalma e auxilia na elaboração psíquica da realidade. Todo o paciente frente à iminência de morte precisará de outro ser humano, que não se assuste tanto quanto o paciente, que não se distancie de seu sofrimento e que, portanto, funcione como seu continente (Freud, 1895/1996, Freud, 1920/1996, Bion, 1991, Marco, et al, 2013).

Após o diagnóstico, ao longo de todo o percurso de seu tratamento, o paciente é exposto a diferentes intervenções, por vezes, invasivas, mutiladoras e dolorosas. Neste período, as relações estabelecidas são ampliadas, bem como as formas de comunicação com a equipe de saúde. É neste momento que se disponibiliza ao paciente diferentes profissionais que podem ofertar atendimento especializado às suas amplas necessidades (Pinho, 2006; Silva & Hahn, 2012). No presente estudo, a equipe de diferentes profissionais é composta por enfermeiros, psicólogos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional. Na fase do tratamento, os pacientes relataram como a inclusão de diferentes profissionais de saúde ao longo do percurso propiciou uma maior sensação de cuidado. Notou-se, a partir da análise de conteúdo, que os pacientes percebiam profissionais dispostos a estabelecer uma comunicação técnica com suporte emocional:

“A nutricionista é muito boa, porque ela te explica bastante. Muita coisa assim, ela é quem me explica. Porque eu falo como é que está sendo a alimentação, o fato de, às vezes, eu não querer comer... Não ter apetite, as coisas que me acontecem, eu falo para ela. E ela me explica. Assim, ela me explica. Só de eu dizer o que está acontecendo, ela me explica” (14);

“Então acho que quanto mais tu te sentir bem, tiver uma afinidade com o pessoal que vai te cuidar, com a equipe toda, vai ser muito mais fácil. Muito mais fácil de tu chegar, ter a liberdade, ter a tranquilidade de tu perguntar o que tá acontecendo, tirar dúvidas e aquela pessoa te responder, te sanar a tua dúvida. Ou mesmo que ela não saiba e diz: “Bah isso eu não sei, mas daqui a pouco eu já te respondo”. Então tu tem a confiança, a tranquilidade, de estar no meio de pessoas que vão te cuidar bem. Que tão fazendo aquela coisa ali, por, até por ter uma relação de carinho, de amizade. Quanto mais tu se sentir bem com a equipe, mais o tratamento vai fluir melhor” (13);

“E as gurias (enfermeiras) escutam e procuram te ajudar, conversar contigo... Saem de uma sala e vão na outra e é outro problema... elas tem que transmitir a segurança delas, o trabalho delas, né? Eu me senti bem segura aqui” (02);

“Teve uma dentista... porque eu tava muito ruim,né? E ela conversou e conversou comigo, foi muito gente boa! E eu não precisei fazer, eu ia fazer um lazer, né? Mas, não precisei fazer” (10).

Ainda relacionada à comunicação técnica com suporte emocional, pacientes referem sensação de bem-estar ao experienciarem este tipo de comunicação. Os pacientes relataram perceber, em sua maioria, uma equipe de saúde disposta a se comunicar de forma a ampará-los e acolhe-los em suas dúvidas e ansiedades em relação à doença e às terapêuticas:

“Então eu tenho o apoio da oncologia (equipe), ele (médico) me ouve, me trata, me da o remedinho para eu não sentir enjojo... Então, isso ai eu acho importante, ter cada um (equipe). Por exemplo, tu agora aqui (psicóloga), me dando uma sustentação, um apoio” (6);

“Toda a vez que eu venho, tem aquela coisa assim, como eu tava te falando: ‘Bah, como é que tu ta? Tu ta super bem! Tá melhor!’. É aquela coisa assim, de todo o pessoal, dos enfermeiros e tal... Todo mundo. Aquela coisa de não ficar falando só da doença” (13);

“A cada quinze dias que eu chego aqui, ou quando eu encontro alguém que já me cuidou, a gente sempre conversa, a gente sempre tem aquela preocupação de saber como é que ta. Já passa assim daquele... não é mais uma coisa superficial. Tu nota que tem um envolvimento mais sentimental. Isso ajuda, te da aquela coisa boa, aquela sensação boa, que tem alguém preocupado contigo, alguém está te cuidando” (13);

“Aí o pessoal aqui foi muito atencioso, porque era o primeiro dia, eu tava muito nervosa, com toda aquela coisa da quimio, toda aquela coisa que falavam assim... Ah, a quimio, vai perder o cabelo, aquela coisa toda. Tava muito ansiosa, muito nervosa e o pessoal foi muito acolhedor, sabe? Me encaminharam para um outro médico no mesmo dia; já me encaminharam para a nutricionista, pra dentista. Foi, olha, não tem o que dizer. Muito, muito bom mesmo o atendimento” (5).

A comunicação técnica com suporte emocional por parte do médico foi referida pelos pacientes, durante o tratamento, como facilitadora de sentimentos de amparo e esperança e de proximidade com o profissional:

“E o cirurgião, que quando se precisou de cirurgião, ele foi excelente. Sempre dando otimismo e esperança” (09);

“O que angustia a gente é não saber o desenrolar. E o que mais tranquiliza é essa segurança que eles (médicos) dão. De a gente ter esse acesso fácil, esse atendimento bom que eles dão” (14);

“Porque assim, o que eu preciso saber, eles (médicos) me dizem. Quando eu faço as perguntas, eles me explicam. Desde o início foi assim. Sempre tratada bem, me deram atenção, escutam e sempre me explicam o que eu preciso” (14);

“Olha a parte que mais me ajudou, aqui no hospital foi ser tratado com pensamento positivo sempre. O médico foi bem positivo, falou dos problemas que podem acontecer, mas sempre disse que... sempre foi positivo. Então, isso é o que mais ajuda assim (12).

A partir da análise de conteúdo percebeu-se que durante o tratamento, a satisfação sentida pelo paciente parece estar mais relacionada ao suporte emocional oferecido do que a comunicação relacionada apenas à doença. Quando a equipe de diferentes profissionais consegue articular o cuidado para além do câncer, a sensação de bem estar aumenta, bem como a sensação de estar sendo cuidado e amparado em suas dificuldades (Porto, Thofehm, Amestoy, Gonzáles, & Oliveira, 2012; Silva & Hahn, 2012).

Durante o processo de tratamento em si, os relatos dos pacientes demonstraram que o vínculo entre profissional-paciente se cria, provavelmente, pela disponibilidade dos profissionais em se comunicarem efetivamente de forma técnica com suporte emocional, somada à vulnerabilidade psíquica do paciente com câncer. Percebeu-se, que a comunicação técnica com suporte emocional provinda de diferentes profissionais facilitou significativamente a sensação de bem estar emocional dos pacientes entrevistados. Provavelmente esta sensação foi também possibilitada pela fase do tratamento propriamente dita, onde já existe maior familiaridade com os profissionais, com a doença e com tudo o que a envolve, como efeitos do tratamento, exames de rotina, etc. Além disso, durante o tratamento é possibilitado ao médico dividir os cuidados com sua equipe, não sendo mais o único profissional frente ao paciente com câncer. Isso faz com que aumente a possibilidade de o paciente encontrar dentro de uma equipe com diferentes saberes, profissionais que possam mais facilmente comunicar-se de forma técnica com suporte emocional (Grilo, 2012; Veit & Carvalho, 2008).

Por outro lado, quando havia falhas na provisão da informação, seja qual fosse a fase em que o paciente se encontrasse, a comunicação era considerada insuficiente. A análise de conteúdo demonstrou que os pacientes percebiam o distanciamento do profissional em relação à sua enfermidade e não se sentiam apoiados em suas necessidades. O profissional comunicava as terapêuticas do tratamento e a percepção dos pacientes era de que não havia

interação entre profissional-paciente. Assim, a comunicação não propiciava a sensação de acolhimento e empatia por parte do profissional e não supria as necessidades do paciente acerca de orientações sobre a doença. Ao contrário, a situação causava desconforto e insatisfação no paciente, pois este saía da consulta com dúvidas em relação à enfermidade:

“E eu dizia pra doutora: Doutora eu não paro de sangrar, o dia inteirinho. Me da um remédio, uma coisa, pelo amor de Deus. Eu não aguento mais. E ela: Não, nós temos que esperar a imuno-histoquímica. O que é isso? E eu sofri muito nesse período. Nesse período eu sofri muito”(1);

“O que eu senti, eles (equipe) me disseram algumas coisas que iam acontecer, mas aconteceram outras... e eu tive que ir perguntando e perguntando...” (14).

Os relatos dos pacientes ao longo deste estudo demonstram a necessidade de se estabelecer ações eficazes para os profissionais de saúde que ofereçam informações técnicas aliadas ao suporte emocional. Winnicott (1963/1990) afirmou que todas as vezes que se compreende profundamente a necessidade de um paciente, e se demonstra isso a ele através de uma comunicação genuína, se consegue de fato, sustentar aquele que sofre. Assim, alguns estudos sugerem caminhos a serem seguidos pelos profissionais para a provisão desta comunicação efetiva. Conversas consideradas decisórias em um tratamento, por exemplo, devem ser realizadas com ao menos mais uma pessoa vinculada ao paciente; comunicar notícias apenas com o paciente presente, aumenta a responsabilidade da informação portada e de decisões futuras por parte do paciente, diminuindo sua sensação de apoio neste momento de crise. (Almeida & Santos, 2013; Arbabi et al., 2014; Lino et al., 2011). Além disso, a informação técnica deve ser utilizada aliada a momentos de elaboração do paciente, com o uso do silêncio entre uma fala e outra, e se possível, que se retome em outras conversas o que já foi falado nas anteriores. Outra ressalva importante relaciona-se a validação das emoções que aparecem diante destas comunicações, permitindo com que o paciente expresse seus medos, fantasias e dúvidas e que estas possam ser reconhecidas e esclarecidas pelos profissionais (Almeida & Santos, 2013). Mais adiante, a responsabilidade do profissional que se depara com o sofrimento do outro, também parece estar ligada à convocação do paciente a responsabilidades e atitudes ativas frente ao seu tratamento (Thorne et al., 2013). Nesse sentido, facilitar, enquanto profissional, a inversão da condição de escravo do corpo doente, em agente da própria vida, proporciona possibilidades criativas no decorrer deste árduo período (Ferreira & Castro-Arantes, 2014).

Por fim, oferecer a possibilidade de se comunicar sobre questões relativas à doença e as demandas emocionais por ela acarretadas a uma gama de diferentes profissionais que

integram uma mesma equipe de saúde, permite ao paciente com câncer reconhecer suas particularidades frente à dimensão da enfermidade e compreender sua posição diante da doença (Molina, 2013; Ruhstaller, Roe, Thürlimann, & Nicoll, 2006). Afora isso, se o profissional da saúde estiver disposto a reconhecer sua ignorância frente ao sofrimento daquele que se encontra a sua frente, o paciente, poderá estar aberto a escutá-lo e assim, atender ao enfermo, e não à enfermidade (Manitta, 2005).

Conclusão

O presente artigo investigou a comunicação profissional-paciente a partir da visão de pacientes em tratamento oncológico. A partir da sistematização do discurso dos entrevistados, refletiu-se sobre as necessidades de comunicação dos pacientes nas diferentes fases: da investigação do diagnóstico até o tratamento. Momentos distintos percorridos pelo paciente apresentam peculiaridades significativas no que concerne à comunicação. Nesse sentido, as fases da investigação da doença e do diagnóstico propriamente dito parecem ser os momentos mais difíceis de conseguir o estabelecimento de uma comunicação efetiva que ofereça além de informações técnicas sobre a doença, suporte emocional. Profissionais da saúde pouco vinculados com o paciente e que, por vezes, não continuarão fazendo parte do seu tratamento, parecem ter maiores dificuldades de fazê-lo sentir-se amparado. Em contrapartida, durante o processo do tratamento, os pacientes referem sentir-se mais facilmente acolhidos em suas demandas emocionais, e a comunicação e o vínculo com os profissionais que lhe cuidam já estão mais fortemente estabelecidos.

De forma geral, a análise de conteúdo demonstrou que as percepções dos pacientes acerca da comunicação no período do tratamento foram permeadas por um sentimento de amparo e satisfação. Da mesma forma, a comunicação com a equipe de diversos profissionais obteve um papel fundamental no atendimento das diferentes demandas destes pacientes. Contudo, pode-se questionar, neste estudo, se a satisfação ou a ausência dela com a forma de comunicação estabelecida entre profissional-paciente pode também relacionar-se a outras questões, externas e internas, não relacionadas apenas ao papel dos profissionais, tais quais: o tempo de tratamento, viés de desejabilidade social, fatores de personalidade e comorbidades psiquiátricas.

Nesse sentido, é possível intuir que o transcorrer do tempo do tratamento pode facilitar o processo de elaboração psíquica e adaptação do paciente à nova realidade de conviver com o diagnóstico de câncer. Por isso, neste caso, a comunicação efetiva profissional-paciente

poderia estabelecer-se mais facilmente. Por outro lado, as percepções dos pacientes em relação à comunicação com os profissionais também podem relacionar-se a fatores intrínsecos como aspectos de personalidade e possíveis diagnósticos psiquiátricos. Por exemplo, pacientes com estruturas de personalidade não neuróticas (ex. borderline) poderiam estar mais suscetíveis a sentirem-se abandonados e pouco compreendidos. Em virtude disso, novos estudos poderão ser delineados para investigar a possível influência de aspectos de personalidade e comorbidades psiquiátricas na percepção de pacientes com câncer sobre a comunicação com seus profissionais.

O que se destaca neste estudo é o fato de que equipes com diferentes profissionais, com saberes que se complementam e que sabem se comunicar de forma técnica com suporte emocional parecem ser o ideal no âmbito da atenção ao paciente em oncologia. Mesmo que este tipo de comunicação não possa ser alcançado no mesmo nível por todos os profissionais da equipe, o fato de que alguns deles estão disponíveis para isto pode oferecer a sensação de cuidado integral ao paciente. Se ao médico cabe à responsabilidade de comunicar más notícias, pode caber ao psicólogo, por exemplo, a incumbência de oferecer um espaço favorável à elaboração da difícil realidade e as formas de enfrentá-la. Ao enfermeiro, por ser o profissional mais próximo ao paciente, pode caber a missão de servir de ponte na comunicação do paciente com o restante da equipe. Aos demais profissionais, cada qual em seu saber, compete o papel de oferecer uma rede de segurança que favoreça a sensação de estar amparado e de ter seu sofrimento mitigado. Esta rede só pode ser firmada em cima do alcance do amplo processo que envolve a comunicação efetiva.

Assim, oferecer espaço para que o paciente se comunique sobre o que lhe aflige, para além dos aspectos físicos da doença, faz com que a experiência do câncer ganhe um novo sentido, menos aterrorizador. A percepção acerca do sofrimento é mais proeminente quando o paciente não consegue reorganizar e comunicar seus sentimentos e angústias com a ajuda daquele que lhe cuida. É dando lugar à palavra que se oferece alívio ao sujeito angustiado e a possibilidade de crescimento psíquico. Nesse sentido, propiciar um ambiente de sustentação que permita o processo de integração do sujeito, conforme o pensamento winnicottiano, permite que sentimentos agonizantes transformem-se em palavras e em experiências melhor elaboradas. A comunicação técnica com suporte emocional fornece ao paciente confiança na realidade e nos contatos humanos e amplia sua esperança na vida e conforto perante a morte.

Por fim, cabe ressaltar que, embora os objetivos inicialmente propostos nesta investigação tenham sido atingidos satisfatoriamente, alguns aspectos não permitem a generalização dos achados para populações com diferentes níveis de escolarização, renda,

idade, etc. Os participantes deste estudo eram oriundos de um hospital privado, tinham bom nível de escolaridade e condições socioeconômicas, que lhes permitiam custear o tratamento oncológico com recursos próprios ou de plano de saúde. Além disso, a instituição na qual os dados foram coletados oferecia tratamento através de uma equipe assistencial composta por diferentes profissionais. Muito provavelmente, estudos feitos em outras realidades, como no contexto público de assistência à saúde, poderiam trazer resultados divergentes. Outra questão diz respeito ao fato de que as transcrições das entrevistas não retornaram aos participantes para possíveis modificações e adendos ao conteúdo mencionado. Além disso, o fato de estarem falando sobre uma equipe que os cuidava, exatamente no momento em que estavam realizando tratamento, pode ter coibido a livre expressão de sentimentos negativos. Contudo, a ocorrência das entrevistas realizadas no ambiente de tratamento, no momento em que estavam realizando a quimioterapia, também pode ser entendida como fator eliciador de emoções, tanto negativas quanto positivas, o que propiciaria a maior validade ecológica dos resultados obtidos. Além disso, questões relativas ao sigilo e a confidencialidade foram explicitadas e reforçadas pela pesquisadora, a fim de garantir confiabilidade aos relatos e a proteção dos dados dos pacientes.

Recomenda-se o aprofundamento do tema da comunicação profissional da saúde-paciente em oncologia considerando diversos contextos, diferentes populações e com a inclusão de variáveis que podem ser pertinentes à maior compreensão deste complexo fenômeno. O presente estudo contribuiu discutindo a comunicação-paciente à luz de conceitos psicanalíticos que oferecem uma visão compreensiva desta temática. Do ponto de vista teórico e metodológico, este estudo teve caráter inovador ao compreender o fenômeno unindo evidências empíricas e conceitos psicanalíticos tradicionalmente aplicados na psicologia clínica, especialmente psicoterapia. As conclusões obtidas revelam que essa união é viável e aproxima a psicanálise da produção científica em Psicologia e áreas afins, especialmente no contexto hospitalar.

Referências

- Almeida, M. D., & Santos, A. P. (2013). Câncer infantil: o médico diante de notícias difíceis – uma contribuição da psicanálise. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21(1) 49-54. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v21n1p49-54

- Arbabi, M., Rozdar, A., Taher, M., Shirzad, M., Arjmand, M., Ansari, S., & Mohammadi, M. R. (2014). Patients' Preference to Hear Cancer Diagnosis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(1), 8-13. Retrieved from: <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/704/417>
- Bakker, D. A., Fitch, M. I., Gray, R., Reed, E., & Bennett, J. (2001). Patient-Health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 43, 61-71. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00147-6
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1967/1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Botella, C., & Botella, S. (2002). *Irrepresentável: mais além da representação*. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul/Criação Humana.
- Campos, E. (2005). *Quem Cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Castro-Arantes, J., & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522. doi: 10.1590/S1413-81232013000900005
- Costa P., & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-64. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n_55/v04/sumario.asp&volume=55&numero=4
- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 143-148. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.025
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90, 297-306. doi: 10.1016/j.pec.2012.05.005
- Dolto, F. (1971). *Psicanálise e Pediatria: as grandes noções da psicanálise - dezesseis observações de crianças*. Rio de Janeiro: Guanabara.

- Eades, M., Murphy, J., Camey, S., Amdouni, S., Lemoignan, J., Jelowicki, M.,..., Gagnon, B. (2013). Effect on a interdisciplinary rehabilitation program on quality of life in patients with head and neck cancer: review of clinical experience. *Head & Neck*, 35(3), 343-349. doi: 10.1002/hed.22972
- Ekwall, E., Ternstedt, B. M., Sorbe, B., & Graneheim, U. H. (2011). Patients' perceptions of communication with the health care team during chemotherapy for the first recurrence of ovarian cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 53-58. doi: 10.1016/j.ejon.2010.06.001
- Fang, S., Shi, W., Kong, N., & Shields, C. (2014). A preliminary variable selection based regression analysis for predicting patient satisfaction on physician-patient cancer prognosis communication. *Smart Health*, 8549, 171-180. doi: 10.1007/978-3-319-08416-9_18
- Ferreira, D. M., & Castro-Arantes, J. (2014). Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica*, 3(5), 37-71. Retrieved from <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585>
- Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1895/1996). Projeto para uma psicologia científica. Em: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 39-189). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/1996). Além do princípio de prazer. Em *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol.18, pp. 11-75). Rio de Janeiro: Imago
- Geovanini, G., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. doi: 10.1590/S1983-80422013000300010
- Green, A. (1975/1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297. Retrived from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200011&script=sci_arttext
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>

- Hack, T. F., Degner, L. F., & Parker, P. A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, *14*(10), 831–845. doi: 10.1002/pon.949
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Oxford: Open University Press.
- Holland, J. (1991). *Handbook of Psychooncology*. Oxford.
- Hounsgaard, L., Augustussen, M., Moller, H., Bradley, S. K., & Moller, S. (2013). Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *International Journal of Circumpolar Health*, *72*, 1-7. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21089
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2014). *Estimativas 2014 – Incidência de Câncer no Brasil*.
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, *39*(1), 49–59. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00090-7
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O seminário – Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1977). *O Sujeito, o Corpo e a Letra*. Lisboa: Arcádia.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*, 1187–1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *35*(1), 52-57. doi: 10.1590/S0100-55022011000100008
- Manitta, G. (2005). *El Malestar en la relación médico-paciente*. Acta Bioethica.

- Marco, M. A. D., Degiovani, M. V., Torossian, M. S., Wechsler, R., Joppert, S. M. H., & Lucchese, A. C. (2013). Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 683-693. doi: 10.1590/S1414-32832013005000017
- McCarthy, B. (2014). Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 452-458. doi: 10.1016/j.ejon.2014.05.004
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K.,..., Street, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72, 1085-1095. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020
- Molina, I. V. (2013). *Clínica psicanalítica para pacientes com câncer*. (Dissertação de Mestrado).
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. doi: 10.4067/S0034-98872010000800016
- Nicolucci, A. C., Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, V., & Paula, J. M. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Revista Rene*, 15(1), 132-140. doi: 10.15253/2175-6783.2014000100017
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 72-80. doi: 10.1590/S0080-62342003000100009
- Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, 8, 68-87. Retrieved from <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582>
- Porto, A. R., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Gonzáles, R. I. C., & Oliveira, N. A. (2012). A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(2), 231-239. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306008>

- Ramos, B. F., & Lustosa, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 85-97. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000100007&script=sci_abstract
- Ruhstaller, T., Roe, H., Thürlimann, B., & Nicoll, J. J. (2006). The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *European Journal of Cancer*, 42, 2459-2462. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804906005557>
- Schramm, F. R. (2001). Bioética e comunicação em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(1), 25-32. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v01/pdf/artigo1.pdf
- Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A.,..., Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1457-1465. doi: 10.1590/S1413-81232011000700081
- Silva, D. S. D., & Hahn, G. V. (2012). Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. *Caderno Pedagógico*, 9(2), 125-137.
- Skea, Z. C., MacLennan, S. J., Entwistle, V. A., & N'Dow, J. (2014). Communicating good care: a qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 35-40. doi: 10.1016/j.ejon.2013.09.009
- Thorne, S., Hislop, T. G., Armstrong, E., & Oglov, V. (2008). The power to harm and the power to heal? *Patient Education and Counseling*, 71, 34-40. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.010
- Thorne, S., Hislop, T. G., King-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Support Care Cancer*, 22, 1009-1015. doi: 10.1007/s00520-013-2056-4
- Thorne, S., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2013). Communicating shared decision making: cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 291-296. doi: 10.1016/j.pec.2012.02.018

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus group. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Vasconcelos, A. S., Costa, C. & Barbosa, L. N. F. (2008). Do transtorno de ansiedade ao câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(2), 51-71.
- Veit, M. T., & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In: V. A. Carvalho et al. *Temas em Psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.
- Vidal y Benito, M. C. (2010). *La relacion medico paciente: bases para una comunicacion a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (orgs). (1989/1994). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1963/1990). *Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites*. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London: Karnac Books, 1990, p. 179-192.
- Winnicott, D. W. (1958/2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1958/1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization (WHO). (2014). Retrieved from <http://www.who.int/research/en/>

Seção II – Artigo Empírico

A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM ONCOLOGIA: UMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Introdução

O diagnóstico de câncer implica numa experiência que compromete e agride o corpo, impacta nos aspectos emocionais, nas expectativas e planos de vida da pessoa doente, e tem significados diferentes para cada indivíduo. Não se trata de uma doença meramente orgânica, pois implica em mudanças na vida do paciente. O câncer envolve fantasias de dor, invasão e agressão que incitam a angústia de morte e podem acarretar em uma importante capacidade lesiva e reativa ao psiquismo (Schavelzon, 2004; Vidal y Benito, 2010). O câncer está fortemente atrelado à perspectiva da finitude, sendo amplamente estigmatizado como doença letal. Apesar disso, mudanças significativas no panorama atual do cuidado em oncologia criam um novo cenário para aquele que recebe o diagnóstico (Garbin, Neto, & Guilam, 2008; Sonobe, Buetto, & Zago, 2011).

O aumento da expectativa de vida, a possibilidade de tratar o câncer como uma doença crônica, o aumento do nível educacional da população, a facilidade atual do acesso às informações técnico-científicas, além do estabelecimento legal de direitos dos pacientes oncológicos são alguns dos fatores que fazem parte das transformações do panorama atual da doença e acarretam novas demandas às pessoas com câncer (Garbin et al., 2008; Sonobe et al., 2011). Com maior possibilidade de compreensão sobre sua doença, tratamento e prognóstico, o paciente pode ampliar as discussões com a equipe que lhe presta cuidado a respeito do caminho a ser trilhado consigo próprio (Garbin et al., 2008).

Diante disso, parece haver uma alteração de posição do paciente, de passiva e pouco questionadora em relação à doença, para uma posição proativa diante do tratamento (Albuquerque & Araújo, 2011; Geovanini & Braz, 2013; Primo, 2010). Por outro lado, esta mudança de postura também pode repercutir na forma com que a equipe se comunicará com o paciente. Em geral, os pacientes esperam receber informações claras e detalhadas sobre sua doença. Porém, a forma como tais informações serão transmitidas e a discussão acerca do que foi comunicado mostra-se fundamental para estes pacientes (Hagerty et al., 2004). Os pacientes com câncer podem desejar obter informações sobre a doença, ser envolvidos nas decisões sobre o tratamento e conhecer o seu prognóstico. Contudo, o desafio dos

profissionais na comunicação com esses pacientes está em satisfazer suas necessidades de informações individuais, prover esperança e, ao mesmo tempo, não criar expectativas irrealistas. Neste sentido, as equipes de saúde que atendem esses pacientes devem estar suficientemente atentas às necessidades de cada indivíduo e capacitadas em relação à forma mais apropriada de se comunicar com eles (Pinheiro, 2012; Silva & Hahn, 2012; Silva et al., 2011).

Para além da simples provisão de informação, a comunicação deve ser vista como um processo, no qual pelo menos duas pessoas concordam sobre determinadas regras e objetivos. Ressalta-se ainda que, no âmbito da saúde, este processo deve compreender a preocupação compartilhada e o reconhecimento daquilo que está sendo informado pelo outro (Grinberg, 2010). Outro aspecto relevante subjacente à comunicação diz respeito ao conteúdo não verbal (p. ex.: gestos, olhar, tom de voz e silêncios), que pode alterar a forma como o paciente interpreta e sente o que lhe é dito. A comunicação não verbal, quando utilizada de forma positiva que demonstre apoio, preocupação e compreensão podem repercutir inclusive no alívio dos sintomas, dores e angústias do paciente (Otani & Barros, 2012; Rennó, José, & Campos, 2014). O toque afetivo, o olhar, o sorriso e a proximidade física são estratégias de comunicação não verbais que estabelecem um vínculo empático, em especial com pacientes que enfrentam o câncer (Araújo & Silva, 2012).

Alguns estudos têm discutido o tema da comunicação no sentido de oferecer subsídios para um cuidado de qualidade que abarque as necessidades do paciente oncológico (Cristo & Araújo, 2011; Diefenbach et al., 2009; Shields et al., 2010). Dentre os temas recentes situa-se a discussão, em âmbito internacional, sobre as formas mais adequadas de se dar más notícias. A má notícia (*breaking bad news*) define-se por qualquer informação que envolva uma mudança negativa e drástica na vida de uma pessoa (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2011; Pinheiro, 2012; Prouty et al., 2014), o que inclui o diagnóstico do câncer (Hagerty et al., 2004). Além da temática sobre más notícias, diversos estudos incluem outros conceitos também fundamentais aos profissionais da saúde sobre a comunicação no contexto do cuidado oncológico, dentre eles, habilidades de comunicação (*communication skills*), tomadas de decisão compartilhada (*shared decision making*) e comunicação centrada no paciente (*patient-centered cancer care*) (Arbabi et al., 2014; Bourquin et al., 2014; Emold, Schneider, Meller, & Yagil, 2011; Thorne, Ollife, & Stajduhar, 2013; Venetis, Robinson, Turkiewicz, & Allen, 2009). Esses aspectos estão intimamente envolvidos na relação profissional-paciente e devem ser empreendidos para o estabelecimento de uma comunicação efetiva (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010). A temática da comunicação profissional-

paciente em oncologia mostra-se como um assunto atual e relevante (Cristo & Araújo, 2011; Diefenbach et al., 2009; Fang, Shi, Kong, & Shields, 2014; Nicolussi, Sawada, Cardozo, Andrade, & Paula, 2014; Shields et. al., 2010), tendo em vista que a comunicação efetiva associa-se à maior qualidade na provisão do cuidado e também a maiores índices de satisfação (Fang et al., 2014), bem-estar e de qualidade de vida (Nicolussi et al., 2014) do paciente oncológico.

A busca pela maior compreensão do fenômeno da comunicação entre profissional-paciente em oncologia também pode ser aprofundada pela perspectiva psicanalítica. A Psicanálise é uma ciência que pretende compreender as vivências e o comportamento humano, principalmente no que tange ao seu sofrimento, e, portanto, pode mostrar-se eficaz no aporte das demandas do paciente com câncer (Chiozza, 2001; Schavelzon, 2004). O alcance da Psicanálise, muito além da prática clínica tradicional, mostra-se útil no âmbito da saúde em geral. O conhecimento produzido pela Psicanálise pode ampliar o saber acerca das interações que se estabelecem entre profissionais e seus pacientes. Ademais, pode oportunizar uma entrega de cuidados que abarca também o manejo das consequências psíquicas e traumatizantes ocasionadas pela enfermidade (Vidal y Benito, 2010).

Autores psicanalíticos de referência trabalharam com o tema da comunicação nas relações e as consequências, positivas ou negativas, para o desenvolvimento humano (Bion, 1967/1994; Winnicott, 1958/2000). Seus estudos chamaram a atenção para formas de comunicação efetivas, verbais e/ou não verbais, que possibilitam um encontro genuíno entre um indivíduo que cuida frente àquele que sofre e/ou precisa ser cuidado. Como exemplo, Bion (1967/1994) propôs o conceito de *rêverie* e relacionou-o com a capacidade e disposição interna daquele que cuida em aceitar e acolher as necessidades não só físicas, mas emocionais, do indivíduo a ser cuidado. A *rêverie* é comparada à receptividade emocional necessária à mãe para que ela decifre os medos e receios de seu bebê. A alusão entre mãe e o profissional de saúde que provê o cuidado e o bebê e o paciente que o recebe é justificada pela ciência de que todo o ser humano frágil frente à iminência de morte precisará de outro que lhe ofereça a capacidade de cuidado semelhante à materna (Campos, 2005).

Assim também Winnicott (1958/2000; 1963/1990) creditou à capacidade suficientemente boa da mãe a possibilidade de abarcar as necessidades de seu bebê, nomeando seus medos e inseguranças de forma que este se sinta amparado diante das experiências impostas pelas privações e frustrações. Aquele que sofre sente-se compreendido e capaz de aprender com as experiências dolorosas quando encontra um outro que, naquele

momento, possui recursos psíquicos mais elaborados do que o seu e que deseje legitimamente estabelecer uma comunicação efetiva com ele (Winnicott, 1958/1983).

Outro conceito amplamente utilizado pela Psicanálise e que se relaciona à comunicação profissional da saúde e paciente é a empatia. Empatia é a capacidade de ser sensível às comunicações/demandas do outro, podendo colocar-se em seu lugar, mas sem perder os referenciais próprios. A partir desta possibilidade, o cuidador permite sentir e pensar como se fosse o paciente alcançando de forma mais fidedigna a compreensão de suas necessidades (Bouwman, 2011). Para a Psicanálise, a empatia relaciona-se ao modo de comunicação mais profundo e indica a capacidade de estabelecer contato com estados afetivos de outro indivíduo. O estado de desamparo, ao ser comunicado, lança-se como um grito de ajuda. Se este grito ficar sem resposta, o desamparo torna-se desespero. A atitude empática oportuniza uma comunicação efetiva e garante a contenção necessária para as dores do paciente (Klatau, 2014).

Em suma, os conceitos psicanalíticos como a *rêverie* materna, mãe suficientemente boa e empatia, auxiliam na compreensão do significado da comunicação efetiva do profissional-paciente em oncologia (Chiozza, 2001; Vidal y Benito, 2010; Schavelzon, 2004). Os profissionais de saúde devem se apropriar da melhor forma de se comunicar com os seus pacientes. A provisão de uma comunicação empática, compassiva e afetuosa pelos profissionais deve ser parte do oferecimento do cuidado genuíno ao paciente oncológico (Oliveira, 2013). Todavia, compreender as necessidades dos pacientes diante do câncer inclui estabelecer uma comunicação que prime pela dignidade humana. Neste contexto, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de investigar a comunicação profissional-paciente em oncologia na percepção dos profissionais da saúde. Para tanto, utilizou-se o método qualitativo e os resultados foram discutidos sob a perspectiva psicanalítica.

Método

Delineamento

Qualitativo exploratório que busca compreender o significado das ações humanas a partir da experiência subjetiva dos indivíduos e que proporciona uma visão geral do fenômeno explorado (Hayes, 2000).

Participantes

Participaram 14 profissionais da saúde de diferentes especialidades: medicina (quatro), psicologia (um), enfermagem (quatro), odontologia (um), terapia ocupacional (um), fisioterapia (um) e nutrição (dois). A idade média dos participantes foi 34,21 (DP=8,71) e variou de 26 a 57 anos, sendo três homens e onze mulheres. O tempo médio de atuação em oncologia foi de 4,21 anos (DP=4,29) e variou de quatro meses a 12 anos. Estes profissionais atendiam em média 11,79 pacientes/dia (DP=5,74), variando de cinco a 24 pacientes/dia. Todos os profissionais trabalhavam em um serviço de oncologia de um hospital privado de uma cidade do sul do Brasil. A seleção dos participantes foi por conveniência. As coletas ocorreram nos turnos da manhã e da tarde, em diferentes horários, no sentido de incluir profissionais de diferentes especialidades com turnos de trabalho distintos. Foram convidados 16 profissionais, dos quais 14 participaram e dois aceitaram participar, porém, no momento marcado para a entrevista, não conseguiram liberar seus horários. Para fins desta pesquisa, os participantes identificados de número 1 a 4 são médicos, 5 a 8 são enfermeiros, 9 e 10 são nutricionistas, 11 é psicólogo, 12 é terapeuta ocupacional, 13 é odontólogo e 14 é fisioterapeuta.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e profissionais: utilizada para caracterizar os participantes, incluindo as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, tempo de trabalho em oncologia e o número de atendimentos/dia (pacientes oncológicos) (Anexo 4).

Entrevista semiestruturada sobre a relação profissional da saúde-paciente: foram formuladas questões norteadoras com base em uma ampla revisão da literatura nacional e internacional específica da área, referentes às temáticas: sofrimento psicológico, vínculo, trabalho em equipe, representação da profissão e aderência ao tratamento (Anexo 5).

Procedimentos de Coleta de Dados

Após o consentimento da instituição hospitalar, bem como da equipe da oncologia, planejou-se o início da pesquisa. Os profissionais de saúde foram convidados a participar do estudo diretamente pela entrevistadora através da abordagem face a face. Aqueles que estavam disponíveis no período da coleta eram entrevistados em sequência, outros marcavam

um horário posterior com a pesquisadora. Todos os profissionais que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6). As entrevistas foram realizadas por uma mesma pesquisadora, graduanda em Psicologia e bolsista de iniciação científica, com experiência clínica no atendimento a pacientes com câncer, previamente treinada e supervisionada por uma psicóloga experiente em psico-oncologia. A equipe de pesquisa se reunia de forma sistemática para a discussão dos procedimentos da pesquisa. Os profissionais foram entrevistados individualmente, em uma única ocasião, em uma sala do próprio hospital livre da interferência de terceiros. A entrevistadora explicava os objetivos do estudo e se apresentava a todos os profissionais participantes. Seu interesse relacionado à temática era unicamente de pesquisa, isento de conflito de interesses. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 22 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Para respeitar o sigilo e confidencialidade dos dados, as informações pessoais dos entrevistados foram omitidas. O período de coleta de dados se estendeu por três meses, de agosto a novembro de 2013.

Procedimentos Éticos

Este estudo foi conduzido considerando todos os procedimentos éticos requeridos, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa derivou de um projeto de pesquisa maior intitulado “*A Relação Profissional da Saúde-Paciente em Oncologia: Um Estudo Transcultural Brasil-Espanha*”, que foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNISINOS e da instituição hospitalar na qual os dados foram coletados, sob processo número 247.917, registro no CEP número 182.512, emitido no dia 02/01/2013. Os resultados obtidos serão devolvidos à instituição. Os participantes que desejarem poderão solicitar devolução dos resultados do estudo, que serão dados sempre de forma coletiva.

Análise dos Dados

Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente, através da análise de conteúdo. Foi utilizado o protocolo COREQ (*Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research*), um *checklist* de 32 itens existente na literatura que visa garantir que os critérios de qualidade de um artigo científico qualitativo que utiliza entrevista ou grupo focal sejam

cumpridos (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Cabe esclarecer que o roteiro de entrevista semiestruturada previamente estabelecida para coleta de dados não contemplou, objetivamente, questões referentes à comunicação. O presente estudo derivou de uma pesquisa maior que teve como objetivo central identificar a relação da equipe de saúde com o paciente oncológico. Contudo, a temática da comunicação emergiu dos dados e esteve presente em todas as entrevistas. De fato, a temática da comunicação é central e emerge em outros estudos que examinaram a relação profissional-paciente no contexto da oncologia (Arbabi et. al., 2014; Bossoni, Stum, Hildebrandt, & Loro, 2013; Cristo & Araújo, 2011; Diefenbach et al., 2009; Formozo, Oliveira, Costa, & Gomes, 2012; Freire, Sawada, França, Costa, & Oliveira, 2014; Geovanini & Braz, 2013; Grimberg, 2010; Ha & Longnecker, 2010; Moore et al., 2010; Oliveira, 2009; Otani & Barros, 2012; Vidal y Benito, 2010).

Foram transcritos um total de cinco horas e dezesseis minutos de gravação. Posteriormente, realizou-se a análise de conteúdo (Laville & Dione, 1999) para identificar semelhanças e peculiaridades nos relatos dos profissionais. Os dados foram submetidos à análise em três etapas: a) leitura inicial sem julgamentos (“naive”); b) análise estrutural e organização do conteúdo em categorias; e c) interpretação crítica e discussão, conforme método de análise proposto em um estudo de natureza similar (Hounsgaard, Augustussen, Moller, Bradley, & Moller, 2013).

Depois de ouvir repetidamente os áudios e ler exaustivamente as transcrições, foram elaboradas categorias nas quais os trechos das entrevistas poderiam ser classificados. A partir disso, dois juízes independentes, previamente treinados, categorizaram o conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde. Os juízes foram pesquisadores do Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde (GEAPSA) da UNISINOS. Avaliou-se o grau de concordância entre os juízes através do índice *Kappa*. O valor obtido foi de 0,842, representando um excelente índice de concordância (Perroca & Gaidzinski, 2003).

Resultados e Discussão

A análise dos relatos dos profissionais de saúde sobre a relação com o paciente com câncer revelou que o tema comunicação emergiu dos dados (*a posteriori*) e revelou-se como ponto central da discussão. Foram identificadas três categorias relacionadas a esta temática: Comunicação Técnica, Comunicação Técnica com Suporte Emocional e Comunicação Insuficiente (Figura 1).

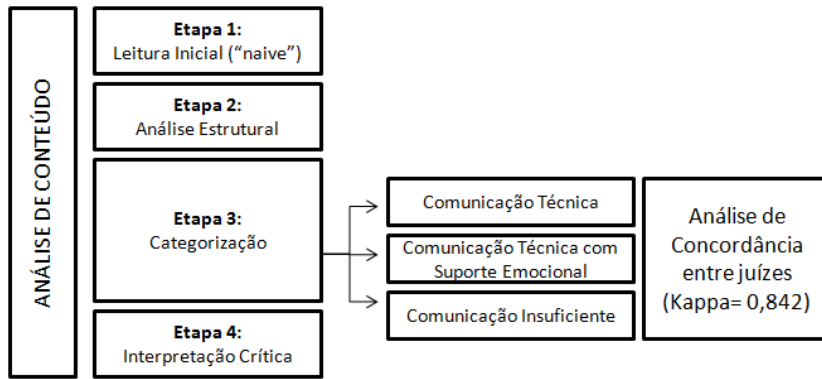


Figura 1. Etapas do processo de análise de conteúdo

A primeira categoria, denominada Comunicação Técnica, compreende a provisão de informação técnica de qualquer membro da equipe de profissionais com seu paciente sobre o diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico. Nesta categoria, a ênfase está na transmissão direta e objetiva da informação sobre o câncer e não possui como objetivo o oferecimento de suporte emocional.

Na segunda categoria, Comunicação Técnica com Suporte Emocional, há a provisão de informação orientada para aspectos técnicos relativos ao diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico, além de englobar aspectos de ordem emocional do paciente. O suporte emocional, neste estudo, foi caracterizado pela preocupação do profissional com o bem estar psicológico do paciente.

Na terceira categoria, Comunicação Insuficiente, existe dificuldade na compreensão da informação passada. O paciente não entende o que lhe foi informado, ocasionando uma falha no estabelecimento da comunicação. Paciente sente-se com dúvidas e inseguro.

Comunicação Técnica

A partir da análise de conteúdo realizada, observou-se que a categoria comunicação técnica compreendia temas em comum, posteriormente discutidos: provisão de informação técnica (doença e rotinas); informação técnica clara/completa; relação entre informação técnica e segurança do paciente e paciente ativo.

Categoria	Vinheta
	<p><i>“A gente tem que explicar a importância da aderência dele ao tratamento, porque não tem outra maneira, além de informação. Tem informação verbal, informação descrita em folder, em planilha, livro, enfim... A gente vai fornecer também informação por</i></p>

Comunicação Técnica Profissional- Paciente	<p><i>escrito. Ele vai entender e se sentir bem, dependendo da informação que ele tiver”(5)</i></p>
	<p><i>“Na verdade, quando tu chega num lugar novo, tu fica inseguro. Então tem que ter alguém que explique como que funciona aquilo ali, de uma maneira simplificada e rápida. Porque eles não vão gravar muitas coisas. Então eu vou passando essas coisas rápidas: ‘Olha, o telefone é assim’; ‘A senhora vai pernoitar? Então funciona assim’; ‘A senhora tem que lembrar que tem que fazer isso e isso’... Eles precisam dessas informações”.(7)</i></p>
	<p><i>“Os pacientes aqui da onco são totalmente orientados em relação ao seu tratamento. Uma orientação bem dada é a base de tudo. Por que eu tô fazendo isso? Pra que isso me serve? O que isso vai ser útil na minha doença? Orientação sobre a doença ajuda muito”.(8)</i></p>
	<p><i>“Mudou muito a relação médico paciente. Antigamente o paciente vinha aqui ouvia e obedecia. Hoje não, hoje ele vem, interage e toma a decisão baseado naquilo que a gente orienta e instrui”.(1)</i></p>
	<p><i>“É importante que o paciente tenha informações completas sobre tudo. Acho que ter uma relação muito clara ajuda muito. Na medida em que, quando eles não têm informações ou não sabem bem sobre o que está acontecendo, eles ajudam menos e atrapalham, às vezes. Eu acho que isso é a parte mais importante, informação clara sobre o que está acontecendo no tratamento”.(2)</i></p>
	<p><i>“Porque eles querem saber muitas vezes o que está acontecendo, o que pode fazer se acontecer tal e tal coisa, etc. Eu acho que a tua segurança e a informação que tu dá de todo o processo é que vai fazer ele se sentir seguro”.(9)</i></p>
	<p><i>“Na verdade, o paciente tem várias e várias dúvidas. Então acho que cada área consegue responder um pouquinho melhor determinada dúvida que o paciente possa vir a ter. Ele tem muitas pessoas para recorrer aqui. Sobre suas dúvidas, sobre as questões da doença mesmo, então acho que isso facilita. Quanto mais informação o paciente tem sobre a doença, mais ele consegue entender o porquê do tratamento”.(14)</i></p>
	<p><i>“Os meus pacientes ficam muito tempo e acabam se acostumando a querer saber o resultado dos exames. Quanto que está a hemoglobina, quanto que estão as plaquetas, qual o número que deu... Se já subiram as contagens, se eles vão ter que transfundir ou não... Então eu só entro no quarto deles depois que eu já sei o resultado dos exames. Porque eu sei que eles vão querer falar disso”.(4)</i></p>
	<p><i>“Temos que oferecer muita honestidade! Entender bem claro o que o paciente esta procurando saber e claramente ser muito franco desde o início. Eu não tô dizendo ser cruel na informação, mas não se criar expectativas mágicas e ao mesmo tempo ser bem franco na tomada de decisões. Então, esse é uma das principais ferramentas pra evitar problemas no final. Os pacientes precisam conversar. Os pacientes perdoam tudo, menos tu não ter informação. Eles querem conversar, eles querem tirar dúvidas sobre a doença”.(3)</i></p>

	<p><i>“Eu acho que o mais importante é a franqueza, a clareza da informação. Às vezes a gente é franco, mas não consegue ser claro e então é mal entendido. Às vezes o paciente quer ouvir coisas e não quer ouvir outras... então é muito importante ser claro, repetir as coisas... A franqueza no que tu for falar eu acho que é a mais importante de todas”.(2)</i></p>
	<p><i>“Não devemos mentir pro paciente, enganar. Mas, parte dessa comunicação vai funcionar, se a gente interpretar bem o que o paciente quer ouvir sobre a doença”.(6)</i></p>

Os relatos dos entrevistados revelaram que os profissionais preocupavam-se em subsidiar seus pacientes com informações técnicas sobre a doença (ex. panorama da doença, esclarecimentos sobre diagnóstico e prognóstico, elucidações sobre os efeitos adversos do tratamento e resultados de exames). Alguns profissionais também mencionaram a importância da provisão de informação sobre rotinas durante o tratamento oncológico (ex. rotinas do hospital, normas da instituição e como se comunicar via telefone). A comunicação clara e objetiva facilita a compreensão das informações por parte do paciente, que já está fragilizado e ansioso com as notícias que recebe ao longo do tratamento. Esse tipo de comunicação tem demonstrado ser um importante e eficiente instrumento terapêutico, gerador de segurança ao paciente e facilitador do exercício de sua autonomia (Perocchia et al., 2010; Pinheiro, 2012). Como consequência, a comunicação clara e objetiva diminui o sentimento de isolamento, colaborando para uma cooperação mútua na relação profissional-paciente (Albuquerque & Araújo, 2011).

De forma geral, os profissionais deste estudo referiram munir os pacientes de informações objetivas a respeito de sua doença. Isso pode estar atrelado a uma preocupação verdadeira destes profissionais em diminuir ansiedades e compartilhar com o paciente todas as decisões que norteiam o tratamento do câncer (Ha & Longnecker, 2010; McCarthy, 2014; Perocchia et al., 2010; Thorne et al., 2013). Além disso, virtudes como a comunicação sincera e honesta norteiam os princípios da bioética e são consideradas de grande valor no caráter dos profissionais da área da saúde (Beauchamp & Childress, 2002; Franco, 2006).

Por outro lado, a análise de conteúdo demonstrou que o cuidado referido pelos entrevistados em prover os pacientes de informações claras e completas não vem aparentemente acompanhado de uma preocupação sobre a forma como comunicá-las. Os profissionais parecem comunicar-se de forma intuitiva. Nesse sentido, dificuldades de compreensão do paciente (ex. grau de ansiedade, níveis de defesa utilizados, baixo conhecimento sobre termos técnicos do câncer, prejuízos cognitivos decorrentes da

medicação) podem prejudicar o objetivo do que foi informado e dificultar a comunicação, por mais interesse que estes profissionais possam ter em comunicar efetivamente as informações. Para que a comunicação se configure enquanto processo é necessário que o profissional certifique-se, por exemplo, de que o paciente realmente compreendeu o que lhe foi comunicado (Bourquin et al., 2014). As falhas na comunicação devido a não compreensão do paciente do que lhe foi dito pode ser um fator importante para as dificuldades de adesão ao tratamento por parte do paciente (Albuquerque & Araújo, 2011; Pinheiro, 2012)

De fato, quando compreendida como um processo mais amplo, a comunicação facilita a entrega do cuidado verdadeiro que abarca as complexas necessidades do paciente com câncer e eleva seus níveis de satisfação e bem estar (Geovanini & Braz, 2013; Hennezel & Leloup, 2005). Através da análise de conteúdo, parece que os profissionais entrevistados têm buscado se alinhar às demandas impostas por um paciente que apresenta um perfil mais ativo e consciente de seu quadro clínico. Diante disso, intui-se que esses profissionais evitam atitudes paternalistas como àquelas exercidas pelo médico no século passado (ex. proteger o paciente das más notícias, comunicar-se apenas com a família, tomar decisões pelo paciente) que em nada contribuíam para uma visão integrada das necessidades do doente (Albuquerque & Araújo, 2011; Silva et al., 2011). Sabe-se que tais atitudes posicionavam o paciente como um indivíduo passivo frente à direção de sua própria vida (Perocchia et al., 2010; Pinheiro, 2012).

De forma comum, as entrevistas revelaram ainda que os profissionais relacionaram a provisão de informações técnicas com a sensação de sentimento de segurança do paciente. Eles parecem acreditar que o paciente bem informado, sente-se compreendido e seguro em suas necessidades. Apesar disso, pesquisas recentes evidenciam que a informação por si só não abarca as demandas do paciente que a recebe (Geovanini & Braz, 2013; Pinheiro, 2012; Porto et al., 2014; Rennó et al., 2014). Nesse sentido, após o repasse de informações técnicas, mostra-se importante, por exemplo, que seja oferecido ao paciente um espaço propício para a verbalização de ansiedades, dúvidas e receios. Assim, a comunicação pode estabelecer-se como uma via de mão dupla. Preocupar-se com possíveis dúvidas sobre o que foi transmitido ao paciente e com seus medos decorrentes do tratamento; atentar-se a fantasias relacionadas à imagem corporal e a possíveis dificuldades na comunicação do paciente com sua família, podem ser exemplos práticos de ações desses profissionais que ampliam o conceito da comunicação.

Outro ponto que merece reflexão a partir da análise das entrevistas refere-se ao fato de que, embora pareça consenso entre os entrevistados que o paciente deve estar ciente da

doença que o acomete, de seu tratamento e possível evolução, nem todos os pacientes podem sentir-se aptos a receber tais informações de modo objetivo (Beauchamp & Childress, 2002; Franco, 2006). Seja pelo momento em que se encontram no tratamento, seja pela realidade de seus prognósticos, seja por características de personalidade ou mesmo por dificuldades de compreensão da linguagem médica. Isso faz com que a comunicação estabelecida entre profissional-paciente necessite ser diferente entre um paciente que tem condição psíquica e disposição para recebê-las, daquele que não as têm (Ferreira, Souza, Assis, & Ribeiro, 2014). Neste contexto, Bion (1967/1994) afirmou que o indivíduo pode, por vezes, sentir que lhe falta uma capacidade para buscar a verdade, seja para ouvi-la, seja para encontrá-la, seja para comunicá-la, seja para desejá-la.

Cabe aos profissionais da saúde compreender o *quantum* de informação técnica o paciente está apto a receber, qual o momento apropriado para o repasse destas informações e de que forma o paciente conseguiria mais facilmente elaborá-las (Dean & Steer, 2014; Perocchia et al., 2010). A análise de conteúdo demonstrou que alguns dos profissionais destacaram a importância de saber interpretar as informações que o paciente consegue ouvir. Para a garantia de um cuidado integral e eficaz, o profissional deve possuir a capacidade de reconhecer o limiar de tolerância no *input* de informações técnicas aos seus pacientes (Hagerty et al., 2005). Nesse sentido, espera-se que profissionais sensíveis consigam oferecer espaços de silêncios entre as falas, ajudando-os a construir pensamentos e formular perguntas. E, se necessário for, repetir as informações dadas em diferentes momentos. Os próprios questionamentos dos pacientes durante as interações com seus profissionais podem servir de norte para esta comunicação. A Psicanálise atenta para o fato de que um cuidador invasivo, que não mede o nível de cuidado oferecido, não facilita aquele que sofre a desenvolver-se frente às vicissitudes da vida. A ânsia por um cuidado excessivo coloca o cuidador no extremo oposto àquele que o negligencia. Por outro lado, os opostos para a Psicanálise, são igualmente nocivos à mente do indivíduo que demanda cuidados (Ferro, 2011; Winnicott, 1958/1983).

Além disso, a compreensão psicanalítica pode estabelecer uma comparação entre a função materna e a capacidade de comunicação genuína entre profissional-paciente, pois envolve um indivíduo que deve estar apto a cuidar e um outro que necessita ser cuidado (Campos, 2005). Desta forma, a análise de conteúdo demonstrou que os profissionais entrevistados referiram conseguir oferecer seus cuidados técnicos e nomeá-los aos seus pacientes. Assim como para a Psicanálise, a mãe/cuidador deve, além de conseguir realizar as tarefas básicas com seu bebê/paciente, como trocá-lo, banhá-lo, vesti-lo, medicá-lo, deve

também nomear e apresentar para ele as suas ações (Bion, 1967/1994; Bion, 1970/2007). Contudo, a mãe/cuidador “tarefeira”, que se preocupa exclusivamente em executar as ações de cuidado, exclui momentos essenciais para a satisfação dos aspectos emocionais do seu filho. O colo, o toque, o riso, a música e a brincadeira, mostram-se atividades de alta significância para o bem estar emocional e complementar às tarefas de rotina. Por isso, os profissionais desse estudo, podem estar atentos a oferecer experiências de cuidado que vão além das ações técnicas específicas. Atitudes que envolvam aspectos afetivos, como o interesse pelos valores do paciente, momentos de descontração e humor em meio a consultas difíceis, podem ser contempladas por essa equipe de profissionais. Ademais, parece ser necessário buscar decodificar o que o paciente sente ou como recebe aquilo que lhe está sendo oferecido (Beltrami, Moraes, & Souza, 2014; Bion, 1967/1994). Embora bem esclarecidos quanto ao seu estado de saúde, é possível que os pacientes, sintam medos, anseios, fantasias e emoções que podem vir à tona, principalmente pela possibilidade ou iminência da morte, sensação fortemente entrelaçada ao diagnóstico de câncer.

Comunicação Técnica com Suporte Emocional

A análise de conteúdo das entrevistas revelou que a categoria comunicação técnica com suporte emocional, compreendia temas em comum, os quais serão discutidos: empatia; provisão de esperança e escuta ativa. Esses aspectos estavam aliados à provisão de informação técnica.

Categoria	Vinheta
Comunicação Técnica Profissional- Paciente com Suporte Emocional	<i>“Acho que a partir daí, sabe? Do acolhimento e da conversa, da transmissão da confiança, do encorajamento, né? Tu vai estar encorajando ele a fazer o tratamento, tu vai estar depositando confiança, de que as coisas vão dar certo e que as coisas vão ser feitas da melhor forma possível. É a partir desses momentos é que se cria o vínculo”.</i> (7)
	<i>“Quando eles veem que a gente está disponível pra ouvir, seja lá o que for, aí eles conseguem confiar na gente, né? Entregar suas coisas, suas falas, seus sentimentos e situações para nós, como equipe... e é assim que a gente consegue ter um vínculo bom”.</i> (11)
	<i>“Tu tem que aprender a ouvir, ouvir o paciente e passar a ideia de que o que eles estão falando é importante pra ti também, que tu entende o que ele está sentindo”.</i> (10)
	<i>“O que a gente tenta fazer aqui é dar o máximo de atenção para eles.</i>

Comunicação Técnica Profissional- Paciente com Suporte Emocional	<p><i>Escutar muito o paciente, ver quais são as suas ansiedades, medos... então eu tenho que escutar muito o paciente, mesmo que for uma coisa simples, ou uma coisa irrelevante, ou não apenas relacionada diretamente à doença”.(1)</i></p>
	<p><i>“A gente conversa muito com o paciente, né? Nesse caso, desse paciente, não era só uma questão de sintoma. Era uma questão de estímulo também, sabe: ‘não, olha só, falta só mais um ciclo, vamos lá...’ Às vezes é isso que ele quer escutar, um conforto”.(9)</i></p>
	<p><i>“Acho que a gente corre o risco de perder o paciente se não tiver um constante contato, né? Contato, indo atrás pra saber: o que está acontecendo contigo? Como é que estão indo as coisas? Tá indo tudo bem, não tá? Se não, se a gente vai no automático: vai lá, aplica a quimio, orienta e ele vai embora. Tá tudo bem, já fiz meu trabalho, né? Mas tu não fica sabendo o que tem por trás. Às vezes tu precisa de ter um tempo maior com aquele paciente para ele poder se expor, se abrir, enfim, falar dos problemas, né? A comunicação com ele, essa é a questão”.(6)</i></p>
	<p><i>“Como profissional, naquele momento em que tu está ali com o paciente, tu tem que escutar, decodificar o que ele esta te falando e responder de uma forma que ele perceba que tu se interessou de verdade por aquilo que ele falou. Tu entende? É isso que eu acho que muitas vezes eles reclamam, que eles falam e não são ouvidos”.(13)</i></p>
	<p><i>“Eles tem que se sentir importantes, ouvidos. Eles tem que sentir que estão sendo atendidos. Aí diminui a ansiedade e às vezes até a dor. Porque a dor não é só uma dor física, às vezes a dor é psicológica, tu entende? Sempre digo pros meus funcionários: “Vocês não precisam se envolver emocionalmente, mas estejam realmente escutando na hora em que eles estiverem falando”.(5)</i></p>
	<p><i>“Muito do que eu vejo deles terem a confiança, se sentirem bem, é isso... Tu saber um pouco além, da vida deles mesmo. Eu procuro sempre saber, não falar só da doença. Saber um pouco das relações deles, da família... No geral eu sei e sei até o nome dos cachorros”.(3)</i></p>
	<p><i>“Vou conversando outras coisas, extras, da vida, com eles. Porque eu gosto também de saber, para entender aquele paciente. Agora, todos que estão aqui, ficam um mês internados, cada um deles. Então, eu não posso ser só uma operadora: fazer quimio e ver resultados de exames”.(8)</i></p>
	<p><i>“Quando tu chega ali tu fala: ‘Olha, como é que tem passado? Como é que tá acontecendo? O que a gente pode fazer para te ajudar?’, eu acho que é isso que aproxima, é o que chama, o que faz o diferente, é o diferencial para o paciente”.(12)</i></p>
	<p><i>“Se a gente consegue ter uma equipe organizada, que vá acolher bem esse paciente, que vá ouvir o paciente e que saiba o que vai falar pra ele, eu acho que o paciente se sente muito melhor, bem mais acolhido, com mais coragem pra tomar decisões, pra entender melhor, pra enfrentar melhor o que vai vir pela frente”.(11)</i></p>

	<p><i>“Tu tem que escutar o que eles têm para dizer. Tu não pode simplesmente ir ali, fazer o teu trabalho técnico e ir embora. Tu precisa dar atenção para eles, eles precisam de atenção dos profissionais”.</i>(14)</p>
--	--

Os trechos analisados nesta categoria de comunicação revelam que além da provisão de informação técnica, havia preocupação dos profissionais com aspectos emocionais do paciente (ex. perguntas sobre a vida pessoal, sobre as ansiedades atuais, interesse genuíno pela sua fala e pelo seu sofrimento). Os profissionais destacaram a importância da oferta de suporte emocional ao paciente. Nesta percepção, relataram ser necessário oferecer espaços para conhecer o paciente, nos quais é possível revelar o interesse por ele e identificar suas reais necessidades. De fato, vêm sendo desenvolvidas abordagens que se caracterizam por uma visão global das demandas do paciente com câncer. Nessa perspectiva, a comunicação alia informações sobre aspectos clínicos à provisão de uma atenção especial aos fatores psicossociais do paciente (seus interesses, valores, relacionamentos, crenças espirituais, etc.). Essa abordagem tem sido chamada de “biografia do paciente” e visa uma compreensão ampla e integral de suas necessidades (Aitini, Adami, & Cetto, 2010).

Além disso, o interesse genuíno pelo paciente e por sua história de vida favorece a empatia. A empatia relaciona-se à capacidade de se colocar no lugar do outro. Desta forma, é possível imaginar o sofrimento da outra pessoa e, após, sair deste lugar, para então poder ajudá-lo. Profissionais empáticos entendem melhor a doença, pois conseguem partir da perspectiva do paciente para identificar suas necessidades. Essa postura favorece efeitos positivos ao tratamento, como por exemplo, maior adesão às condutas terapêuticas e maior satisfação do paciente (Barros, Falcone, & Pinho, 2011; Formozo et al., 2012; Sampaio, Camino, & Roazzi, 2009).

Para efetivar a postura empática, faz-se necessário a presença de três componentes, sendo eles: componente cognitivo que se relaciona à capacidade de identificar e considerar, sem julgamentos, a perspectiva e os sentimentos do outro; componente afetivo, que pode ser identificado pela presença de sentimentos de compaixão e de preocupação genuína com o bem-estar daquele que necessita de cuidado e, por fim, o componente comportamental que se traduz na transmissão do reconhecimento explícito do que foi entendido (Barros et al., 2011; Decety & Jackson, 2006). Esses três elementos, quando bem empregados, proporcionam à pessoa-alvo a sensação de ter sido verdadeiramente compreendida e acolhida.

Nesse sentido, a capacidade empática pode ser uma ferramenta eficaz para abarcar as demandas dos pacientes. Na análise dos dados, observou-se que a equipe comunicava-se

empaticamente com seus pacientes, porém, de modo aparentemente intuitivo. Contudo, existem evidências robustas na literatura de que habilidades comunicacionais podem ser treinadas (Barth & Lannen, 2011; Bourquin et al., 2014; Brundage, Feldman-Stewart, & Tishelman, 2010; Lino et al., 2011; Venetis et al., 2009). Profissionais experientes, com maior tempo de trabalho na área, não são necessariamente os mais hábeis na comunicação com seus pacientes. A aquisição de habilidades de comunicação está altamente associada com a capacitação adequada dos profissionais (Fallowfield et al., 2002). O treinamento em habilidades de comunicação pode ser útil para garantir o cuidado integral e ampliar a efetividade do tratamento.

Outra qualidade destacada pelos entrevistados e que se relaciona à capacidade empática, diz respeito à escuta ativa. A escuta ativa envolve o uso terapêutico do silêncio entre uma fala e outra, a emissão de sinais faciais que demonstrem interesse no que está sendo dito pelo paciente (p. ex.: contato visual constante, sinais positivos de cabeça, etc.), aproximação física e orientação do corpo voltado para a pessoa, além do uso de expressões verbais curtas que encorajem a continuidade da fala (p. ex.: continue, estou lhe ouvindo, etc.) (Araújo & Silva, 2012; Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012). Isso possibilita a sensação do paciente em estar sendo verdadeiramente escutado e compreendido, favorecendo o fortalecimento do vínculo entre profissional-paciente (Lelorain et al., 2012; Stefanelli, 2005). Nesse sentido, a análise de conteúdo revelou que os profissionais também se preocupavam com a comunicação, além da forma verbal de expressão. A postura empática e a escuta ativa estavam muitas vezes presentes em seus relatos e pareciam fazer parte, em diversos momentos, de suas práticas com os pacientes. Havia preocupação dos profissionais de que os pacientes se sentissem verdadeiramente ouvidos e atendidos e que percebessem que os profissionais se interessavam por eles. Tudo o que é comunicado de outras maneiras, que não apenas expresso em palavras, impacta na relação profissional-paciente (Araújo & Silva, 2012).

Nesse contexto, a Psicanálise acredita que o relacionar-se e o comunicar-se significativos são silenciosos. Os atos de confiabilidade humana estabelecem uma forma de se comunicar anterior ao momento em que a fala signifique qualquer coisa (Barone, 2012). Assim, os reconhecidos conceitos winnicottianos de *handling* e *holding*, agregam sentido a essa discussão, pois se referem ao desejo de estabelecer uma forma de comunicação genuína não necessariamente verbal, porém fecunda entre aquele que cuida e aquele que sofre. O conceito de *handling* relaciona-se a forma de comunicação primitiva de manipulação do corpo daquele que necessita de cuidados (Winnicott, 1958/1983). Sabe-se que ao longo do

tratamento oncológico, o paciente precisará ser inúmeras vezes manipulado. Métodos invasivos sejam eles exames, instalação de medicações, procedimentos clínicos ou cirúrgicos e momentos de higiene, fazem parte da rotina do enfermo. Nessas ocasiões, o paciente se vê a mercê de sua própria vulnerabilidade e dependente da manipulação de outrem. O contato corporal firme, porém afetivo, atento e cuidadoso do profissional, oferece um manejo sensível àquele que sofre e acarreta em uma forma de comunicação que indica, sem palavras, ao paciente, que ele está sendo cuidado. Agregando valor a esta reflexão, o termo *holding* abarca, para a Psicanálise, a ação de segurar ou sustentar aquele que necessita estar fisicamente seguro, contido e psicologicamente acolhido para enfrentar suas dores (Barone, 2012; Winnicott, 1958/2000). Assim, a maneira como o profissional oferece o cuidado através do olhar, da expressão facial, do som e tom de sua voz, cria uma forma de comunicação que é anterior à compreensão da fala (Telles, Sei, & Arruda, 2010; Winnicott, 1970/1999).

Outro fator importante que emergiu da análise de conteúdo refere-se à provisão de esperança. Na percepção dos profissionais, dar esperança e encorajar o paciente favorecem o vínculo e a adesão ao tratamento. Contudo, deve-se atentar ao fato de que prover o paciente de esperança não se relaciona com a comunicação de boas notícias. O fornecimento de esperança ao paciente com câncer foi apontado por Hagerty et al. (2005) como: oferecer a terapêutica mais moderna, demonstrar muito conhecimento sobre o câncer do paciente e dizer que haveria controle da dor. Essas informações foram observadas no estudo dos autores com 126 pacientes com câncer metastático incurável, atendidos por 30 oncologistas diferentes. Além disso, o estudo demonstrou que os pacientes, ao discutirem o prognóstico com seus médicos, desejavam que o médico fosse realista, fornecesse um espaço para perguntas e que os reconhecesse como indivíduos. Essas características propiciavam ao paciente a sensação de ter esperança. Outro estudo relacionado a esta mesma temática demonstrou que a comunicação honesta dos profissionais a respeito do prognóstico do paciente, mesmo quando este não era positivo, estavam altamente ligadas ao sentimento de esperança (Mack & Smith, 2012). O que de fato tira a possibilidade de esperança do paciente relaciona-se ao não estabelecimento de uma comunicação verdadeira entre profissional-paciente (Hagerty et al., 2005; Mack & Smith, 2012).

Diante disso, a comunicação torna-se um desafio, pois implica em satisfazer as necessidades de informação do paciente, fornecer esperança, mas não prover expectativas irrealistas. Em síntese, a discussão dessa categoria de comunicação demonstrou que o cuidado entre aquilo que é falado e aquilo que é manifesto sem palavras, aliando o manejo físico e psíquico sensível dos cuidadores, oportuniza ao paciente a sensação de estar sendo sustentado

e cuidado. Tais qualidades, quando associadas a momentos de comunicação voltados diretamente para aspectos da doença em si, mesmo que relacionado a más notícias, aproxima o trabalho oferecido pelos profissionais de uma forma de cuidado integral. É neste contexto que se insere a comunicação técnica com suporte emocional.

Comunicação Insuficiente

A análise de conteúdo revelou que a categoria de comunicação insuficiente também compreendia temas em consonância, tais quais: informação técnica incompleta; comunicação entre profissionais e dificuldades na comunicação médico-paciente. Esses temas serão discutidos a seguir.

Categoria	Vinhetas
Comunicação Profissional-Pacientes Insuficiente	<i>“Se o paciente vem aqui e tu não explica nada para ele, simplesmente tu punciona uma veia, coloca um remédio e: ‘agora o senhor já pode ir embora’, não explicou absolutamente nada, né? Com certeza vai ser muito mais difícil de ele entender, aderir ao tratamento. E isso os pacientes, às vezes, falam: ‘Ah, mas isso ninguém nunca me falou, se não eu tinha feito diferente’, né?”.(8)</i>
	<i>“Frequentemente os pacientes tem dificuldades de comunicar coisas que eles não entendem como relevante. Por exemplo: ‘O senhor toma algum remédio?’ ‘Não, nenhum.’ ‘Tá bom.’ E dai quando ta indo embora: ‘Doutor, eu só precisava da minha receita do Diazepam’, ‘Ah, então o senhor toma remédio?’, ‘Ah sim, tomo’. ‘Só o Diazepam?’ ‘Sim, sim... E podia me pedir mais um exame para ver como ta a diabete, doutor?’ ‘Ah, então o senhor toma pra Diabetes?’ ‘Também tomo.’ Poxa, então toma um monte de medicamentos, mesmo que eu tenha perguntado e ele tenha me dito que não”.(4)</i>
	<i>“Mas eles se sentem mais a vontade de perguntar as coisas pra gente. Porque muitas vezes o médico sai de um quarto e eles já vem perguntar: ‘Ah, eu não entendi tal coisa’ sabe? O paciente quer entender, saber o que ele (médico) quis dizer”.(14)</i>
	<i>“Às vezes, eu fico ali disponível, 30 minutos para ouvir todas as queixas e preocupações. E aí eu viro as costas, e eles fazem a queixa para qualquer um que aparece. De alguma coisa da química, ou alguma dúvida que eles têm. Eles vão perguntar ou para a equipe de enfermagem, ou até para os fisioterapeutas, psicólogos e para mim não perguntaram. Porque eu acho que, às vezes, mesmo eu sendo disponível, eles acham que se eles ficarem perguntando muito, eu não vou gostar, né?”. (1)</i>
	<i>“Muitas vezes o médico vai e fala, mas eles ficam tão impressionados e também</i>

	<p><i>muitas vezes o médico não tem aquele tato de falar de uma forma que se faça entender, a calma... Muitas vezes eles não trocam os termos e a pessoa fica boiando, sem saber o que é”.(5)</i></p>
	<p><i>“Ele quer saber o que tá se passando. E é importante que a equipe caminhe pro mesmo lado, né? Porque se entra uma pessoa e fala uma informação, ou se entra outra e fala outra... Isso acaba confundindo o paciente, que está ali ansioso por uma resposta. Ele acaba se perdendo, ficando confuso né, muito confuso”.(10)</i></p>
	<p><i>“Se o paciente é atendido por cinco áreas diferentes e cada área fala uma linguagem com ele, ele fica confuso e perde a confiança”.(13)</i></p>

A análise de conteúdo demonstrou que, por vezes, a comunicação profissional-paciente não alcança efetividade na percepção dos próprios profissionais. Apesar da clara intenção do profissional em comunicar as informações técnicas ao paciente, algo falha nesse processo e o profissional e/ou paciente não compreende o que foi comunicado. Segundo os relatos dos profissionais, estes devem estar atentos em informar o paciente a respeito de sua saúde de modo que ele entenda o que lhe foi passado. A comunicação insuficiente é prejudicial à relação profissional-paciente em oncologia. Em contrapartida, profissionais sensíveis à entrega de informações compreensíveis ao paciente promovem um relacionamento interpessoal profissional-paciente positivo (Ferreira et al., 2014; Mazor et al., 2013). Porém, apesar dessa preocupação relatada pelos profissionais, intui-se que, em alguns momentos, eles não parecem conseguir identificar o que falha na comunicação onde o paciente não entende as perguntas do profissional e, por vezes, necessita recorrer a terceiros para complementar a comunicação.

Além disso, existe a intenção por parte dos profissionais entrevistados em não ser uma equipe apenas rotineira, que faz seu trabalho sem prover o paciente de informações técnicas a respeito da doença. Isso retoma a discussão da importância de favorecer uma postura ativa aos pacientes e, por outro lado, do *quantum* de informação técnica o paciente está apto a receber e qual a forma que o profissional deve se comunicar para que o paciente entenda o que lhe foi dito (Albuquerque & Araújo, 2011; Thorne et al., 2013). Do contrário, sem entender o que lhe foi comunicado, dificilmente o paciente conseguirá estabelecer, por sua vez, um processo verdadeiro de comunicação. Esse fato pode gerar dificuldades na relação profissional-paciente, ocasionando, por exemplo, ausência de informação à equipe de saúde sobre assuntos que seriam considerados relevantes para os profissionais (ex. quais medicações estão tomando e o que estão sentindo como efeitos adversos).

De outra forma, os entrevistados demonstram perceber a importância de estabelecer um nível ótimo de comunicação entre os próprios profissionais para que a entrega das informações faça sentido ao paciente. De fato, a possibilidade de se trabalhar entre profissionais que conseguem se comunicar efetivamente em prol do paciente, reflete na sensação de cuidado sentida por este (Silva & Hahn, 2012). Os profissionais relataram que a comunicação insuficiente entre a equipe de profissionais acarretava ao paciente ansiedade, confusão e desconfiança. Esta preocupação gera uma reflexão sobre as diferenças entre o trabalho multi e interdisciplinar. Trabalhar com diversos profissionais é diferente do que se trabalhar em equipe. Na prática multiprofissional, existe apenas o encaminhamento ou a troca de informação sobre o paciente em comum, sem uma aparente necessidade de trabalho em conjunto (Thorne et al., 2013). Isso amplia o risco de fragmentar o olhar sobre o paciente, bem como, a comunicação estabelecida pode ser incapaz de atender a objetivos comuns desta díade (Matos & Pires, 2009). Já equipes de saúde que trabalham de forma interdisciplinar estabelecem uma perspectiva mais integrada, enxergam de forma ampla as necessidades dos pacientes e se comunicam melhor. Por consequência, o cuidado interdisciplinar propicia a maior aderência do paciente ao tratamento (Matos, Pires, & Ramos, 2010; Silva & Hahn, 2012).

Com isto, na percepção dos profissionais entrevistados, “falar a mesma língua” ajudava a coibir o repasse distorcido de informações e a aumentar o sentimento de segurança do paciente. Ao trabalhar de forma isolada, as chances de falhas e ruídos na comunicação ampliam-se. A partir disso, é possível realizar um paralelo com o conceito criado pela Psicanálise, da *confusão de línguas* (Ferenczi, 1933/2011). A confusão de línguas explica o sofrimento de um indivíduo que experiencia um evento fortemente impactante em sua vida e que não encontra um outro capaz de validar sua língua e de, a partir disso, se comunicar efetivamente com ele. Isso impossibilita a resignificação da experiência ruim. Pelo contrário, o indivíduo que sofre se depara com um cuidador que fala outra língua em cima da sua. Ambos sentem-se como estrangeiros entre si (Osimo & Kupermann, 2012; Kezen, 2010). A confusão de línguas se encontra no campo do traumático e, portanto, terrorífico para o psiquismo daquele que sofre (Ferenczi, 1933/2011).

Nesse sentido, o paciente com câncer necessita de um profissional, e, mais além, de uma equipe que consiga se comunicar de maneira legítima. E que, na perspectiva psicanalítica, receba o paciente como um estrangeiro, que pouco ou nada sabe a respeito da nova linguagem que lhe será apresentada e que cerca a oncologia. Esses profissionais devem estar atentos e disponíveis à tradução da nova língua, para que aos poucos, o paciente possa

diminuir a sensação de confusão frente ao desconhecido. Sendo assim, profissionais que compartilham experiências, conhecimentos e trabalham de forma integrada, atingem uma forma mais efetiva de se comunicar com seus pacientes (Matos, Pires, & Ramos, 2010). Esta proposta de trabalho, propõe elos de ligação entre os profissionais, capazes de agregar ações pautadas na alta qualidade do cuidado oferecido (Alcantara, Sant'Ana, & Souza, 2013).

Para este alcance, os profissionais podem criar espaços durante a rotina de trabalho para que haja a integração efetiva da comunicação entre si. *Rounds* interdisciplinares e reuniões de discussão de casos clínicos, por exemplo, devem ser ações validadas e sistematizadas no dia-a-dia da equipe, para facilitar a comunicação entre eles e, conseqüentemente, com o paciente. A análise de conteúdo demonstra que momentos como estes parecem ser prática desta equipe, o que favorece o cuidado integral, além de legitimar a importância dos diferentes saberes. Apesar disso, as entrevistas demonstram que nem sempre o que é comunicado entre os profissionais é traduzido e compreendido pelo paciente de forma clara. Essa aparente incongruência, entre a preocupação em estabelecer uma comunicação efetiva entre profissional-paciente e profissional-profissional em prol do paciente e, a existência, por vezes, da comunicação insuficiente entre eles, pode ocorrer por falta de treinamentos científicos e capacitação desta equipe para desenvolver habilidades constantes de se comunicar em oncologia.

Outro ponto de reflexão merece destaque. A análise de conteúdo chama a atenção para o fato de que os profissionais referiram dificuldades principalmente no que tange à comunicação médico-paciente. Por vezes, o médico dizia mostrar-se disponível e aberto à comunicação sobre as demandas do paciente. Essa conduta fica clara, na medida em que referiram dispendir tempo para se comunicar e levar resultados de exames para discutir com o paciente. Apesar disso, os relatos sobre a comunicação insuficiente demonstram que em certos momentos, o paciente não consegue tirar suas dúvidas com este profissional. Por vezes, após a conversa com o médico, o paciente procurava pelos demais membros da equipe na tentativa de sanar seus questionamentos. Com isso, pode-se refletir sobre as possíveis fantasias que o paciente possa ter em relação à profissão médica. Em alguns momentos, a figura do médico pode ser vista como sendo o detentor máximo do saber e que, por isso, se encontra distante e posicionado de forma assimétrica em relação ao enfermo (Ferreira et al., 2014). Pode-se intuir que pacientes leigos ou com características mais passivas e inseguros podem não se sentir autorizados para questionar os profissionais que lhe cuidam, de maneira especial, o médico.

Porém, se em alguns momentos o médico pareceu disponível e aberto à comunicação efetiva com seu paciente, por outro lado, em outros momentos, o médico pareceu adotar uma

postura distante, comunicando-se com termos técnicos, de difícil compreensão ao paciente. Nesse sentido, questões referentes à onipotência destes profissionais podem ser discutidas (Ferreira et al., 2014). Trata-se de profissionais que lidam diariamente com a iminência da morte e com a morte real, mesmo que a do outro e com todas as consequências que ela acarreta. Além disso, muitos deles são portadores corriqueiros de más notícias. Neste contexto, ao buscar aporte na Psicanálise, compreende-se que possíveis formas de proteção emocional podem ser utilizadas pelos médicos, bem como pelos demais profissionais da saúde. É visto que a racionalização e a intelectualização são mecanismos comuns de defesa (Bergeret, 1988). E no âmbito da saúde, estes mecanismos podem possuir um significado de manutenção do equilíbrio emocional dos profissionais que são expostos diariamente a situações de significativo estresse (Maia & Castro, 2014; Morais et al., 2013). Entretanto, o uso de tais mecanismos pode “blindar” emocionalmente a equipe que provê o cuidado, tornando-os mais “distantes afetivamente” e aparentemente seguros frente àqueles que sofrem e frente a si próprios (Gambatto, Carli, Guarienti, Silva, & Prado, 2006; Maia & Castro, 2014). A possível onipotência do profissional da saúde frente às demandas emocionais do paciente liga-se à posição narcísica do indivíduo e designa uma perspectiva limitada de relacionamento e de formação de vínculo. Dessa forma, o profissional pode empregá-la em seu dia-a-dia como forma de negação e não reconhecimento de verdades penosas.

Trabalhar diariamente com o sofrimento do outro pode levar os profissionais a buscarem esta posição onipotente, na tentativa de se defenderem do próprio sofrimento (Ferreira et al., 2014; Silva et al., 2011). Muitas vezes, a impossibilidade da cura e a morte real dos pacientes, podem representar uma agressão narcísica aos profissionais oncológicos (Chiozza, 2001; Schavelzon, 2004; Vidal y Benito 2010). Um ataque ao amor próprio, que pode ser sentido como destruidor da cota de onipotência e lesivo para a estrutura psíquica do cuidador (Schavelzon, 2004). Se ignorado, este fato pode levar a consequências no atendimento profissional-paciente e prejudicar significativamente o estabelecimento de uma comunicação efetiva. Porém, se tais mecanismos não forem utilizados de forma única e rígida, não podem ser considerados patológicos, pois protegem aquele que cuida (Fadiman & Frager, 1986; Freud, 1946/1986). Sendo assim, é importante avaliar se os profissionais deste estudo utilizam tais mecanismos de forma saudável, protetora e não alienante. E se, em outros momentos, conseguem aceitar e suportar a carga emocional advinda destes pacientes.

Conclusão

O presente estudo investigou a comunicação profissional-paciente em oncologia, na percepção dos profissionais da saúde. A utilização da Psicanálise como base para a compreensão do fenômeno é um diferencial deste trabalho, uma vez que a aplicação de conceitos psicanalíticos para o entendimento de fenômenos empíricos no âmbito hospitalar é uma abordagem inovadora e desafiante. Além disso, outro diferencial proposto por este estudo relaciona-se à visão da equipe de diferentes profissionais na comunicação com o paciente com câncer. A literatura disponível atualmente abarca quase que exclusivamente a relação médico-paciente e/ou enfermeiro-paciente.

Os resultados deste estudo levam à conclusão de que os profissionais estão preocupados com a comunicação com seu paciente. Porém, parecem agir de uma maneira ainda intuitiva. Em alguns momentos, os profissionais conseguem se comunicar de forma efetiva e oferecer suporte emocional aos pacientes, enquanto em outros apenas se comunicam de forma técnica e, por vezes, não conseguem ser efetivos. De qualquer forma, parece que a qualidade e aptidão para comunicação, quando existente nessa equipe de profissionais, não decorre de um treinamento específico em comunicação baseado em evidências e que proporcione um alcance ainda maior na comunicação efetiva profissional-paciente. Os profissionais parecem comunicar-se a partir de suas próprias experiências, de suas capacidades empáticas e de reflexões sobre o seu papel de cuidador. Para o estabelecimento de uma melhor na comunicação nesta área, sugere-se o treinamento de habilidades de comunicação, incluindo o suporte emocional aos pacientes com câncer.

Embora tenha atingido os objetivos propostos, o presente estudo possui algumas limitações que não invalidam os dados aqui apresentados. Por tratar-se de um estudo qualitativo, não tem a pretensão de generalizar os dados. O fato dos profissionais pertencerem a um hospital privado pode ser um fator limitante, uma vez que apresenta apenas uma parcela da realidade de pacientes em tratamento para o câncer. No entanto, os dados dão subsídios para compreender o fenômeno da comunicação de uma forma ampla e profunda. Apesar disso, o estudo é inovador no que tange à temática da comunicação em oncologia, ao ter a visão de diferentes profissionais da saúde sobre um mesmo fenômeno e por partir de um embasamento ancorado na Psicanálise.

O trabalho põe em evidência que o profissional da saúde, além da comunicação técnica, pode ser uma fonte de apoio emocional para o paciente, seja ele que profissão tiver. A comunicação entre profissional-paciente possui um papel importante na regulação das

emoções dos pacientes. Para isso, sugere-se que o profissional dê informações técnicas verdadeiras, faladas de forma clara, com linguagem simples e que respeite o desejo do paciente em aprofundá-las ou não. Repeti-las em diferentes momentos e verificar o nível de entendimento do paciente, além de abarcar perguntas sobre o sofrimento ou bem-estar emocional do enfermo, parece essencial para a entrega de um cuidado de qualidade.

Além disso, aspectos da comunicação não-verbal também devem ser contemplados na busca pela satisfação das demandas do paciente, tais quais: gestos que demonstrem compreensão e apoio empático (olhar atento, assentir com a cabeça, toque gentil), postura corporal (inclinarse em direção ao paciente, sentarse ao conversar com o paciente, evitar dividir a atenção entre a fala com o paciente e tarefas como digitar no computador ou escrever e olhar o relógio), respeitar o silêncio entre uma fala e outra, etc. Quando há falhas nesse processo de comunicação, embora o profissional perceba suas limitações, parece ter dificuldades para solucionar o problema. Dessa forma, destaca-se a necessidade de capacitação continuada e extensiva dos profissionais e o trabalho interdisciplinar para facilitar a comunicação efetiva entre profissional-paciente. Quando a equipe está bem treinada e integrada, as possíveis deficiências de um profissional podem ser amenizadas pela ação de outro. Nesse contexto, torna-se imprescindível a presença do psicólogo não apenas na atenção direta ao paciente, mas também para facilitar e integrar ações entre os profissionais.

Referências

- Aitini, E., Adami, F., & Cetto, G. L. (2010). End of life in cancer patients: drugs or words? *Annals of Oncology*, 21(5), 914-915. doi: 10.1093/annonc/mdq218
- Albuquerque, P. D. S. M. D., & Araújo, L. Z. S. D. (2011). Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 144-152. doi: 10.1590/S0104-42302011000200010
- Alcantara, L. S., Sant'Anna, J. L., & de Souza, M. D. G. N. (2013). Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no centro de tratamento intensivo oncológico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2507-2514. doi: 10.1590/S1413-81232013000900004
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 626-32. doi: 10.1590/S0080-62342012000300014

- Arbabi, M., Rozdar, A., Taher, M., Shirzad, M., Arjmand, M., Ansari, S., & Mohammadi, M. R. (2014). Patients' preference to hear cancer diagnosis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(1), 8-13. Retrieved from: <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/704/417>
- Barros, P. D. S., Falcone, E. M. D. O., & Pinho, V. D. D. (2011). Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 18(1), 36-43. Retrieved from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=645657&indexSearch=ID>
- Barone, K. C. (2012). Winnicott e a posição ética do analista. *Impulso*, 21(52), 75-86. doi: 10.15600/2236-9767/impulso.v21n52p75-86
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22, 1030–1040. doi: 10.1093/annonc/mdq441
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Loyola.
- Beltrami, L., Moraes, A. B. D., & Souza, A. P. R. D. (2014). Constitution of the experience of motherhood and infant development risk. *Revista CEFAC*, 16(6), 1828-1836. doi: 10.1590/1982-0216201421712
- Bergert, J. (1988). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bion, W. R. (1967/1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1970/2007). *Atenção e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bossoni, R. H. C., Stumm, E. M. F., Hildebrandt, L. M., & Loro, M. M. (2013). Câncer e Morte, um dilema para pacientes e familiares. *Revista Contexto & Saúde*, 9(17), 13-21. Retrieved from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1455/1211>
- Bourquin, C., Stiefel, F., Bernhard, J., Bianchi, M. G., Dietrich, L., Hürny, C., ..., Kiss, A. (2014). Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2611-2614. doi: 10.1007/s00520-014-2240-1

- Bouwman, M. W. (2011). A ética do cuidado na clínica psicanalítica. *Estudos de Psicanálise*, 36, 109-116. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372011000300010&script=sci_arttext
- Brundage, M. D., Feldman-Stewart, D., & Tishelman, C. (2010). How do interventions designed to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncologica*, 49(2), 136–143. doi: 10.3109/02841860903483684
- Campos, E. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Chiozza, L. (2001). *Una concepción psicoanalítica del cáncer*. Alianza Editorial: Buenos Aires.
- Cristo, L. M., & Araújo, T. C. (2011). Comunicação e oncologia: levantamento de estudos brasileiros. *Brasília Médica*, 48(1), 50-57. Retrieved from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=594890&indexSearch=ID>
- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 143–148. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.025
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A social neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 54-58. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x
- Diefenbach, M., Turner, G., Carpenter, K., Sheldon, L., Mustian, K., Gerend, M., ..., Miller, S. (2009). Cancer and patient-physician communication. *Journal of Health Communication*, 14(1), 57-65. doi: 10.1080/10810730902814079
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 358 – 363. doi: 10.1016/j.ejon.2010.08.001
- Fadiman, J., & Frager, R. (1986). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Harba.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07810-8

- Fang, S., Shi, W., Kong, N., & Shields, C. (2014). A preliminary variable selection based regression analysis for predicting patient satisfaction on physician-patient cancer prognosis communication. *Smart Health*, 8549, 171-180. doi: 10.1007/978-3-319-08416-9_18
- Ferenczi, S. (1933/2011). Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança: a linguagem da ternura e da paixão. In *Obras Completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferreira, D. C., Souza, I. D., Assis, C. R. S., & Ribeiro, M. S. (2014). A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 283-288.
- Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- Formozo, G. A., Oliveira, D. C., Costa, T. L., & Gomes, A. M. T. (2012). As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Revista Enfermagem da UERJ*, 20(1), 124-127. Retrieved from: www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006
- Franco, F. (2006). Humanização na saúde: uma questão de comunicação. In: Epstein I. (Org.). *A comunicação também cura na relação entre médico e paciente* (pp. 149-163). São Paulo: Angellara.
- Freire, M. E. M., Sawada, N. O., França, I. S. X., Costa, S. F. G., & Oliveira, C. D. B. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 357-367. doi: 10.1590/S0080-623420140000200022
- Freud, A. (1946/1986). O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gambatto, R., Carli, F. C. D., Guarienti, R. F., Silva, A. L. P. D., & Prado, A. B. (2006). Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicologia para América Latina*, 6. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005
- Garbin, H. B. R., Neto, A. D. F. P., & Guilam, M. C. R. (2008). A internet, o paciente expert e a prática médica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 579-588. doi: 10.1590/S1414-32832008000300010
- Geovanini, G., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. doi: 10.1590/S1983-80422013000300010

- Grinberg, M. (2010). Comunicação em oncologia e bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 376-377. doi: 10.1590/S0104-42302010000400001
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43. Retrieved from: <http://www.ochsnerjournal.org/doi/abs/10.1043/toj-09-0040.1>
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. A., Lobb, E. A., Pendlebury, S., Leighl, N., ... & Tattersall, M. H. (2004). Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *Journal of clinical oncology*, 22(9), 1721-1730. doi: 10.1200/JCO.2004.04.095
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Oxford: Open University Press.
- Hennezel, M., & Leloup, J. (2005). *A arte de morrer*. Petrópolis: Vozes.
- Houngaard, L., Augustussen, M., Moller, H., Bradley, S. K., & Moller, S. (2013). Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 1-7. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21089
- Kezem, J. (2010). Ferenczi e a psicanálise contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(2), 23-28.
- Klautau, P. (2014). As dores do Aurélio: reflexões sobre o uso da empatia como ferramenta clínica. *Polêmica*, 13(3), 1415-1427. Retrieved from: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/11673/9177>
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255-1264. doi: 10.1002/pon.2115
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57. doi: 10.1590/S0100-55022011000100008
- Maia, F. E., & Castro, C. H. A. (2014). Mecanismos de defesa frente à iminência de morte: um olhar do fisioterapeuta. *Catussaba*, 4(1), 33-45. Retrieved from: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/635>

- Mark, J. W., & Smith, T. J. (2012). Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *Journal of Clinical Oncology*, 30(22), 2715-2717. doi: 10.1200/JCO.2012.42.4564
- Matos, E., & Pires, D. E. P. (2009). Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto em Enfermagem*, 18(2), 338-346. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>
- Matos, E., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. D. S. (2010). Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(1), 59-67. Retrieved from: http://www.researchgate.net/publication/256530732_Expresses_da_Subjetividade_no_Trabalho_de_Equipes_Interdisciplinares_de_Sade
- Mazor, K. M., Beard, R. L., Alexander, G. L., Arora, N. K., Firreno, C., Gaglio, B.,..., Gallagher, T. H. (2013). Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2487-2495. doi: 10.1002/pon.3317
- McCarthy, B. (2014). Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 452-458. doi: 10.1016/j.ejon.2014.05.004
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. doi: 10.4067/S0034-98872010000800016
- Morais, I. S., Martins, A. S. P., Soares, É. O., Farias, E. A., Sampaio, D. D., & Carvalho, M. L. (2013). Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar*, 6(1), 96-104. Retrieved from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/13>
- Nicolucci, A. C., Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, V., & Paula, J. M. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Revista Rene*, 15(1), 132-140. doi: 10.15253/2175-6783.2014000100017
- Oliveira, L. P. (2009). *A comunicação de uma notícia: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares (dissertação)*. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.

- Osmo, A. & Kupermann, D. Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicol. estud.* [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 329-339. Doi: 1413-7372.
- Otani, M. & Barros, N. (2012) Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer. *Brasília Médica*, 9(4), 258-266. Retrieved from: http://www.ambr.org.br/wp-content/uploads/2014/07/258-266_BSBm_n49_4_Comunica%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Perocchia, R. S., Hodorowski, J. K., Williams, L. A., Kornfeld, J., Davis, N. L., Monroe, M., & Bright, M. A. (2010). Patient-centered communication in cancer care: the role of the NCI's cancer information service. *Jornal Cancer Education*, 26(1), 36-43. doi: 10.1007/s13187-010-0121-y
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 72-80. doi: 10.1590/S0080-62342003000100009
- Pinheiro, U. M. S. (2012). *Más notícias em oncologia: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros* (tese de doutorado). Universidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul.
- Porto, A., Thofehrn, M., Dal Pai, D., Amestoy, S., Arrieira, I. C., & Joner, L. (2014). Vision of professionals about your work in interdisciplinary home internation program of cancer: a Brazilian reality. *Avances en Enfermería*, 32(1), 72-79. doi: 10.15446/av.enferm.v32n1.46065
- Primo, W. Q. S. P. (2008). *A comunicação entre médicos e pacientes no diagnóstico, tratamento e prognóstico de câncer ginecológico ou mamário: análise bioética* (tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Prouty, C. D., Mazor, K. M., Greene, S. M, Roblin, D. W., Firmeno, C. L., Lemay, C. A.,..., Gallagher, T. H. (2014). Providers' perceptions of communication breakdowns in cancer care. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1122-1130. doi: 10.1007/s11606-014-2769-1
- Rennó, C. S. N., José, C., & Campos, G. (2014). Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 106-125. doi: 10.5935/1415-2762.20140009

- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29, 212-27. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021772002>
- Shavelzon, J. (2004). *Psiconcologia: principios teóricos y práxis para el siglo XXI*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Shields, C. G., Ziner, K. W., Bourff, S. A., Schilling, K., Zhao, Q., Monahan, P., ..., Champion, V. (2010). An intervention to improve communication between breast cancer survivors and their physicians. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(6), 610-629. doi: 10.1080/07347332.2010.516811
- Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A., ... & Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1457-1465. doi: 10.1590/S1413-81232011000700081.
- Silva, D. S. D., & Hahn, G. V. (2012). Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. *Caderno Pedagógico*, 9(2), 125-137.
- Sonobe, H. M., Buetto, L. S., & Zago, M. M. F. (2011). O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 342-8. Retrieved from: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832008000100011&script=sci_arttext
- Stefanelli, M. C. (2005). Estratégias de comunicação terapêutica. In M. C. Stefanelli & E. C. Carvalho (Org.). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 73-104). Barueri: Manole.
- Telles, J. C. C. P., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2010). Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*, 33, 109-122. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115021494010>
- Thorne, S., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2013). Communicating shared decision making: cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 291-296. doi: 10.1016/j.pec.2012.02.018
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus group. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042

- Venetis, M., Robinson, J. D., Turkiewicz, K. L., & Allen, M. (2009). An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 379–383. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.015
- Vidal y Benito, M. C. (2010). *La relacion medico paciente: bases para una comunicacion a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Winnicott, D. W. (1958/1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1958/2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1963/1990). *Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites*. In: *The maturational process and the facilitating environment* (pp. 179-192). London: Karnac Books.
- Winnicott, D.W. (1970/1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Considerações Finais da Dissertação

O presente estudo permitiu a compreensão e o aprofundamento da comunicação profissional-paciente em oncologia. As limitações desse trabalho estão relacionadas a não generalização dos dados. Neste estudo, o centro de tratamento oncológico onde foi realizada a pesquisa é referência em tratamento de câncer no Sul do país. Os profissionais que colaboraram com seus relatos faziam parte de uma equipe experiente e, em sua grande maioria, com muitos anos de atuação clínica. Além disso, o estudo foi conduzido em um contexto privado de saúde. Por isso, os dados não podem ser extrapolados para realidades distintas em termos socioeconômicos. Sendo assim, estudos futuros poderiam ampliar a percepção da comunicação entre profissional-paciente em contextos públicos de saúde. Novos estudos com embasamento psicanalítico podem incluir outros fenômenos de interesse, por exemplo, características de personalidade de pacientes e dos profissionais e a sua relação com a comunicação em oncologia. Entretanto, os achados desta pesquisa trazem informações e reflexões importantes para a atuação de qualquer profissional oncológico em seu cotidiano de trabalho.

Foram analisadas as percepções de pacientes com câncer e de profissionais da saúde atuantes nesta área. Observou-se que as perspectivas da díade profissional-paciente nem sempre coincidem, o que reflete a dificuldade que é se comunicar no contexto do câncer, em que a angústia e medo da morte se fazem constantemente presentes. Assim, a compreensão psicanalítica favoreceu *insights* que poderão ser úteis para o entendimento dessa importante temática. Nesse sentido, o estudo mostrou-se inovador por aliar conceitos psicanalíticos com o que há de mais recente na literatura científica baseada em evidências na área da comunicação em oncologia. Essa articulação é complexa e desafiadora, tendo em vista que a teoria psicanalítica, além de ser prioritariamente subjetiva, não tem como preocupação primordial oferecer evidências empíricas sobre o seu objeto de estudo. Por outro lado, o embasamento puramente baseado em evidências nem sempre é suficiente para abarcar uma compreensão mais aprofundada sobre aspectos subjetivos relacionados ao fenômeno investigado.

O olhar da Psicanálise compreende que o estabelecimento da comunicação genuína nas relações saudáveis de cuidado deveria ser algo natural, que aflora espontaneamente na interação. Pressupõe-se que indivíduos que escolhem deliberadamente atender pacientes com câncer tenham internalizado o desejo de cuidar, semelhante à maternagem. Contudo, a teoria psicanalítica refere que quando o cuidador apresenta dificuldades em compreender as

demandas do outro e de se comunicar efetivamente com ele, pode ser primordial recorrer a alguém que possa lhe oferecer suporte e que lhe sirva como modelo de cuidado. Dessa maneira, poderá ser facilitado o estabelecimento de uma relação benéfica entre a dupla cuidador/cuidado. Embora o desejo de cuidar possa ser uma capacidade inata, os profissionais da saúde poderão ser capacitados para exercer funções de cuidado, incluindo o reconhecimento de seus limites. O Psicólogo, enquanto parte atuante da equipe, também deverá identificar possíveis barreiras na comunicação profissional-paciente e atentar para a necessidade de indicação de suporte emocional tanto para os pacientes, quanto para a equipe.

Existem na literatura publicações atuais com recomendações e *guidelines* sobre como deve ser estabelecida a comunicação em oncologia. Neste contexto, percebeu-se uma aparente discrepância entre o que a literatura preconiza e os achados deste estudo. Embora não tenham sido diretamente questionados, os profissionais não mencionaram espontaneamente o uso destes *guidelines* para a comunicação. Por outro lado, algumas destas recomendações baseadas em evidências parecem fazer parte, intuitivamente, da prática desses profissionais (ex. uso da empatia, escuta ativa, entre outros aspectos). Este fato pode relacionar-se com a larga experiência desta equipe advinda do atendimento diário a estes pacientes ou de uma possível formação técnica obtida nessa área.

Em conjunto, os resultados obtidos nos dois estudos que compõe esta dissertação permitiram a reflexão sobre maneiras de beneficiar a comunicação profissional-paciente em oncologia. A síntese destas reflexões foi elencada e descrita em forma de recomendações, como segue:

- Sugere-se a possibilidade de capacitação dos profissionais que atuam em oncologia sobre como se comunicar com seus pacientes;
- Recomenda-se a utilização de protocolos validados e reconhecidos sobre a comunicação do diagnóstico, tratamento e prognóstico em oncologia. Existe um crescente corpo de evidências sobre estratégias de comunicação voltadas à área da saúde, que objetivam uma maior efetividade na emissão/recepção do que é comunicado. Por exemplo, no sentido de minimizar essas dificuldades comunicacionais, desenvolveu-se o protocolo *Spikes*. Este protocolo encontra-se como a referência metodológica mais utilizada internacionalmente para a comunicação de más notícias em oncologia. A partir dele são delineados seis passos da comunicação: *setting* (preparando o ambiente), *perception* (percepção), *invitation* (convite), *knowledge* (conhecimento), *emphaty* (empatia), *estrategy* e *sumary* (estratégia e resumo). Tal protocolo tem o objetivo de auxiliar os profissionais a transmitir a informação clínica da doença, proporcionar suporte emocional ao paciente e engajá-lo no planejamento terapêutico;

- Propõe-se que a comunicação dos profissionais com seus pacientes possa, sempre que possível, ser protegida por um local privado e que ocorra sem interrupções;
- Sugere-se que as informações técnicas fornecidas aos pacientes sejam precisas e claras. Porém, tais informações não devem excluir de forma alguma a postura empática dos profissionais, a qual deve abarcar e validar as reações emocionais do paciente com câncer;
- A linguagem utilizada pelos profissionais deve ser simples, sem o uso de jargões e termos exclusivamente técnicos, para que possa ser compreendido por aqueles que os escutam;
- A presença de um acompanhante deverá ser estimulada nos momentos do fornecimento de informações técnicas e más notícias, para que a sensação de desamparo dos pacientes possa ser minimizada;
- Aspectos da comunicação não verbal (ex. gestos, silêncios, toque, tom de voz) devem ser contemplados e apreciados pelos profissionais, além do conteúdo manifesto expresso nas falas;
- Deve-se ter ciência que a comunicação faz parte de um processo dinâmico e que, portanto, pode ser necessário repetir as informações em mais de um momento. A compreensão do que está sendo dito geralmente ocorre a partir de um período de tempo, conforme o paciente vai dando significado àquilo que ouve.
- O profissional deve certificar-se de que o paciente entendeu sobre o que lhe foi informado, sinalizando assim, a efetividade da comunicação. Nesses momentos, novas dúvidas poderão ser esclarecidas e, se necessário, outras informações acrescentadas;
- Indica-se tratamento psicoterápico não apenas ao paciente oncológico frente à iminência da morte, mas também ao profissional da saúde que lida com ela em seu cotidiano. A psicoterapia possibilita ao profissional experienciar e usufruir da posição de ser cuidado. Ao entrar em contato com suas próprias angústias e fantasias poderá elaborá-las e empatizar genuinamente com aquele que sofre.

É fato que o diagnóstico de câncer ocasiona um momento de crise na vida de quem o recebe e impacta de forma significativa, mesmo que temporariamente, na rotina e nos planos de vida do enfermo. Sendo assim, percebeu-se neste estudo que a comunicação em oncologia deve unir, sobretudo, a clareza e honestidade da informação com a atenção aos aspectos de ordem emocional dos pacientes. Desta forma, eles poderão se sentir genuinamente amparados frente a suas demandas. Em suma, o estabelecimento da comunicação efetiva envolve a interação de diversos profissionais que devem conseguir se comunicar de forma

interdisciplinar em prol do paciente com câncer. Ações objetivas como estas resultam no oferecimento do suporte emocional, no aumento do bem-estar, na provisão do cuidado integral, bem como na adesão às condutas terapêuticas prescritas e na maior satisfação do paciente com câncer. Igualmente, o profissional que se comunica de forma efetiva poderá sentir-se mais motivado e reconhecido em relação ao seu trabalho, com níveis de estresse e preocupação diminuídos. Quanto à díade profissional-paciente, ao se comunicar efetivamente, atuarão de forma colaborativa e se fortalecerão no caminho a ser trilhado no enfrentamento do câncer.

ANEXO 1 - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Participante nº:		
Cidade:		
Idade:		
Idade no Diagnóstico:		
Sexo:		
Estado Civil:		
Filhos:	Quantos:	
Profissão:		
Escolaridade:		
Diagnóstico:		
Metástase:	Local:	
Tratamento submetido:		
Quimioterapia	Radioterapia	Cirurgia

**ANEXO 2 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SOBRE A RELAÇÃO
PROFISSIONAL DA SAÚDE-PACIENTE**

- 1 – Sob o ponto de vista de oncologia a relação com a equipe de saúde pode se caracterizar por algumas peculiaridades, tendo em vista o diagnóstico de câncer e o sofrimento emocional que o mesmo gera. Como o senhor gostaria que os profissionais que lhe atendem lidassem com você?

- 2 – Em sua opinião o que é importante para que ocorra um bom vínculo equipe-paciente?

- 3 – Qual a importância do médico em sua vida? E com os demais profissionais da equipe?

- 4 – Como lhe foi dado o diagnóstico? Por quem? Se pudesse ter sido diferente como seria o ideal?

- 5 – Em que medida o senhor avalia que a relação com a equipe pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento?

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) senhor(a):

Com o objetivo de compreender como você analisa e avalia a relação que você tem com os profissionais da saúde que a atendem, estamos convidando você a participar desse estudo.

Para fazer parte, será realizada uma entrevista no qual deverá responder e comentar sobre algumas perguntas que lhe serão feitas. As entrevistas serão gravadas e transcritas para posterior análise do material. Os resultados da pesquisa proporcionarão conhecimentos sobre particularidades sociais/culturais dessa relação profissional paciente e dará subsídios para uma posterior intervenção, se necessário, visando o seu bem-estar do paciente.

A professora Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) é a pesquisadora responsável deste projeto, que está sendo desenvolvido em parceria com o Instituto do Câncer do Sistema de Saúde Mãe de Deus, através da participação da psicóloga Daniela Bianchini, e com a Universidade de Salamanca, através da Profa. Dra. Lourdes Moro Gutiérrez.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Você deverá responder a algumas perguntas feitas pela pesquisadora sobre diferentes aspectos da relação profissional-paciente. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição, e durará cerca de 30 minutos.

De acordo com a resolução 196/96, os documentos e gravações serão conservados por um período de 5 (cinco) anos, sendo apagadas posteriormente. As transcrições, da mesma forma, serão destruídas após este prazo. Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados individualmente. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, os resultados serão apresentados sempre de maneira geral, sem identificações.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, não possui custo e você não receberá compensação direta com essa pesquisa. No entanto, estará colaborando com a geração de conhecimento sobre o tema para que, no futuro, possa servir para melhorar os serviços prestados. Ao ser entrevistado, caso algumas perguntas lhe desperte desconforto ou reações emocionais que você necessite de apoio, lhe será oferecido apoio psicológico e encaminhamento se necessário. Ainda, em qualquer momento do andamento desta estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia e poderá ser retirada a autorização de participação. Para quaisquer esclarecimentos os telefones para contato são 35908121 ramal 1259 (Elisa Kern de Castro), pelo e-mail: elisakc@unisinoss.br.

Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 13/01/13
.....
.....

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa e aceito participar do estudo.

Assinatura do Participante

ANEXO 4-FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Participante n°:
Idade:
Sexo:
Profissão:
Tempo de trabalho em oncologia:
Quantos pacientes oncológicos atende por dia:

**ANEXO 5 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SOBRE A RELAÇÃO
PROFISSIONAL DA SAÚDE-PACIENTE**

1 – Sob o ponto de vista de oncologia a relação com a equipe de saúde pode se caracterizar por algumas peculiaridades, tendo em vista o diagnóstico em questão e o sofrimento emocional que o mesma gera. Como o Sr. (a) lida com o sofrimento dos pacientes no seu dia a dia?

2 - Em sua opinião o que é importante para que ocorra um bom vínculo equipe-paciente?

3 - Na sua percepção qual é a representação que o paciente oncológico faz em relação a sua profissão?

4 - O Sr. (a) acha que os pacientes com câncer devem ser atendidos por uma equipe multiprofissional?

5 - O Sr. (a), costuma recorrer a outros profissionais da saúde pra complementar os cuidados com o paciente oncológico? Se sim, quais?

6- Em que medida o Sr. (a) avalia que a relação equipe de saúde e paciente pode contribuir pra uma melhor adesão ao tratamento?

ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) senhor(a):

Com o objetivo de compreender como você analisa e avalia a relação que você tem com os profissionais da saúde que a atendem, estamos convidando você a participar desse estudo.

Para fazer parte, será realizada uma entrevista no qual deverá responder e comentar sobre algumas perguntas que lhe serão feitas. As entrevistas serão gravadas e transcritas para posterior análise do material. Os resultados da pesquisa proporcionarão conhecimentos sobre particularidades sociais/culturais dessa relação profissional-paciente e dará subsídios para uma posterior intervenção, se necessário, visando o seu bem-estar do paciente.

A professora Elisa Kern de Castro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) é a pesquisadora responsável deste projeto, que está sendo desenvolvido em parceria com o Instituto do Câncer do Sistema de Saúde Mãe de Deus, através da participação da psicóloga Daniela Bianchini, e com a Universidade de Salamanca, através da Profa. Dra. Lourdes Moro Gutiérrez.

Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da assinatura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Você deverá responder a algumas perguntas feitas pela pesquisadora sobre diferentes aspectos da relação profissional-paciente. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição, e durará cerca de 30 minutos.

De acordo com a resolução 196/96, os documentos e gravações serão conservados por um período de 5 (cinco) anos, sendo apagadas posteriormente. As transcrições, da mesma forma, serão destruídas após este prazo. Os dados de todos os participantes da pesquisa são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados individualmente. É possível que os resultados da pesquisa sejam divulgados em eventos e publicações científicas, no entanto, os resultados serão apresentados sempre de maneira geral, sem identificações.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, não possui custo e você não receberá compensação direta com essa pesquisa. No entanto, estará colaborando com a geração de conhecimento sobre o tema para que, no futuro, possa servir para melhorar os serviços prestados. Ao ser entrevistado, caso algumas perguntas lhe desperte desconforto ou reações emocionais que você necessite de apoio, lhe será oferecido apoio psicológico e encaminhamento se necessário. Ainda, em qualquer momento do andamento desta estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia e poderá ser retirada a autorização de participação. Para quaisquer esclarecimentos os telefones para contato são 35908121 ramal 1259 (Elisa Kern de Castro), pelo e-mail: elisakc@unisinoss.br.

Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 14.10.13.

.....
[Handwritten Signature]

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa e aceito participar do estudo.

Assinatura do Participante