



MÁRCIA APARECIDA PADOVAN OTANI

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE  
SAÚDE E PACIENTE: percepções de mulheres  
com câncer de mama**

CAMPINAS

2013





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

MÁRCIA APARECIDA PADOVAN OTANI

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE:**  
percepções de mulheres com câncer de mama

Orientador: Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Este exemplar corresponde a versão final da tese defendida pela aluna Márcia Aparecida Padovan Otani e orientada pelo prof. Dr. Nelson Filice de Barros.

Assinatura do orientador: \_\_\_\_\_

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

Ot1c Otani, Márcia Aparecida Padovan, 1966-  
Comunicação entre profissional de saúde e paciente :  
percepções de mulheres com câncer de mama / Márcia  
Aparecida Padovan Otani. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Nelson Filice de Barros.  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Comunicação. 2. Relações profissional-paciente.  
3. Oncologia. 4. Neoplasias. 5. Pesquisa qualitativa. I.  
Barros, Nelson Filice de, 1968-. III. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Communication between health professional and patient : perceptions of women with breast cancer.

**Palavras-chave em inglês:**

Communication

Professional-patient relations

Medical oncology

Neoplasms

Qualitative research

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Doutora em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Carmen Sílvia Passos Lima

Maria José Sanches Marin

Eliseth Ribeiro Leão

Everardo Duarte Nunes

**Data da defesa:** 22-02-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

---

## BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MÁRCIA APARECIDA PADOVAN OTANI

---

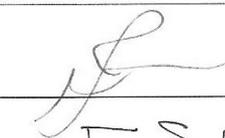
Orientador (a) PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS

---

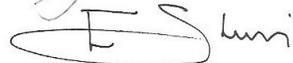
### MEMBROS:

---

1. PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS



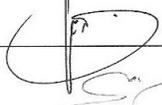
2. PROF(A). DR(A). CARMEN SILVIA PASSOS LIMA



3. PROF(A). DR(A). MARIA JOSÉ SANCHES MARIN



4. PROF(A).DR(A). ELISETH RIBEIRO LEÃO



5. PROF(A).DR(A). EVERARDO DUARTE NUNES



---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

Data: 22 de fevereiro de 2013

---



Ao Mário, meu marido, à Flávia e à Júlia, minhas filhas, pessoas especiais em minha vida. Obrigada pelo amor, compreensão e afeto no dia-a-dia.



## AGRADECIMENTOS

*Ao meu querido orientador, Professor Dr. Nelson Filice de Barros, pela sabedoria compartilhada nas preciosas orientações. Obrigada pela confiança depositada em mim, por sua sensibilidade e capacidade de compreender, surpreender e sempre encontrar saídas diante das situações difíceis. Minha imensa admiração, respeito e amizade.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pela oportunidade.*

*Aos professores Everardo Duarte Nunes, Maria Júlia Paes da Silva e Maria José Sanches Marin, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*Aos alunos e funcionários da pós-graduação, pela amizade e companheirismo.*

*À Diretoria e aos amigos da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), pelo incentivo ao meu crescimento profissional.*

*Ao Professor Dr. Ludwig Hafner, meu eterno agradecimento pela solidariedade e pelo auxílio no momento em que eu mais necessitei.*

*À Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Marília, à Direção do Hospital de Clínicas de Marília e à Secretaria de Saúde do Município de Marília por apoiar a realização desta pesquisa.*

*Às bibliotecárias da Famema, Claudia, Helena e Josefina, pela disponibilidade, atenção e carinho sempre demonstrados.*

*À Vivian, Vanessa, Aline e Maria Derci, pelas importantes contribuições no trabalho de revisão e formatação do texto.*

*A todos da minha família, muito obrigada pelo amor e carinho demonstrados ao longo da vida e pelo apoio e incentivo para que esta etapa se concretizasse.*

*À Luzia e à Vaneide, por cuidar, sem medir esforços, do meu lar e da minha família,*

*À amiga Juliana, pela amizade e acolhimento em sua casa.*

*Às mulheres que participaram deste estudo, pela disponibilidade de me receber em suas casas e falar de suas vidas e sentimentos.*

*Enfim, agradeço a todas as pessoas que, ao longo deste percurso, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.*



*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo, nem ensino.”*

Paulo Freire



OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama.** 2013. 221 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

## RESUMO

A comunicação entre profissionais de saúde e pacientes constitui uma dimensão central do cuidado, especificamente em situações de doenças graves ou de longa duração, como o câncer, em que os pacientes e suas famílias têm sua vida modificada pela doença, pelo tratamento prolongado e pelos sentimentos de medo e incertezas. A comunicação humana é um tema complexo e, de acordo com a literatura recente, nem sempre a comunicação entre profissional de saúde e paciente resulta em satisfação, apontando a necessidade de implementar estratégias que favoreçam maior conhecimento das preferências, expectativas dos pacientes e participação de pacientes e familiares na tomada de decisão. O objetivo desta pesquisa é analisar as percepções das mulheres portadoras de doença oncológica de mama em relação à comunicação com os profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utiliza a perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados para desenvolver o processo de coleta, organização e análise dos dados, e a Análise de Conteúdo para a interpretação dos dados. Participaram do estudo treze mulheres em tratamento ativo em um dos serviços de oncologia de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e notas de observação. Na análise foram identificados três temas, com suas categorias e subcategorias: *a experiência da doença*, abordando os sentimentos gerados pela doença e o significado do câncer para as mulheres; *as mobilizações pessoais em decorrência da doença*, como a mudança de valores e a vivência da espiritualidade e; *a comunicação entre profissional de saúde e paciente* na percepção das mulheres, destacando os sentimentos, as expectativas e os fatores que facilitam e dificultam a comunicação. Os dados mostram que, quando o profissional de saúde utiliza comunicação adequadamente e interage com as mulheres, considerando-as como um ser social, elas se sentem mais seguras e têm maior confiança neles. Dentre os fatores que facilitam a comunicação dos profissionais, as mulheres destacam a afetividade, a atenção e a capacidade do profissional para lidar com as pessoas de forma humanizada. Quanto aos fatores que dificultam, destacam os aspectos ligados à personalidade do profissional, a falta de conhecimento para lidar com as emoções e o pouco tempo destinado à consulta médica. Os resultados reforçam a importância da comunicação como elemento fundamental no cuidado às pacientes com câncer, seu impacto para as mulheres e a necessidade de sua valorização por parte dos profissionais de saúde. Além disso, apontam a necessidade de capacitação para desenvolver as habilidades de comunicação durante a formação acadêmica e para os profissionais de saúde que atuam na área de oncologia.

**Palavras-chave:** Comunicação, Relacionamento profissional-paciente, Oncologia, Câncer. Pesquisa qualitativa.



OTANI, M. A. P. **Communication between health Professional and patient: perceptions of women with breast cancer.** 2013. 221 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

### ABSTRACT

Communication between health professionals and patients is a central dimension of care, specifically in situations of serious or long-term diseases like cancer, where patients and their families have their lives changed by the illness, by the long treatment and by the feelings of fear and uncertainty. Human communication is a complex topic and according to the recent literature the communication between healthcare provider and patient not always results in satisfaction, pointing out the need to implement strategies that promote greater understanding of the patients preferences and expectations and patient and family participation in the decision making. The objective of this research is to analyze the perceptions of women with breast cancer disease in relation to the communication with their health professionals. This is a qualitative research which uses the Grounded Theory to develop the process of collection, organization and data analysis and on the Content Analysis for data interpretation. Thirteen women in active treatment at an oncology service of a city in the State of São Paulo in Brazil participated of this study. The data was collected through semi-structured interview and observation notes. The analysis identified three themes with their categories and subcategories: *the experience of the disease*, focusing on the feelings generated by it and the significance of cancer for these women; *personal mobilizations as a result of the disease*, like the change of values and the spirituality experience; *communication between health professional and patient* on their perception, highlighting the feelings, expectations and the factors that facilitate and make the communication difficult. The data show that, when the healthcare provider uses proper communication and interact with these women, considering them as a social being, they feel safer and have more confidence in them. Among the factors that facilitate communication, these women highlight affection, attention and the professional's ability to deal with people as a human being. As for the factors that make it difficult they highlight aspects related to the professional personality, the lack of knowledge to deal with emotions and the short time for the medical appointment. The results reinforce the importance of communication as a key element in the care of patients with cancer, its impact to these women and its need to be valued by the health professionals. In addition, highlight the need of training to develop the communication skills while they are at the Medical School and training for health care professionals who work at the Oncology area.

**Keywords:** Communication, Professional-patient Relationship, Cancer, Oncology, Qualitative Research.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização demográfica das mulheres entrevistadas.....	43
Quadro 2 – Descrição dos temas, categorias e subcategorias.....	47
Quadro 3 – Distribuição dos Estudos empíricos por autor(res), ano de publicação, técnica de coleta de dados, população, objetivos e principais resultados.....	56
Quadro 4 – Distribuição de Estudos teórico-reflexivos por autor(res), ano de publicação, objetivos e principais considerações.....	64
Quadro 5 – Distribuição dos estudos de Revisão da literatura de acordo com auto(res), ano de publicação, número de estudos, bases de dados utilizadas, objetivo e principais resultados.....	68
Quadro 6 – Exemplo de codificação aberta dos dados.....	93
Quadro 7 – Exemplo de categorização dos dados .....	94
Quadro 8 – Exemplo de memorando.....	100
Quadro 9 – Características gerais da Análise de Conteúdo Temática, de Bardin, da Teoria Fundamentada nos Dados, de Glaser e Strauss e, da proposta desenvolvida nesta tese .....	110



## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
Bireme	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COM	Centro Oncológico de Marília
COMUT	Programa de Comutação Bibliográfica
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa,
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Famema	Faculdade de Medicina de Marília
HCM	Hospital das Clínicas de Marília
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PubMed	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBST	Unidades Básicas de Saúde Tradicionais
USF	Unidades de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>CAPÍTULO 1 - COMUNICAÇÃO E CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	51
<b>CAPÍTULO 2 - O REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	83
<b>2.1 A Teoria Fundamentada nos Dados</b> .....	87
<b>2.2 A Análise de Conteúdo</b> .....	100
<b>2.3 Uma proposta metodológica a partir dos dois métodos</b> .....	107
<b>CAPÍTULO 3 - A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA</b> .....	111
<b>CAPÍTULO 4 - MOBILIZAÇÕES PESSOAIS EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA</b> .....	129
<b>CAPÍTULO 5 - COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE</b> .....	143
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	183
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	189
<b>APÊNDICES</b> .....	213
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	215
<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista</b> .....	217
<b>ANEXO</b> .....	219
<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília</b> .....	221



## INTRODUÇÃO

---

*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”*

Leonardo da Vinci



A preocupação com o tema da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes surgiu a partir da minha vivência profissional, inicialmente desempenhando a função de enfermeira assistencial no Hospital de Clínicas de Marília e, posteriormente na função docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Observando, empiricamente, que grande parte dos pacientes não conversa com os profissionais de saúde sobre as mudanças psicossociais e o sofrimento decorrente da doença que enfrentam, passei a refletir sobre a importância da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e como esse aspecto pode influenciar no cuidado prestado a eles e a suas famílias.

Essa questão passou a inquietar-me ainda mais quando, no final da década de 1990, a Famema implementou, em seus cursos de medicina e enfermagem, uma nova proposta de ensino-aprendizagem, com a utilização de metodologias ativas - a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Além disso, a instituição passou a adotar o currículo integrado, organizado por competências profissionais, com o propósito de formar um novo perfil de profissional que, capaz de compreender e cuidar de sujeitos integralmente, a partir de um olhar crítico-reflexivo, esteja preparado para aprender, propor e construir um novo modelo de atenção à saúde.

Os profissionais da saúde têm como base do seu trabalho as relações interpessoais e, assim, o modo como desenvolvem o cuidado está diretamente relacionado à sua habilidade de comunicação. Embora exista uma vasta produção bibliográfica sobre o tema, a discussão e a reflexão críticas sobre comunicação profissional de saúde-paciente é, ainda, pouco oportunizada e enfatizada durante a formação profissional e na prática dos serviços de saúde.

Diante das mudanças demográficas e epidemiológicas da população brasileira, caracterizadas pelo envelhecimento e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, novas necessidades se impõem ao processo de cuidado em saúde. A população passa a demandar cuidados de longa duração e há constantes necessidades de contato com os profissionais de saúde. Nesta horizontalidade necessária, é indispensável promover a confiança, o vínculo e a autonomia, o que só é possível por meio da comunicação eficaz entre os envolvidos no processo.

Dentre as doenças de evolução crônica, o câncer é uma doença que causa importantes mudanças psicossociais na vida das pessoas que, em decorrência disso,

precisam de mais cuidados e informações adequadas para entender, lidar com as mudanças impostas pela doença, funcionar, fazer escolhas e sentir-se melhor. Pessoas com câncer, em sua maioria, associam a doença ao sofrimento e à finalização da vida, sendo o papel da comunicação fundamental. Sabe-se que o cuidado não será efetivo se não houver comunicação adequada.

Segundo relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Em 2008, estimou-se que ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e sete milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido por câncer de estômago (780 mil óbitos) e por câncer de fígado (699 mil óbitos). Em homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago e cólon e reto. Nas mulheres, o mais frequente foi o câncer de mama, seguido pelo do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A estimativa de incidência de câncer no Brasil para o ano de 2012, válida também para o ano de 2013, aponta a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Sem esses, estima-se um total de 385.000 casos novos de câncer, segundo pesquisas do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, em ordem decrescente, serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon, reto e estômago no sexo masculino, e os cânceres de mama, colo do útero, cólon, reto e glândula tireóide, no sexo feminino (BRASIL, 2011).

De acordo com dados do Ministério de Saúde do Brasil, sem considerar o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Em 2012, esperam-se para o Brasil 52.680 casos novos deste tipo de câncer, com um risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres. Os fatores de risco deste tipo de câncer estão relacionados à idade (acomete mais as mulheres com menos de 50 anos), características da vida reprodutiva da mulher (como menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia),

terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama, alta densidade do tecido mamário e exposição à radiação ionizante (BRASIL, 2011).

Embora o câncer de mama seja, atualmente, considerado uma doença de relativo bom prognóstico, se for tratado precocemente, as taxas de mortalidade ainda continuam elevadas no Brasil. A sobrevivência média após cinco anos de diagnóstico na população de países desenvolvidos gira em torno de 85%, e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, gira em torno de 60% (BRASIL, 2011).

Os dados epidemiológicos mostram o enorme impacto do câncer em todo o mundo, e frente a essa realidade, nos últimos anos, o Ministério da Saúde do Brasil vem criando políticas e desenvolvendo diversas ações para a prevenção e o controle do câncer de mama. Em 2011 tais ações foram priorizadas pela Presidente da República com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, reafirmando e ampliando as ações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Este Programa é coordenado pelo INCA e tem como objetivo reduzir a exposição aos fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com esse tipo de câncer (BRASIL, 2011).

O câncer de mama é uma doença que pode provocar na mulher mudanças em seu estado psicológico, decorrente dos sentimentos de incerteza quanto ao sucesso do tratamento, à possibilidade de recorrência da doença, além dos sentimentos negativos decorrentes das alterações corporais e medo da morte.

Levando em conta a complexidade desta doença e que as mulheres com câncer de mama, assim como suas famílias, necessitam de constante apoio e cuidado dos profissionais de saúde, a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é considerada um dos principais núcleos do cuidado em oncologia, representando um papel muito importante em todo o percurso de tratamento.

O processo comunicativo permeia todas as relações interpessoais e a forma como é desenvolvido pode facilitar ou dificultar a confiança e o vínculo do paciente e família com os profissionais de saúde, assim como o vínculo destes com o serviço de saúde, influenciando na adesão ao tratamento.

De acordo com Martins e Araújo (2008), compreender o processo comunicativo e desenvolver habilidades de comunicação é fundamental a todos os profissionais de saúde.

No entanto, esses autores consideram que, atualmente, o reconhecimento acerca do impacto da comunicação em saúde tem sido menor do que deveria ser. Justificam esse dado, em parte, pelo fato de não haver um modelo integrado de comunicação em uma determinada disciplina e os estudos serem desenvolvidos em diferentes áreas do conhecimento.

As ações propostas pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) vêm sendo enfatizadas como uma importante estratégia para melhorar a assistência em saúde. Esta política incentiva que as práticas em saúde sejam desenvolvidas com maior valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de cuidados e, para isso, destaca como essencial a valorização da escuta, o vínculo e o afeto na prática dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Deslandes e Mitre (2009), é preciso levar em conta que a criação de políticas e estratégias não pode ser entendida como prescrições capazes de gerar mudanças apenas por sua implantação. Elas devem servir como fonte de aprendizado para novas experiências. A humanização do cuidado e, mais especificamente, a comunicação interpessoal efetiva, não são inatas e somente se consolidarão se forem praticadas e sustentadas nas ações cotidianas, alimentadas pelo mecanismo de reprodução entre os profissionais (pela via da formação acadêmica ou pelo exemplo na prática).

A qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes depende, sobretudo, das percepções pessoais e da disponibilidade de o profissional estabelecer relações de ajuda e acolhimento ao outro (CARON; SILVA, 2002). Infelizmente, na maioria das instituições formadoras de profissionais de saúde são escassas as situações em que o aluno tem oportunidade de exercitar e refletir sobre sua comunicação com a finalidade de aprender formas mais adequadas para seu comportamento interacional (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O estudo de Martins e Araújo (2008) reafirma o exposto ao revelar que a falta de preparo dos enfermeiros para lidar com a condição psicológica dos pacientes gera sentimentos de insegurança e de impotência nos profissionais. Além disso, evidencia que há contradição entre o discurso e o comportamento dos profissionais, considerando que durante a interação profissional-paciente há priorização da técnica e pouca valoração dos aspectos relacionais.

Especificamente em situações de doenças graves ou de longa duração, como o câncer, os pacientes e suas famílias têm sua vida modificada pela doença e pelo tratamento prolongado, o que leva o processo de comunicação a tornar-se essencial para se estabelecer um melhor cuidado. Portanto, conhecer o modo como se dá essa comunicação, na dimensão subjetiva dos pacientes, compreendendo os significados que os pacientes e os familiares atribuem à comunicação com os profissionais de saúde, pode representar uma importante contribuição, tanto para a discussão dos profissionais de saúde sobre a necessidade de estabelecer uma comunicação adequada, como para melhor abordagem desse tema na formação e na prática dos profissionais de saúde.

De acordo com Boff (2011), o cuidado é o que se opõe ao descuido e ao descaso, cuidar é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado em saúde vai muito além dos procedimentos e das técnicas que, atualmente, vêm sendo rapidamente desenvolvidos e valorizados pelo crescente avanço tecnológico, especialmente quando se trata de serviços especializados. O cuidado deve ser discutido junto com a ética, com os valores de responsabilidade e de integridade, considerando a responsabilidade do profissional de saúde ao cuidar e a fragilidade do paciente na situação de doença. Para que os profissionais de saúde exerçam suas ações pautadas na ética, não basta que se conheça a teoria. É preciso sentir, vivenciar a situação para agir com clareza, respeitando os princípios de beneficência, de autonomia e de justiça (PUGGINA; SILVA, 2009).

Segundo Phillips (2007), o conceito de cuidado inclui considerar, reconhecer e compreender as necessidades do outro, selecionar meios e buscar estratégias para as ações. O trabalho concreto do cuidado exige ter responsabilidade para desenvolver a atividade, requer empatia e juízo crítico para compreender as reações do outro, ou seja, daquele para quem o cuidado está sendo direcionado.

Embora tenham ocorrido várias conquistas no setor saúde nos últimos anos, atualmente a medicina, com seu modelo biomédico e a supervalorização dos recursos tecnológicos para diagnósticos e terapêuticas, tem sido criticada por desconsiderar as opiniões e as experiências dos pacientes, devendo alterar, assim, a forma de cuidar. Essa afirmativa é comentada por Giddens (2005, p. 139):

Pelo fato de a medicina estar supostamente baseada nas compreensões objetivas e científicas das causas e curas de enfermidades físicas específicas, os profissionais sentem pouca necessidade de escutar as interpretações individuais dadas pelos pacientes acerca de suas próprias condições. Os críticos argumentam, no entanto que o tratamento efetivo somente pode acontecer quando o paciente é tratado como um ser pensante, capaz, que possui suas próprias interpretações e compreensões válidas.

Assim, o que se tem visto é uma progressiva incapacidade de os profissionais da saúde cuidarem das necessidades das pessoas, conscientizarem-se dos seus próprios limites, respeitarem as conquistas sociais e reconhecerem a crise vivenciada pelos usuários (AYRES, 2004). Como consequência, temos a fragmentação dos processos de trabalho, as superespecialidades e as dificuldades nas relações entre os diferentes profissionais de saúde e destes com os usuários dos serviços de saúde públicos e privados.

Por um lado, as transformações ocorridas na medicina nas últimas décadas têm trazido importantes avanços para o diagnóstico e para a terapêutica, com aumento da eficácia, eficiência e segurança de muitas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Por outro, têm trazido também o uso excessivo dos exames complementares, a segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, a iatrogenia e a desatenção com os aspectos psicossociais da pessoa que adoece (AYRES, 2004). Diante disso, é fundamental o debate sobre a qualidade da assistência prestada, sobretudo em relação ao emprego de tecnologias, saberes e recursos que podem ser disponibilizados num contexto singular de cuidado (DESLANDES; AYRES, 2004).

Em resposta a estes desafios e procurando incentivar a transformação das práticas em saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde, cujo objetivo principal é o aprimoramento das relações entre profissionais, usuários e gestores, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNH, as diretrizes gerais para sua implantação são as seguintes:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo às diferentes práticas terapêuticas e coresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar e à questão dos preconceitos nos momentos de interação com os usuários;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores;
- Implementar sistemas de comunicação e de informação que promovam o auto-desenvolvimento e ampliem o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- Promover ações de incentivo ao SUS e valorização da jornada integral, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação (BRASIL, 2004).

Pesquisas realizadas após o estabelecimento destes princípios e diretrizes mostram que os pacientes entendem a humanização de modo coerente ao que se preconiza na Política; ou seja, como um conjunto complexo de atitudes, motivado por um pensamento ético, humanitário social e holístico, avaliado de acordo com o grau de proximidade que o profissional estabelece com o paciente (NATIONS; GOMES, 2007; FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Ressalta-se, ainda, que os serviços de saúde são produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato. Além disso, o processo de produção do cuidado em saúde é fundado em uma intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato (MERHY, 2002) e, por isso, concluem Rodrigues, Lima e Roncalli (2008), o profissional da saúde deve manter uma relação humanizada com os usuários.

Ayres (2004, p. 86) enfatiza que “o cuidar está além da dimensão corporal realizada pelas ciências biomédicas. Embora essas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, é preciso atentar à presença do outro como sujeito na formulação e na

execução das intervenções em saúde”. Dessa forma, revela-se a necessidade de que os profissionais envolvidos no cuidado busquem maior conhecimento e participação nos debates para que possam, a partir de suas práticas, refletir sobre questões essenciais como a abordagem compartilhada, o trabalho em equipe, o gerenciamento, a ética do cuidado e a comunicação.

A palavra comunicação vem do latim (*communicatione*) e significa ação, efeito ou meio de comunicar, ou seja, fazer saber, participar, tornar comum, unir, ligar. Para a Sociologia a comunicação é conceituada como o processo pelo qual idéias e sentimentos se transmitem de indivíduo para indivíduo, tornando possível a interação social (COMUNICAÇÃO, 2009).

Para Stefanelli e Carvalho (2005) os referenciais da comunicação interpessoal constituem uma abordagem teórica que promove a compreensão da comunicação como um processo de interação face a face, em que há tentativas de entender o outro e ser entendido por ele. É no campo interacional, em determinado contexto, que as pessoas se percebem, compartilham o significado de idéias, pensamento e propósitos, alterando ou mantendo seus significados, num processo de interação com os outros e com o ambiente.

Nesse processo de comunicação interpessoal, é preciso considerar que cada pessoa tem sua subjetividade, valores, experiências, cultura, interesses e expectativas, que funcionam como filtros e condicionam a mensagem. A comunicação, processo essencial nas relações humanas, expressa-se de forma verbal e não-verbal. A primeira refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita e a não-verbal refere-se à transmissão de mensagens na interação face a face, sem o uso de palavras (SILVA, 2006).

Stefanelli (1985) propõe, como uma estratégia para tornar a comunicação efetiva, a utilização de técnicas de comunicação verbal, divididas em três grupos:

- Expressão: ouvir reflexivamente o que o outro tem a dizer, usar terapêuticamente o silêncio, verbalizar aceitação e interesse, indicando que está atento à mensagem, usar frases incompletas, repetir comentários ou últimas palavras ditas, fazer perguntas, usar frases descritivas, permitir ao paciente que escolha o assunto, colocar em foco a ideia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, estimular a expressão de sentimentos e usar terapêuticamente o humor.
- Clarificação: estimular comparações que ajudem o paciente a se expressar para compreender o real significado de sua fala, devolver perguntas feitas, ajudando o outro a desenvolver um raciocínio e

entender melhor o assunto, solicitar esclarecimentos de termos incomuns ou dúvidas acerca do que foi falado.

- Validação: repetir a mensagem do outro, validando a mensagem recebida, solicitar ao outro que repita o que foi dito a ele e sumarizar o conteúdo da interação (STEFANELLI, 1985, p. 82).

A comunicação não-verbal refere-se a toda informação obtida por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, organização dos objetos no espaço e até pela distância mantida entre os indivíduos. Segundo Silva (2006), estudos feitos sobre a comunicação revelam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos e a maioria (55%) pelos sinais do corpo. Os sinais não-verbais são classificados em:

- Paralinguagem expressa pelos sons produzidos pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada;
- Cinésica é a linguagem do corpo, perceptível, em geral, pelos movimentos e expressões faciais;
- Proxêmica é expressa pela distância mantida entre as pessoas que se comunicam e pode indicar o tipo de relação entre elas;
- Características físicas transmitem informações sobre o sexo, faixa etária, origem étnica e social, estado de saúde. Além disso, os objetos, como jóias, roupas, carro e outros, também são sinais de seu autoconceito;
- Fatores do meio ambiente referem-se às características do espaço e à disposição dos objetos nele;
- Tacêsica é tudo o que envolve a comunicação tátil. Relaciona-se também com o espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento (SILVA, 2006, p. 48).

Toda comunicação é constituída de duas partes: o conteúdo, ou seja, a informação que se quer transmitir e o sentimento de quem transmite a mensagem. A comunicação ocorre de maneira efetiva quando há coerência entre as palavras e a comunicação não-verbal. No relacionamento interpessoal, para que a comunicação seja efetiva, é preciso estar atento e controlar voluntariamente a comunicação não-verbal, visto que ela tem, como finalidades, complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal e demonstrar os sentimentos (SILVA, 2006).

Stefanelli e Carvalho (2005) reforçam essa idéia ao definir que a comunicação é um processo contínuo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, que

engloba os aspectos de conteúdo e de relação. Neste processo as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio têm influência no comportamento das pessoas.

No contexto do cuidado, entende-se que o processo de comunicação deve ser efetivo e terapêutico. A comunicação terapêutica é conceituada como a habilidade do profissional de saúde em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser modificado e superar dificuldades para sua autorrealização (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Por meio da comunicação efetiva os profissionais de saúde podem possibilitar aos pacientes e às suas famílias o entendimento e o enfrentamento dos problemas, assim como a percepção do seu papel como sujeito ativo no processo do cuidado (SILVA, 2006).

Na prática, porém, observa-se que nem sempre os profissionais de saúde estão atentos à importância do processo comunicativo e aos aspectos que interferem negativamente na comunicação com os pacientes. Dentre esses aspectos, que podem interferir na comunicação, destacam-se: a) não saber ouvir (quando se conclui o raciocínio do interlocutor, mesmo antes de ele terminar a frase) e uso de linguagem inacessível (quando se utilizam jargões e termos técnicos, compreensíveis somente para determinado grupo de pessoas) (SILVA, 2006); b) dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer e respeitar a autonomia dos pacientes (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007); c) gravidade do paciente, envolvendo alta demanda emocional; dinâmica da unidade; grau de desconhecimento do profissional quanto à evolução do paciente; dificuldades inerentes ao jeito de ser do profissional; espaço físico inadequado (SANTOS; SILVA, 2006); d) preocupação com os aspectos administrativos do cuidado, tornando a prática do cuidado impessoal (SIQUEIRA et al., 2006); e) falta de preparo profissional para estabelecer relação terapêutica com o paciente (MARTINS; ARAÚJO, 2008).

De acordo com Littlejohn (1982), a comunicação humana é um tema complexo, que apresenta múltiplas facetas e, por isso, seu estudo requer uma abordagem multiteórica, respeitando as contribuições dos estudiosos da comunicação. Para esse autor, são duas as perspectivas teóricas da comunicação: a Teoria Geral de Sistemas e o Interacionismo Simbólico.

A primeira considera a comunicação como um sistema aberto, que interage e é interdependente de outros subsistemas, ou seja, os eventos ou conceitos relacionados à noção de comunicação não podem ser vistos isoladamente. Seus três princípios referem-se aos aspectos de interdependência, *feedback* (as mensagens são formuladas e adaptadas aos receptores) e hierarquia (os sistemas estão organizados hierarquicamente, e o que acontece em um nível pode afetar os demais) (LITTLEJOHN, 1982). Em relação à segunda perspectiva do Interacionismo Simbólico, o autor considera ser a mais ampla perspectiva de análise do papel da comunicação em sociedade.

O precursor do Interacionismo Simbólico foi o filósofo George Herbert Mead, que concebeu que os seres humanos e a sociedade são inseparáveis e interdependentes, além de defender que o comportamento da pessoa não pode ser estudado isolado do contexto em que ocorre e da percepção<sup>1</sup> que ela tem do ambiente (LITTLEJOHN, 1982). No entanto, termo Interacionismo Simbólico foi criado por Herbert Blumer, aluno de Mead, em 1937.

Para Blumer (1969), o significado que as coisas têm para o ser humano é o ponto central do Interacionismo Simbólico e ignorá-lo é uma grave negligência do pesquisador que pretende compreender as interações sociais e a formação dos comportamentos.

Segundo Blumer (1969) a matriz teórica interacionista assenta-se em três premissas fundamentais:

- 1) Os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que tais coisas têm para ele;
- 2) O significado das coisas é resultado da interação social do indivíduo;
- 3) Esses significados se modificam de acordo com o processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas com que se defronta.

---

<sup>1</sup> Assume-se, neste estudo, a relação multidirecional entre percepção e sentido, de forma a compor um sistema em que a percepção influencia na formação de sentido e vice-versa. De acordo com Valentim (1996, p. 166) os estudos de percepção social são atravessados por dois grandes paradigmas: o empirista ou de processamento de informação guiado pelos dados (*data driven*), em que a percepção é fundamentalmente determinada pelas características físicas e comportamentais do objeto estímulo; e o construtivista ou de processamento conceitualmente guiado (*theory driven*) que supõe ser a percepção determinada por estruturas e processos do sujeito, sejam de natureza cognitiva, afetiva ou social. VALENTIM, A. Percepção social do consumo de drogas ilícitas: inquérito às paróquias. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. 21, p. 165-196, 1996.

O Interacionismo Simbólico focaliza a natureza e a dinâmica das interações entre indivíduos e grupos em busca da compreensão do processo de interação das pessoas que cria, recria ou transforma os significados. Um objeto, qualquer que seja, coisas, pessoas ou idéias passa a ter significado, portanto, quando as pessoas o consideram de maneira consciente, ou seja, quando os atores da interação refletem sobre o objeto diretamente no mundo empírico (BLUMER, 1969).

Segundo Giddens (2005), o Interacionismo Simbólico surgiu de uma preocupação com a linguagem e seu significado, considerando que essa permite ao ser humano que se torne consciente da sua própria individualidade e capaz de se ver como os outros o vê. A linguagem tem como elemento-chave o símbolo, ou seja, algo que representa outra coisa. Todas as interações sociais são mediadas por símbolos, de forma que toda interação envolve a troca de símbolos e para exemplificar, o autor cita as palavras, os gestos e as demais formas de comunicação não-verbal, como símbolos que representam aquilo que um indivíduo quer expressar.

Reafirmando ainda mais a reflexão de Giddens (2005), Palma (2004) enfatiza que o símbolo é construído nas interações e é o responsável para dar o sentido da ação individual, assim como coordenar as ações interindividuais. Desse modo, o simbólico não é resultado da interação do sujeito consigo, nem do sujeito com o objeto, mas do sujeito constituído e do sujeito projetado pela linguagem.

Assim, nessa perspectiva, a imagem do ser humano é de um indivíduo dinâmico e ativo que interage com outros, tem sua ação baseada no significado que deriva das interações sociais. O significado das coisas ou fenômenos surge, então, como resultado de orientações psicológicas internas das pessoas, e é produto da vida social, de forma que nenhum fenômeno pode ter algum significado independente da interação entre os seres humanos (BLUMER, 1969).

Os significados dos fenômenos se alteram e são refinados constantemente, de acordo com a interpretação dos seres humanos, considerados atores sociais que interpretam papéis como no funcionalismo. Porém, vão muito além dos papéis sociais por reorientarem suas “inter-ações” com base no significado, linguagem, rótulos e rotinas, para gerenciar impressões e outros modos de ação culturalmente específicos (PALMA, 2004).

Por isso, o Interacionismo Simbólico abre uma perspectiva fundamental para o entendimento das interações sociais no processo de criação de organizações e instituições sociais. Essas interações estabelecem uma dinâmica dialética, na qual os indivíduos constroem grupos e coletividades e dos quais, ao mesmo tempo, sofrem interferências na estruturação das suas próprias condutas (PALMA, 2004). Portanto, de acordo com Blumer (1969), o conhecimento, o entendimento e as explicações das relações sociais devem considerar a forma como a ordem social é elaborada pelos seres humanos e como é significativa para eles.

Levando em conta que o Interacionismo Simbólico trata do comportamento humano e considera a linguagem (ou a comunicação humana) como sistema simbólico que desempenha papel central na vida social da pessoa e da sociedade; e que sua abordagem para a ciência social empírica é projetada para produzir conhecimentos verificáveis sobre a vida em grupo humano e na conduta humana, entendo que é uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do significado consciente da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Por isso, utilizo o referencial teórico do Interacionismo Simbólico, dada sua afinidade com a temática da comunicação e a pertinência de suas premissas para a análise da percepção de mulheres com câncer de mama em interações comunicativas com profissionais de saúde.

A comunicação como interação simbólica, envolve cinco processos básicos: codificação (relação entre os signos), significado (representação de um signo), pensamento, informação e persuasão (mudança). Tais processos ocorrem em vários contextos, incluindo o interpessoal, o grupal, o organizacional e o de massa. Esses contextos devem ser considerados em uma hierarquia, tendo a comunicação interpessoal como a base dos demais níveis (LITTLEJOHN, 1982).

Frente à relevância e à complexidade do processo comunicativo no cuidado em saúde, o propósito deste estudo é refletir sobre a comunicação entre profissional de saúde e paciente, analisando a percepção de mulheres com câncer de mama sobre o tema, para responder às seguintes questões norteadoras:

- 1) Quais as percepções das pacientes sobre a comunicação com os profissionais dos serviços de saúde no local onde realizam tratamento oncológico?

2) Quais os aspectos facilitadores e dificultadores da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde?

Reconhecendo os esforços de diversos profissionais para a implementação de ações que buscam melhorar as relações interpessoais e considerando que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e pacientes com câncer é um grande desafio, este estudo teve como **objetivo geral** analisar as percepções de mulheres com câncer de mama em relação à comunicação com os profissionais de saúde. E como **objetivos específicos**: a) identificar e analisar os fatores que facilitam o processo de comunicação profissional de saúde-paciente; b) identificar e analisar os fatores que dificultam o processo de comunicação profissional de saúde-paciente.

Por compreender que há diferenças no modo de perceber os problemas e os cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes (HELMAN, 2003) e concordando com o fato de que os pacientes não têm condições de avaliar o conhecimento técnico dos profissionais, mas são capazes de avaliar as características da personalidade que influenciam no seu processo comunicativo (BALINT, 2007), defende-se a tese de que o processo de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes tem impacto relevante na vida dos pacientes. Dessa forma, tem-se por finalidade estimular a reflexão crítica sobre a prática dos profissionais engajados no cuidado, a partir da perspectiva das mulheres entrevistadas sobre a comunicação no cuidado em saúde, podendo este estudo, contribuir para formação de um novo olhar para o sujeito que recebe o cuidado e, conseqüentemente, melhorar essa importante dimensão do cuidado em saúde.

Para cumprir estes objetivos desenvolvo um estudo exploratório e analítico, de abordagem qualitativa, com treze mulheres portadoras de câncer de mama que realizam tratamento nos serviços de oncologia do município de Marília, estado de São Paulo.

O município está situado na região centro-oeste do estado de São Paulo, com população de aproximadamente 219.000 habitantes. Os serviços de saúde do município organizam-se hierarquicamente, tendo como porta de entrada a rede de atenção básica em saúde. De acordo com documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o modelo de atenção vem sendo gradativamente reorientado para uma transformação progressiva com vista à implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente o município conta com 12 Unidades

Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) e 30 Unidades de Saúde da Família (USF) (MARÍLIA, 2002).

As USF do município, de maneira geral, cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários. Essas unidades são instaladas nas áreas em que a população apresenta maior carência socioeconômica, atendendo a, aproximadamente, 103.000 pessoas, o que representa por volta de 47% da população de Marília. As UBST, embora funcionem em modalidade diferente da USF, têm incorporado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Sendo assim, toda a cidade de Marília é subdividida em microáreas e cada uma delas é acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) (MARÍLIA, 2002).

A rede hospitalar do município conta com uma maternidade e cinco hospitais, dos quais, dois prestam serviços na área de oncologia. Um deles, a Santa Casa de Marília, é um hospital filantrópico regional de grande porte, com 231 leitos; presta atendimento em diversas especialidades, realiza procedimentos de alta complexidade e é referência para o SUS. Possui o serviço de oncologia, com atendimento nas áreas de oncologia clínica, cirúrgica, infantil, onco-hematologia adulto e infantil e cirurgia plástica reparadora e de reconstrução (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, 2012). O outro, o Hospital das Clínicas de Marília (HCM), é uma unidade de ensino e assistência, com um total de 296 leitos; atende a diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, realiza procedimentos de média e alta complexidade, é referência para 62 municípios da região que integram a rede de atenção à saúde da Divisão Regional de Saúde IX. O serviço de oncologia deste hospital possui, além das áreas acima citadas, o serviço de radioterapia (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2012).

Fizeram parte deste estudo as mulheres que realizam tratamento de câncer de mama em um dos dois serviços de oncologia de Marília. Considerando uma das premissas do Interacionismo Simbólico referente à mudança de significados de acordo com a interpretação da pessoa ao lidar com as coisas que se defronta, compreende-se que a percepção da comunicação com os profissionais de saúde não pode ser generalizada, ou seja, ela tem diferentes significados para os pacientes e estes dependem do tipo de câncer,

com suas características e prognóstico específicos e, também, da fase em que os portadores se encontram no tratamento.

Levando em conta o exposto acima, os critérios estabelecidos para inclusão dos sujeitos no estudo são os seguintes: a) ter idade superior a 18 anos; b) ter conhecimento acerca do diagnóstico médico; c) estar em tratamento do primeiro diagnóstico de câncer de mama (não se trata de recidivas); d) ter iniciado o tratamento no serviço de oncologia, há, no mínimo, seis meses, com retornos regulares; e) residir no município de Marília ou em municípios próximos; f) ter condições físicas e de comunicação para responder aos questionamentos; g) concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Marília.

A amostra foi intencional, ou seja, uma amostra que tem:

“o objetivo de procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem as oportunidades de descobrir as variações entre os conceitos e de tornar densas as categorias em relação às suas propriedades e dimensões” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 195).

A coleta de dados foi realizada mediante a utilização da técnica de entrevista semiestruturada, apoiada em um roteiro que contém dados sóciodemográficos e questões norteadoras (APÊNDICE B) e a utilização de notas de observação de campo, em que foram registradas observações relevantes, referentes ao trabalho realizado em campo.

A técnica de entrevista tem a finalidade de construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa e fornecer dados que se referem às informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e que expressam a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. Embora na técnica de entrevista não seja possível apreender fidedignamente as práticas dos sujeitos, é possível apreender as narrativas de suas práticas, segundo a visão de cada narrador (MINAYO, 2007).

Seguindo as normas da ética em pesquisa com seres humanos, os dados foram coletados mediante a autorização dos responsáveis pelas instituições envolvidas no estudo (Diretor Clínico do Hospital de Clínicas de Marília, Diretor Clínico da Santa Casa de Marília e Secretário Municipal de Saúde de Marília) e com a aprovação do Comitê de Ética

em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob o número de protocolo do estudo 524/11 (ANEXO A)

Ao iniciar o trabalho de campo, primeiramente foram solicitados aos serviços especializados de oncologia o nome e o endereço das pacientes que se encontram em tratamento, obedecendo aos critérios de inclusão na pesquisa. As instituições envolvidas forneceram-me as listas com 30 pacientes da Santa Casa e 76 pacientes do Hospital das Clínicas. Comparando ambas, observei que vários nomes constavam nas duas listas, totalizando 17 pacientes. Foram iniciadas, então, as entrevistas com tais pacientes, ou seja, com aquelas que realizam acompanhamento no Centro de Oncologia da Santa Casa e fazem (ou fizeram) radioterapia no Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de Marília.

Para isso, entrei em contato pessoalmente ou por telefone com as enfermeiras dos serviços de atenção básica (UBST ou USF), a que as pacientes pertencem, solicitando a mediação das agentes comunitárias de saúde para localizar suas residências e me apresentar a elas.

Essa estratégia favoreceu-me o acesso às pacientes, visto que tais profissionais mantêm vínculo com a comunidade por meio do trabalho de acompanhamento das famílias e vigilância em saúde, realizada pelos serviços da atenção básica. Além disso, cabe destacar que, durante o contato com as ACS, pude perceber a grande disponibilidade em contribuir, além da alegria e da dedicação dessas profissionais com as famílias que acompanham.

As entrevistas foram realizadas no domicílio, com o uso de um gravador de voz. Cada entrevista foi iniciada somente após o aceite voluntário de cada participante, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), referente à pesquisa envolvendo seres humanos.

As participantes foram esclarecidas acerca do objetivo do estudo, da liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano, sobre a garantia de sigilo e anonimato e autorizaram gravação das entrevistas para melhor apreensão das informações obtidas. Além disso, foram informadas sobre a divulgação dos resultados em eventos e publicações científicas.

No total, foram entrevistadas 13 mulheres, cujas características demográficas estão descritas no quadro 1.



Quadro 1 – Caracterização demográfica das mulheres entrevistadas

Entrevistadas	Idade anos	Cor	Estado civil	Nº filhos	C/ quem mora	Escolaridade	Profissão	Religião	Plano de saúde	Local tratamento	Diagnóstico referido	Tratamento realizado
E1	37	Preta	Casada	1	Marido e filho	Ensino médio e profissionalizante	Auxiliar enfermagem	Católica	Associação comercial e SUS	Santa Casa	Carcinoma infiltrante	Cirurgia e quimioterapia
E2	52	Branca	Casada	3	Marido, 3 filhos 1 neto	Ensino fundamental	Diarista	Católica	SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia e radioterapia
E3	42	Branca	Casada	2	Marido e 1 filho	Ensino médio	Do lar	Igreja das Nações	Unimed	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E4	65	Branca	Divorciada	3	Sozinha	6º ano do ensino fundamental	Cozinheira aposentada	Católica	Iamspe e SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E5	58	Parda	Solteira	2	Filhos	Ensino médio e profissionalizante	Auxiliar adm.	Católica	Unimed	Santa Casa	Carcinoma infiltrativo	Cirurgia e quimioterapia
E6	55	Branca	Divorciada	3	3 filhas e 1 neta	Ensino médio	Telefonista	Católica	Iamspe/SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E7	57	Parda	Casada	2	Marido	5º ano do ensino fundamental	Do lar	Avivamento bíblico	Unimed	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E8	43	Preta	Solteira	5	Filhos	Ensino fundamental	Auxiliar de polimento	Deus é Amor	SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E9	54	Branca	Solteira	3	1 filha	2º ano do ensino fundamental	Empregada doméstica	Congregação Cristã do Brasil	CEAMA e SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E10	59	Preta	Casada	Não tem	Marido	5º ano do ensino fundamental	Atendente de creche	Católica	Unimed e SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E11	53	Branca	Divorciada.	4	2 filhos 2 netos	Ensino médio	Do lar	Aliança com Deus	SUS	Santa Casa e HCM	Câncer de mama	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia
E12	48	Branca	Casada	3	Sozinha	Universitário	Professora Geografia	Igreja Batista	SUS	Santa Casa	Câncer de mama	Cirurgia
E13	35	Branca	Casada	2	Marido e filhos	Ensino médio	Zeladora de escola	Igreja Batista	SUS	Santa Casa	Carcinoma intra ductal	Cirurgia

**Nota:** Com o propósito de garantir o sigilo referente à identificação da população do estudo, utilizo a letra E (entrevistada), seguida do número (1 a 13), de acordo com a ordem em que as entrevistas foram feitas.

Na ocasião das entrevistas, o tempo de tratamento das entrevistadas no serviço de oncologia variou de nove a vinte e quatro meses, com um tempo médio de quinze meses. Quanto ao intervalo de tempo entre a identificação do nódulo e o início do tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia), período em que são realizados todos os exames para confirmação do diagnóstico, este variou de 1 a 6 meses, com um tempo médio de três meses. Cabe destacar que o tempo de espera para início do tratamento é equivalente para mulheres que possuem plano de saúde particular e para aquelas atendidas pelo SUS.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a setembro de 2012, com exceção da primeira, realizada em junho de 2011, com o propósito de avaliar a adequação das questões elaboradas para a entrevista. Essa obedeceu igualmente aos critérios pré-estabelecidos para inclusão dos sujeitos e, por sua pertinência, foi utilizada nesta pesquisa.

Após a experiência da primeira entrevista, elaborada inicialmente com a questão central localizada no meio da entrevista, considerei mais adequado iniciar as demais entrevistas com a questão principal: Como você percebe a comunicação dos profissionais de saúde com você durante o tratamento? Observei que não foi preciso indagar todas as questões, visto que a paciente falava com fluência e espontaneamente, e durante o seu discurso as questões foram respondidas. No entanto, se mantivesse o roteiro como foi elaborado inicialmente, poderia não obter os dados necessários à pesquisa e, por isso, após essa experiência piloto, realizei modificações no roteiro original (APÊNDICE B).

Na busca de maior rigor e sistematização no desenvolvimento da pesquisa, opto por utilizar proposta da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) na coleta, na organização e na análise dos dados da pesquisa e a Análise de Conteúdo para interpretar os dados.

Logo após a primeira entrevista, algumas anotações foram feitas sobre pontos importantes que me chamaram a atenção no discurso da entrevistada. Ao ler a transcrição, já pude identificar algumas características das mensagens do texto, tais como: falta de acesso ao serviço de saúde conveniado, impessoalidade na relação profissional e paciente, minimização da gravidade da doença por parte do médico, falta de afetividade, ação mecânica do oncologista ao comunicar o diagnóstico.

Retomando a leitura dos passos de codificação dos dados, segundo a TFD, pude perceber que havia desenvolvido uma interpretação precoce dos dados, sem fazer antes um minucioso exame do discurso. Essa reflexão é baseada nos fundamentos deste método e na

sua técnica de codificação aberta. Nesta primeira experiência, já se constata o potencial da composição das diferentes perspectivas de pesquisa qualitativa, com a finalidade de tornar a análise dos dados mais rica e reflexiva.

Para Strauss e Corbin (2008), a TFD pressupõe que a coleta de dados seja seguida imediatamente pela análise, a fim de que se dê espaço para que as questões que surjam possam ser integradas ao estudo, tornando-se guias para nova coleta de dados e possibilitando ao pesquisador fazer comparações com base nos conceitos que emergem da análise. Seguindo esse pressuposto, após a realização de cada entrevista, essas foram transcritas na íntegra e a análise foi iniciada pelo procedimento de codificação aberta, o que me permitiu fazer a análise a partir dos dados e não mais por inferência ou interpretação precoce.

Após a realização de cada entrevista, faz-se, nos memorandos, a nota de observação, a nota teórica e a nota operacional, as quais permitem sistematizar as percepções durante as entrevistas, fazer reflexões acerca dos conceitos teóricos relacionados ao conteúdo das falas e, a partir disso, agregar novos questionamentos às entrevistas posteriores.

Esse procedimento, aliado ao processo de codificação dos dados, favoreceu a identificação de elementos que precisavam ser mais bem investigados, permitindo a mudança do foco da amostra. Possibilitou, também, a definição do tamanho da amostra pela saturação das categorias que emergiram da análise, ou seja, quando não surgiram mais questões para investigação e os dados passaram a ser repetitivos.

Foram constituídos três grupos amostrais, dos quais o primeiro, composto por 3 mulheres, seguiu o roteiro inicial (APÊNDICE B). O segundo grupo amostral, com 4 mulheres, seguiu o roteiro inicial, acrescido de três questões que emergiram das reflexões feitas nos memorandos após cada entrevista: 1) *Como as mulheres compreendem a experiência do câncer* 2) *A doença favorece a mudança de valores?* 3) *Ocorre aumento da espiritualidade no período de enfrentamento da doença?*

Durante a análise das entrevistas do segundo grupo amostral, surgiu a seguinte questão: 1) *O relacionamento e a forma de comunicar-se dos profissionais de saúde são diferentes para as pessoas que possuem plano de saúde particular e para pessoas que*

*utilizam o SUS?* Esta questão foi adicionada ao roteiro inicial e às questões anteriores e aplicadas ao terceiro grupo amostral, composto por 6 mulheres.

No processo de codificação e análise dos dados das entrevistas foram identificados os **temas**, formados a partir do agrupamento das categorias e subcategorias, as **categorias**, códigos reagrupados que formam conceitos mais abstratos, e as **subcategorias**, que servem para especificar e esclarecer melhor cada categoria. O Quadro 2 apresenta a descrição geral dos temas, categorias e subcategorias, identificadas a partir da análise dos dados.

Quadro 2 – Descrição dos temas, categorias e subcategorias

<b>Tema 1: Experiência da doença</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Significado da doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O câncer como sentença de morte                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visão das pessoas em geral</li> <li>- Visão das pacientes</li> </ul> </li> <li>• Doença com possibilidade de cura                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos disponíveis</li> <li>- Discurso do médico</li> </ul> </li> </ul>
Sentimentos gerados pelo câncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surpresa no processo de elucidação e confirmação do diagnóstico:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desespero ao encontrar o nódulo</li> <li>- Ansiedade durante a realização dos exames</li> <li>- Indiferença, medo e incerteza ao receber a confirmação do diagnóstico</li> </ul> </li> <li>• Desamparo e desespero ao ser informada sobre o tratamento</li> <li>• Raiva ao longo do tratamento indicado                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incerteza e confiança durante o tratamento farmacológico</li> <li>- Conforto e recusa da abordagem psicológica</li> <li>- Fortalecimento emocional pelo apoio social</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tema 2: Mobilizações pessoais em decorrência da doença</b>	
Mudança de valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O modo de encarar a vida</li> <li>• Os planos para o futuro</li> </ul>
Espiritualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das pacientes</li> <li>• Da família e amigos</li> <li>• Dos profissionais de saúde</li> </ul>
<b>Tema 3: Comunicação entre profissional de saúde e paciente</b>	
Percepções sobre a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos médicos                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobre o diagnóstico</li> <li>- Sobre o tratamento indicado</li> <li>- Durante o tratamento</li> <li>- Sobre o prognóstico</li> </ul> </li> <li>• Dos profissionais de saúde em geral</li> <li>• Entre os profissionais de saúde</li> </ul>
Fatores que influenciam na comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores que facilitam a comunicação</li> <li>• Fatores que dificultam a comunicação</li> </ul>
Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como gostariam de ser tratadas</li> <li>• Preparo dos profissionais de saúde</li> </ul>

Finalizo a introdução em que foi apresentada a delimitação do objeto de pesquisa e os procedimentos metodológicos para favorecer a compreensão do leitor acerca do tema e do caminho percorrido nesta pesquisa e na sequência, exponho brevemente o conteúdo dos capítulos da tese.

O capítulo 1 apresenta uma revisão integrativa da literatura, realizada com a finalidade de conhecer o conteúdo das publicações mais recentes sobre o tema, apresentar uma síntese dos estudos e discutir as principais temáticas levantadas pelos pesquisadores

Em seguida, o capítulo 2 explora o referencial metodológico, descrevendo o histórico, os fundamentos e as etapas da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e da Análise de Conteúdo. Traz uma análise comparativa dos métodos, apresenta uma proposta metodológica, com a combinação desses dois métodos utilizados em pesquisas qualitativas.

O capítulo 3 inicia a apresentação dos resultados, discorrendo sobre o tema 1- ***EXPERIÊNCIA DA DOENÇA***, tema bastante presente no discurso das mulheres, frente ao significado do câncer para elas, ora visto como sentença de morte, ora como uma doença com possibilidade de cura. Além disso, discutem-se os sentimentos gerados pelo câncer no processo de elucidação e confirmação do diagnóstico, ao serem informadas sobre o tratamento e ao longo do tratamento indicado.

Na sequência, o capítulo 4 apresenta o tema 2, referente às ***MOBILIZAÇÕES PESSOAIS EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA***, abordando as mudanças de valores decorrentes da experiência do câncer e a vivência da espiritualidade no enfrentamento da doença.

O capítulo 5 apresenta e discute o tema central deste estudo, a ***COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE***, destacando as percepções das mulheres sobre a comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes e entre os profissionais, salientando os sentimentos positivos e negativos decorrentes da comunicação com os profissionais, bem como os fatores que influenciam na comunicação, facilitando-a ou dificultando-a. O capítulo termina com a discussão sobre o modo como as mulheres gostariam de ser tratadas pelos profissionais de saúde.

Para finalizar, concluo o estudo discutindo as percepções da comunicação entre profissional de saúde e paciente, pela voz de um grupo de mulheres. Apresento as

considerações finais, destacando a experiência da utilização da proposta metodológica adotada neste estudo e a necessidade de “escutar” melhor a opinião e as percepções das pessoas atendidas nos serviços de saúde, para que se possa reconhecer suas necessidades, melhorar a comunicação e, conseqüentemente, o cuidado em saúde.



**CAPÍTULO 1 - COMUNICAÇÃO E CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA  
DA LITERATURA**

---

*“Pesquise pra constatar, constatando, intervenho,  
intervindo, educo e me educo.”*

Paulo Freire



Buscando conhecer o que a literatura traz sobre o tema, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de apresentar uma síntese das publicações e discutir as principais temáticas levantadas pelos pesquisadores sobre a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer.

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências, uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Segundo essas autoras, é apontada como uma ferramenta que sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática, fundamentando-se em conhecimento científico. A revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos publicados, incluindo a análise de estudos experimentais e não-experimentais, pesquisas teóricas e empíricas e possibilita a compreensão do fenômeno analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para essa revisão foi utilizada como estratégia de busca os bancos de dados bibliográficos: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PubMed) e a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Devido à extensão da produção bibliográfica sobre o tema, optou-se pelos limites referentes ao período das publicações, de 2008 a 2011, e aos idiomas português, inglês e espanhol. Para a pesquisa na base PubMed, acrescentou-se o limite em relação ao tipo de estudo, incluindo ensaio clínico, ensaio controlado randomizado, meta-análise, revisão de literatura e guia prático.

Na tentativa de identificar um maior número de estudos, a consulta na base Pubmed foi realizada de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): (Physician-patient relations or profissional-patient relations) and (patient and neoplasms) and (communication), sendo encontrados 112 estudos. Já a consulta na base Lilacs identificou maior número de estudos (total de 22) com a utilização de Palavras-Chave, em vez de descritores, sendo elas: (comunic\$ and medic\$ and paciente\$ and cancer) or comunic\$ and enfermeir\$ and paciente\$ and cancer).

Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados 86 artigos da Pubmed e 15 da Lilacs, visto que os demais tratavam de assuntos não relacionados ao tema em estudo. O acesso aos artigos deu-se por meio do Centro Latino Americano e do Caribe

de Informação em Ciências da Saúde/Bireme, do Portal CAPES, do Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) e da Internet.

Os limites desta revisão são claros, na medida em que se privilegiaram apenas duas bases de dados, embora essas sejam reconhecidas e validadas como importantes bancos de referências bibliográficas no campo da saúde.

A primeira leitura dos artigos gerou um segundo corte, uma vez que havia artigos que não tinham a comunicação como foco da pesquisa. Assim, foram selecionados para análise 77 artigos da base Pubmed e 13 artigos da Lilacs, totalizando 90 estudos. A partir da segunda leitura, caracterizou-se cada estudo, identificando o país em que foi realizado, a profissão do primeiro autor, os objetivos, o tipo de estudo e os principais resultados, bem como as tendências e as principais questões trazidas pelos autores no conjunto dos estudos.

A primeira parte dos resultados refere-se à caracterização geral dos artigos e, em seguida, são apresentados os principais temas abordados pelos pesquisadores. Embora o intervalo de tempo definido nesse estudo seja curto, observa-se maior número de publicações no ano de 2009, com um total de 37 publicações (41%), seguidos do ano de 2010, com 30 (33%) e de 2008, com 21 publicações (23%).

Os estudos foram realizados por pesquisadores de quinze diferentes países, com maior concentração da discussão nos Estados Unidos (44%), seguido do Brasil (14%), Austrália (10%) e Inglaterra (7%). Dentre os profissionais de saúde que escrevem sobre o tema, há a predominância de médicos (40,2%) e enfermeiros (21,9%). Há dois estudos realizados por sociólogos e um, por psicólogo. 29% dos artigos não citam a profissão do primeiro autor. A predominância de médicos e enfermeiros como pesquisadores do tema justifica-se pelo fato de que eles permanecem maior tempo na assistência direta ao paciente e estão em maior número nesses serviços, embora as equipes sejam compostas por outros profissionais, como psicólogo, nutricionista, farmacêutico e assistente social.

Constata-se que os estudos foram publicados em 51 diferentes periódicos e que esses não se restringem à área de oncologia ou de comunicação. Os três periódicos com maior número de publicações são o “Patient Education and Counseling”, com 10 estudos

publicados (11%), seguido do “Journal of Clinical Oncology” e do Journal of Health Communication, com cinco publicações em cada um deles (6,0%).

Para analisar o tipo de produção, foi adotada uma classificação para essa revisão, de acordo com os limites estabelecidos na consulta nas bases de dados. Houve predominância de estudos empíricos (52%), ou seja, os que apresentam os resultados de investigação com metodologia específica, incluindo pesquisa experimental (ensaio clínico controlado randomizado), estudo de campo e estudo de caso. Após, estão os estudos teórico-reflexivos (26%), em que os autores discutem diferentes opiniões sobre um tema e, em seguida, estão as revisões, que abordam um tema referenciando-o à literatura, com 22% dos estudos analisados. Os quadros 3, 4 e 5 apresentam a síntese dos estudos, de acordo com a classificação referente ao tipo de estudo: empírico, teórico-reflexivos e revisão de literatura.

Quadro 3 – Distribuição dos **Estudos empíricos** por autor(res), ano de publicação, técnica de coleta de dados, população, objetivos e principais resultados

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Fukui et al. (2009)	Entrevista	89 pacientes	Avaliar programa de treinamento em habilidade de comunicação para enfermeiros	O grupo controle reagiu mais passivamente às expressões dos pacientes. Concluem que o treinamento é útil para melhorar a habilidade em reconhecer o estresse e comunicar-se com maior eficiência
Brataas et al. (2010)	Observação participante	8 enf. 8 pacientes	Investigar a comunicação relacionada aos objetivos dos pacientes e enfermeiros na consulta de enfermagem	A comunicação está centrada no plano de tratamento médico, a situação e o prognóstico, e as reações psicossociais. Enfermeiras devem ser sensitivas às necessidades dos pacientes
Rask et al. (2009)	Questionário	24 enf. 413 pacientes	Avaliar programa de treinamento em habilidade de comunicação para enfermeiros	O treinamento não aumentou a satisfação das enfermeiras com sua própria comunicação e os níveis de estresse. Não houve aumento da satisfação dos pacientes em relação à comunicação
Royak-Schaler et al. (2008)	Grupo focal	39 pacientes	Investigar a comunicação médico-paciente sobre guias e informações dadas às pacientes afro-americanas com câncer de mama	Pacientes relatam que há lacuna na informação dos médicos sobre diagnóstico, tratamento, efeitos colaterais e seguimento do cuidado. Os guias não são incorporados na prática médica
Gilbar et al. (2009)	Questionário	57 pacientes e seus esposos	Avaliar o relacionamento médico-paciente/esposo e a tomada de decisão compartilhada	Pacientes e esposos preferem a tomada de decisão compartilhada ao invés do paternalismo ou a abordagem baseada na autonomia. É preciso considerar a percepção relacional ao invés da individualista da autonomia do paciente.
Lagarde et al. (2008)	Questionário	176 pacientes	Explorar as preferências de informações sobre prognóstico em pacientes com esofagectomia	A maioria dos pacientes deseja informações detalhadas sobre prognóstico. Uma proporção significativa dos pacientes quer que os especialistas perguntem se eles querem ter essas informações
Endo et al. (2008)	Questionário	100 pacientes	Investigar o tipo e frequência das barreiras dos pacientes com câncer de pulmão em relação ao cuidado psicológico	A maior barreira identificada é a falta de informação correta ou falta de entendimento sobre as opções de tratamento

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Jansen et al. (2008)	Questionário Entrevista	260 pacientes	Examinar as diferenças relacionadas à idade para recordar as informações recebidas durante consulta oncológica	Pacientes idosos têm maior dificuldade para lembrar as informações em relação às pessoas jovens. A lembrança seletiva é influenciada pelo prognóstico (quanto pior, lembra menos)
Smith et al. (2010)	Questionário	89 pacientes	Examinar o impacto de intervenção breve de comunicação/educação para controle da dor	Pacientes do grupo de intervenção relataram diminuição das barreiras para controle da dor, mas a intervenção não altera outros resultados das pacientes. Pacientes mais comunicativos tem maior alívio da dor
Sheppard et al. (2010)	Entrevista	34 pacientes	Descrever fatores de influência nas decisões de tratamentos, descrever os dados usados para melhorar a comunicação profissional-paciente, testar a aceitação dessa intervenção	A maioria relatou problemas de comunicação com os profissionais e que se sentiam despreparados para discutir sobre as opções de tratamento. As pacientes ficaram satisfeitas com a intervenção e sentiram-se melhor preparada para falar com os profissionais
Fukui et al. (2008)	Entrevista	89 pacientes	Avaliar treinamento sobre a comunicação de enfermeiros para lidar com o estresse dos pacientes após diagnóstico de câncer	O apoio fornecido pelos enfermeiros que completaram o programa de treinamento reduziu o estresse dos pacientes e melhorou a maneira de lidar com o câncer
DuBenske et al. (2008)	Entrevista	7 médicos	Apresentar os benefícios e os desafios do sistema de relatório médico (CR), utilizado pelo paciente e/ou cuidador para melhorar a comunicação	Benefícios: melhora as experiências de visita clínica aos pacientes, maior envolvimento dos cuidadores e facilita as intervenções. Desafios: desejo dos usuários para aprofundar informações, preocupação com a privacidade do usuário e uso limitado de pacientes
Li, et al. (2008)	Questionário	199 enfermeiras	Determinar se o enfermeiro especialista em oncologia difere nas atitudes com os pacientes com câncer	As atitudes foram influenciadas pelo nível educacional e experiência de trabalho. Grande maioria prefere discutir com os pacientes e família, após a explicação completa e clara do médico
Audrey et al. (2008)	Observação	37 pacientes 9 oncologistas	Examinar o quanto oncologistas falam aos pacientes sobre os benefícios da sobrevivência na quimioterapia paliativa	A maioria dos pacientes não teve informações claras e na maioria das consultas, as informações foram vagas ou inexistentes

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Lienard et al. (2008)	Questionário	56 médicos	Comparar o impacto de dois programas de treinamento em habilidade de comunicação sobre a ansiedade dos pacientes e famílias	Nenhuma mudança estatisticamente significativa ocorreu nos dois grupos. Os programas de treinamento não tiveram impacto na redução da ansiedade dos pacientes e dos parentes
Jansen et al. (2010)	Questionário	105 pacientes	Investigar as pistas dos pacientes idosos com câncer e como os enfermeiros respondem a essas pistas	As respostas para as pistas emocionais foram, inicialmente de distanciamento, seguida de reconhecimento. Concluem que as respostas dos enfermeiros para pistas emocionais dos pacientes influenciam na recordação das informações dadas aos pacientes
Meropol et al. (2008)	Questionário	743 pacientes	Descrever os valores da qualidade e duração da vida de pacientes com câncer. Explorar associação com preferências de comunicação	As diferenças do pacientes quanto aos valores obtidos nas escalas de qualidade e duração da vida estão associados com as preferências quanto à forma e conteúdo da comunicação do médico
Arora et al. (2009)	Entrevista	246 pacientes	Avaliar a associação entre a comunicação dos médicos e a confiança das pacientes com câncer de mama	A informação e o apoio na tomada de decisão estão associados à confiança das pacientes. O apoio emocional é importante para manter a confiança durante todo o tratamento
Simon et al. (2010)	Entrevista grupo focal	20 profissionais e 10 pacientes	Investigar a visão de profissionais e pacientes de duas clínicas sobre a comunicação por carta em relação ao acompanhamento de triagem do câncer cervical	A maioria dos profissionais e pacientes sentiu desconforto com o uso da palavra câncer na carta enviada às pacientes com Papanicolaou anormal, porém a maioria das pacientes revelou que foi essencial para que procurassem atendimento
McQueen et al. (2009)	Entrevista	64 pacientes e 8 médicos	Descrever a abordagem médico-paciente em relação à triagem do câncer colorretal durante uma visita de saúde	A comunicação dos médicos focaliza a indicação da colonoscopia. Impedem o conhecimento e a discussão das preferências dos pacientes pelos testes existentes, dificultando a tomada de decisão

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Singer et al. (2009)	Questionário	396 pacientes	Investigar a opinião dos pacientes sobre a qualidade do cuidado e o apoio emocional	O apoio emocional deveria ser fornecido por todos os profissionais da equipe. Há necessidade de melhorias sobre cuidados com nutrição e clareza sobre quem é o responsável pelo cuidado
Braeken et al. (2009)	Questionário	92 pacientes	Avaliar a efetividade do Inventário de Triagem de Problemas Psicossociais (SIPP) em pacientes com câncer	Considerado efetivo no reconhecimento e tratamento precoce de sintomas e problemas psicossociais e para melhorar a comunicação entre os membros da equipe e desses com os pacientes e cuidadores
Wilkinson et al. (2008)	Questionário	172 enfermeiras	Avaliar a efetividade de um curso de habilidade em comunicação para enfermeiros	Há evidência quanto à efetividade do treinamento das habilidades de comunicação no cuidado aos pacientes com câncer e cuidados paliativos
Repetto et al. (2009)	Entrevista	622 pacientes	Investigar o atual modelo de comunicação clínica na Itália e as reações relevantes relatadas pelos pacientes	80% dos pacientes consideram completas e compreensíveis as informações recebidas. Os pacientes informados referem melhor expectativa dos que aqueles não informados.
Charalambous et al. (2009)	Narrativa grupo focal	25 pacientes, 6 cuidadores 20 enfermeiras	Descrever as experiências dos pacientes com câncer e seus cuidadores em relação ao cuidado de enfermagem recebidos na oncologia	Descrevem os atributos que caracterizam a qualidade do cuidado de enfermagem: ser valorizado, ser respeitado, ser cuidadoso com a comunicação e apoio de enfermagem, ser seguro, cuidar da religião e da espiritualidade e pertencer
Del Vento et al. (2009)	Entrevista e Observação	8 médicos e 16 pacientes	Analisar como médicos experientes resolvem o dilema da comunicação de más notícias usando a linguagem implícita (utilizada para suavizar o impacto das críticas e solicitações)	Os médicos não usam linguagem implícita o tempo todo. Ao dar más notícias usam termos alternativos para o diagnóstico. Médicos podem dar más notícias honestamente sem ser direto, incorporando a linguagem implícita
Mishel et al. (2009)	Questionário	256 homens	Examinar os efeitos da Teoria Baseada em Intervenções e Gerenciamento da Dúvida na Tomada de Decisão	A intervenção foi efetiva para gerenciar as dúvidas, melhorar conhecimento e habilidades em resolver problemas, como fontes de informação e comunicação interpessoal
Street et al. (2010)	Questionário	148 pacientes	Examinar efeitos de uma intervenção para auxiliar pacientes discutirem sobre dor, preocupações e preferências	Os pacientes do grupo de intervenção discutiram mais do que os do grupo controle, interagindo com os médicos usando a tomada de decisão participativa. O estudo demonstra a eficácia da intervenção

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Shields et al. (2010)	Questionário	45 pacientes	Avaliar uma intervenção de comunicação para capacitar mulheres a falar aos oncologistas sobre suas preocupações	A intervenção aumentou a habilidade para lidar com as consequências da doença e do tratamento. Houve mudanças nos estados de ansiedade, depressão e medos em relação à feminilidade
Step et al. (2009)	Observação	180 pacientes 36 oncologistas	Avaliar diferenças relacionadas à idade na comunicação de oncologistas durante consultas para tomada de decisão em terapias adjuvantes	Oncologistas foram mais fluentes e diretos com pacientes mais idosos do que com os de meia idade. Tenderam a expressar as próprias preferências de tratamento, gerando conflitos de decisão. A comunicação diretiva pode inibir pacientes idosos de expressarem.
Vogel et al. (2008)	Questionário	135 pacientes	Explorar preferências das pacientes com câncer de mama para receber informações e tomar decisões	A qualidade de informação recebida do médico foi melhor nas respostas do questionário aplicado uma semana após a cirurgia. Quase metade das mulheres mudou sua preferência em relação à decisão tomada no início do tratamento.
Salles et al. (2010)	Entrevista	23 cuidadores de crianças com câncer	Validar o conteúdo e a compreensão do material informativo para pacientes em quimioterapia e familiares	A avaliação foi positiva e as informações foram consideradas esclarecedoras pela maioria dos entrevistados. Alguns contribuíram com sugestões que foram acrescentadas no material.
Primo et al. (2010)	Questionário	120 pacientes	Verificar como se dá a comunicação entre médicos e pacientes com câncer genital ou mamário sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico	40% das participantes consideram que há problemas na comunicação com o médico, sendo esses referentes à linguagem utilizada, à beneficência e atitudes paternalistas dos médicos, a não consideração da autonomia e a falta de poder real para a decisão das pacientes
Gomes et al. (2009)	Entrevista	396 pacientes 76 médicos	Analisar eticamente a conduta de médicos especialistas em oncologia e não especialistas quanto à comunicação do diagnóstico de câncer	Médicos não especialistas deixaram de informar o diagnóstico a 87% de seus pacientes. Os especialistas omitiram tal informação para 6,4% . 27,4% dos familiares dos pacientes não informados, não tiveram informações do diagnóstico e em 14,2% dos casos, a família solicitou ao médico que não falasse o diagnóstico ao paciente

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Vasconcelos-Silva et al. (2009)	Entrevista	11 cirurgiões oncológicos	Compreender as diferentes lógicas de autonomia presentes nos conflitos entre prescrições cirúrgicas e expectativas dos pacientes com câncer	Nos discursos apareceram os conceitos de autonomia e contradições sobre a necessidade de um retorno ao equilíbrio existencial prejudicado pelo câncer. Concluem que há necessidade de maior reflexão do conceito de autonomia que permeia as ações cotidianas
Malta et al. (2009)	Entrevista	5 oncologistas pediátricos	Descrever o momento da comunicação do diagnóstico do câncer infantil para o paciente e família e as dificuldades dos oncologistas no tratamento de crianças	Categorias encontradas: a verdade deve ser dita para crianças e cuidadores, dificuldades na organização e estrutura do serviço e, humanização. A comunicação do diagnóstico é um momento delicado para o paciente, família e médico.
Silva et al. (2011)	Entrevista	20 médicos	Analisar as percepções e dificuldades que os médicos vivenciam frente ao paciente oncológico	Descrevem as diferenças entre os médicos quanto à comunicação do diagnóstico e da terapêutica, e sua influência na relação e no vínculo com pacientes e famílias. Sugerem que essa temática seja incorporada na formação médica.
Mandelblatt et al. (2010)	Entrevista por telefone	801 pacientes	Examinar a relação entre as preferências das pacientes e o uso da quimioterapia	A forte preferência por quimioterapia está associada ao maior benefício do tratamento. A taxa das mulheres que receberam quimioterapia (42%) é maior do que a média de outros estudos
Araújo et al. (2010)	Entrevista	8 enfermeiras	Compreender a comunicação enfermeiro-paciente na assistência à mulher mastectomizada	As dificuldades no processo de comunicação estão associadas à demanda de atividades, tempo e despreparo para se comunicar de modo efetivo. A capacitação profissional é a estratégia para amenizá-las
Rodrigues et al. (2010)	Entrevista	12 enfermeiras	Conhecer como se dá a comunicação enfermeiro-pacientes portadores de câncer fora de possibilidades de cura	Categorias analisadas: comunicação verbal e não verbal como meio de interação, a experiência familiar modifica a atitude profissional e dificuldades no processo de comunicação. Apontam necessidade de melhor formação, capacitação e treinamento para os profissionais

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Matos et al. (2010)	Entrevista e Observação sistemática	19 profissionais 4 pacientes 2 familiares	Analisar a contribuição das experiências de duas equipes para constituição de novas formas de organização de trabalho	A perspectiva interdisciplinar possibilita melhores relações de trabalho entre os profissionais, aproxima os profissionais das reais necessidades dos pacientes, contribui para qualidade da assistência, favorecendo vínculo, acolhimento e o acesso
Piñeros et al. (2009)	Entrevista e revisão de prontuário	1106 pacientes	Caracterizar diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama em Bogotá e examinar a extensão e determinantes da demora na assistência	Mais de 80% das mulheres procuraram serviço médico em estado avançado da doença. Fatores relacionados à demora na assistência: idade avançada, falta de seguro social, dificuldades em reconhecer sintomas, medo do diagnóstico de câncer. Destacam a necessidade de estratégias de comunicação e educação visando a detecção precoce
Zacharias et al. (2010)	Relato de caso	1 paciente	Apresentar o caso de um paciente com carcinoma metastático	A evolução do paciente foi contrária ao que é descrito na literatura e ao que lhe foi antecipado. Médicos devem avaliar cuidadosamente cada paciente e escolher as palavras em toda comunicação com eles
Rowland et al. (2009)	Questionário	83 pacientes	Testar a eficácia de um grupo de intervenção para melhorar o bem-estar sexual das mulheres sobreviventes de câncer de mama	Não houve diferença estatisticamente significativa no grupo de intervenção, porém neste grupo as mulheres relataram melhora no relacionamento, comunicação com o marido e na satisfação sexual
Saxe et al. (2008)	Questionário	2527 pacientes	Determinar o quanto as mulheres com câncer de mama revelam aos seus médicos o uso de Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e identificar os fatores associados	A grande maioria das pacientes relata usar alguma forma de MAC, porém a minoria revela esse fato aos seus médicos. Consideram que os médicos não aceitam tais práticas. Os dados revelam necessidade de desestigmatizar a comunicação sobre MAC
Ben-Arye et al. (2008)	Relato de caso	1 paciente	Apresentar um caso que exemplifica os desafios éticos entre oncologistas e os profissionais no uso da medicina integrativa	Os autores analisam o caso, clarificando os conflitos e as questões éticas. Propõem uma estrutura para melhorar a comunicação entre os profissionais de cuidado convencional e de MAC

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais resultados</b>
Dázio et al. (2009)	Observação participante e entrevista	16 homens	Analisar os sentidos que os homens em tratamento de câncer colorretal atribuem à experiência de doença	<p>O reconhecimento da gravidade da doença e o fato de submeter-se à cirurgia e ao estoma revelam tensão entre os padrões de masculinidade e as novas formas de identidade.</p> <p>Conhecer essa realidade facilita a comunicação e o planejamento de cuidados.</p>

Quadro 4 – Distribuição de **Estudos teórico-reflexivos** por autor(res), ano de publicação, objetivos e principais considerações

Autor(es) e ano de publicação	Objetivo(s)	Principais considerações
Elmore et al. (2010)	Discutir a tomada de decisão compartilhada e seus desafios; fornecer sugestões para melhorar a comunicação	Para oferecer cuidado em saúde com qualidade é preciso desenvolver métodos de previsão de riscos, aprender como comunicar incertezas do nosso conhecimento e os riscos e benefícios de cada opção de tratamento
Khatcheressian et al. (2008)	Descrever o papel do paciente e do médico ao conduzir a indicação do “cuidado fútil” e oferecer passos práticos para que os oncologistas possam evitar terapia desnecessária	Recomendam: falar com os pacientes de maneira direta e honesta, escrever pontos chaves das informações fornecidas, encorajar perguntas, ter disponibilidade para responder questões e valorizar a participação em treinamento para discutir esses tópicos
Diefenbach et al. (2009)	Abordar os desafios da comunicação entre pacientes com câncer e profissionais de saúde. Revisar novas abordagens e intervenções em câncer baseadas em evidências	Há necessidade de entender o impacto da comunicação no processo de informação, tomada de decisão e comportamento com a saúde. Descrevem intervenções direcionadas aos pacientes, profissionais e intervenção multimídia. Recomendam novas abordagens teóricas, desenvolvidas por equipes multidisciplinares
Parker et al. (2009)	Discutir as dificuldades da comunicação e descrever estratégias de abordagens para pacientes com câncer	Descrevem as dificuldades de comunicação das pacientes para expressar seus desejos por informações e envolver-se na tomada de decisão sobre o tratamento e também as dificuldades de comunicação dos médicos
Amalraj et al. (2009)	Apresentar tendências atuais sobre a capacidade de compreensão em saúde, comunicação médico-paciente e processo de tomada de decisão no tratamento	Pacientes idosos têm menor capacidade de compreensão em saúde, com dificuldades para entender, lembrar e agir com as informações recebidas
Marcusen (2010)	Identificar necessidades de informação dos indivíduos com câncer avançado, oferecer guia como recurso de informação segura e sugerir formas para aperfeiçoar a comunicação	Descreve os passos para obter informações e as habilidades de comunicação que facilitam a coleta e uso das informações. É responsabilidade do enfermeiro entender as necessidades de informações e ser capaz de comunicar-se efetivamente
Fennel et al. (2010)	Examinar uma estrutura organizacional (Tratamento e Cuidado Multidisciplinar) que focaliza as interfaces entre especialistas envolvidos no tratamento do câncer	MDC é um método de cuidado que assegura a troca das informações relacionadas ao paciente entre médicos e serviços de apoio envolvidos no cuidado. Apresentam o modelo conceitual e as conexões entre contexto, estrutura, processo e desempenho da equipe e seus efeitos no processo de tratamento e resultados dos pacientes

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais considerações</b>
Bahti (2010)	Fornecer uma visão geral da complexidade da comunicação e discutir as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e emocionais dos pacientes e familiares que lidam com o câncer	Apresenta tabelas sugerindo perguntas oportunas em cada fase do tratamento para avaliar a compreensão do paciente sobre seu estado atual, o diagnóstico e as opções de tratamento. Destaca a enfermeira como profissional chave nesse processo.
Nekhlyudov et al. (2010)	Explorar os desafios na interface dos profissionais de cuidado primário e especialistas	A comunicação entre profissionais do cuidado primário, especialistas e paciente pode diminuir o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, apoiar os profissionais de cuidado primário na apropriação do diagnóstico e evitar testes desnecessários
Sciubba (2009)	Discutir o processo do fim da vida e as necessidades físicas e emocionais do paciente com câncer de cabeça e pescoço	A comunicação entre inter-profissionais, com os cuidadores, paciente e família é essencial para o entendimento e valorização do contexto do paciente e no gerenciamento do cuidado
Penner (2009)	Identificar os desafios psicossociais dos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço e seus familiares; Discutir oportunidades de pesquisas na área.	O câncer de cabeça e pescoço causa grande impacto psicossocial no próprio paciente e em sua família. A abordagem de reabilitação na estrutura dos cuidados paliativos é necessária para atender as necessidades dos pacientes e família.
Shaw et al. (2009)	Examinar as influências culturais sobre a capacidade de compreender as questões de saúde, triagem de câncer e resultados em doenças crônicas.	As crenças culturais sobre saúde e doença contribuem na compreensão e no agir frente às instruções dos profissionais de saúde. Diferenças culturais entre profissionais e pacientes incluem linguagem, crenças religiosas, vínculo familiar, estilo de interação, normas de gênero e conceitos diversos sobre a medicina ocidental
Hesse (2009)	Discutir a comunicação atual sobre câncer, a partir da identificação de formas para acelerar o sucesso contra o câncer	Discute resultados da reunião de diretores dos Centros de Câncer do Instituto Nacional do Câncer dos EUA, em 2005, onde a comunicação foi identificada como foco de pesquisas futuras
Frenkel et al. (2010)	Discutir um modelo de comunicação efetiva médico-paciente sobre o uso da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) no cuidado ao paciente com câncer.	A comunicação adequada inclui troca de informações, respostas às necessidades emocionais e gerenciamento das incertezas. A comunicação pode facilitar a discussão sobre o uso informado e a integração das MAC no cuidado ao paciente

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais considerações</b>
Eggly et al. (2009)	Destacar as áreas de pesquisa em comunicação na área de oncologia	Abordam três áreas de comunicação: área de pesquisa atual (definir, avaliar e ensinar comunicação efetiva), área de investigação (transição do tratamento curativo para o paliativo, comunicação efetiva) e teorias e abordagens de futuras pesquisas (baseadas em teorias, intervenção e transdisciplinar)
Turner et al. (2008)	Descrever o desenvolvimento e o conteúdo de um manual educativo	Manual para auxiliar os enfermeiros e demais profissionais no entendimento do impacto emocional de pais de crianças com câncer avançado. Inclui informações sobre as reações específicas das crianças e estratégias para ajudá-las a lidar com a situação, expõem exercícios de resolução de problemas e estratégias de comunicação
Quillin et al. (2009)	Descrever os componentes relevantes da comunicação nos sistemas de cuidado em saúde, focando o nível macro	O cuidado fragmentado dificulta a comunicação entre profissionais e com os pacientes. Fatores influenciam na comunicação: financiamento do sistema, ambiente físico e distância entre residência e serviço de saúde
Kiely et al. (2010)	Apresentar reflexões sobre a comunicação do tempo de sobrevivência dos pacientes com câncer	A informação sobre a média de sobrevivência encontrada nos ensaios clínicos pode desencorajá-los, portanto, orientam o uso dos múltiplos da média para expressar reais cenários (típicos, melhores e piores)
Menossi et al. (2008)	Apresentar reflexão sobre a prática interdisciplinar como recurso para o cuidado de crianças e adolescentes com câncer que apresentam dor	Fundamentada na teoria do pensamento complexo, de Edgar Morin, destacam necessidade da articulação de saberes e construção de um projeto comum entre os profissionais para a prática do cuidado integral e superação da fragmentação do cuidado
Saraiva et al. (2010)	Apresentar um mapa para discussão das opções de tratamento, incluindo o cuidado paliativo	Passos do mapa: elucidar percepções dos pacientes, dar más notícias, reconhecer emoções e lidar com empatia, estabelecer objetivos do tratamento de modo compartilhado, informações sobre as opções de tratamento e fazer recomendações. Pacientes preferem comunicação honesta e aberta e isso requer abordagem individualizada

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Principais considerações</b>
Campbell et al. (2010)	Discutir os quatro desafios comuns aos oncologistas quando falam do prognóstico aos pacientes	Enfocam as informações que deveriam ser expressas, como lidar com a reação emocional do paciente após dar más notícias, como isso afeta os oncologistas e como preservar a esperança apesar do mau prognóstico. Evitar tais discussões limita as possibilidades dos pacientes de lutar pelos benefícios do tratamento e dos serviços
Surbone et al. (2010)	Discutir a comunicação dos profissionais de oncologia sobre as necessidades espirituais dos pacientes	Discutem o papel da espiritualidade e religião no cuidado clínico e descrevem exemplos de estratégias que podem auxiliar os profissionais na abordagem desse tema inevitável na trajetória do tratamento do câncer
McCaffery et al. (2010)	Discutir a indicação de rotina do exame de ressonância magnética para mulheres com diagnóstico recente de câncer de mama	Considerado como um exame pré-operatório que não possui evidências concretas quanto aos benefícios, sugerem que as mulheres sejam orientadas previamente e possam fazer a escolha informada durante a abordagem de consentimento informado na comunidade e não no momento de estresse e vulnerabilidade emocional.

Quadro 5 – Distribuição dos estudos de **Revisão da literatura** de acordo com auto(res), ano de publicação, número de estudos, bases de dados utilizadas, objetivo e principais resultados

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Nº de estudos</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
O'Brien et al. (2009)	n=34	Medline, Embase, HealthStar, Cinahl, Cancerlit, Sociological abstracts, PsycInfo e Cochrane Library	Analisar ensaios clínicos randomizados que tratam da ajuda na tomada de decisão relacionada ao câncer	Os diferentes tipos de auxílio na decisão relacionada ao câncer melhoram significativamente o conhecimento, reduzem a ansiedade
Clayton et al. (2008)	n=27	Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo, Cochrane	Examinar estudos que investigaram a esperança na comunicação sobre prognóstico e fim da vida, com pacientes com doenças terminais e suas famílias	Maioria dos estudos mostra que esconder ou distorcer a verdade não gera esperança e pode ser mais amedrontador. Para pacientes e cuidadores o modo como é dada a informação é mais importante que o conteúdo
Rodin et al. (2009)	n=21	Medline, PsycInfo, Embase, Cochrane	Identificar métodos de comunicação que podem impactar positiva ou negativamente no stress dos pacientes	Há evidências de redução de ansiedade quando a discussão sobre a expectativa de vida e prognóstico é incluída na consulta. As técnicas para aumentar a participação dos pacientes na tomada de decisão foram associadas à maior satisfação.
Rita et al. (2008)	n=10	Cochrane, Library, Eric, Medline, Embase, Psycinfo, Cinahl, Sociological Abstracts, Dissertation Abstracts	Avaliar as intervenções para melhorar a comunicação com crianças e adolescentes sobre o câncer, seu tratamento e implicações	Não há rigor na avaliação das intervenções. Há fracas evidências de que crianças e adolescentes tenham benefício com programas de oferta de informações de apoio antes e durante procedimentos e intervenções que focam a reintegração escolar e atividades sociais
Fujimori et al. (2009)	n=24	Medline, PsychInfo	Conhecer as preferências dos pacientes em relação à comunicação de más notícias e os fatores associados	As preferências foram relacionadas ao local, à maneira de comunicar más notícias, o apoio emocional e, quantidade de informações. Pacientes mais jovens, femininos e com maior escolaridade desejam receber informações mais detalhadas e apoio emocional.

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Nº de estudos</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
Csaszar et al. (2009)	n=228	Medline, Embase, e PsycInfo	Investigar se a comunicação compassiva afeta os resultados e quais ferramentas podem ser usadas na comunicação com esses pacientes	A abordagem multidisciplinar fornece melhores resultados para os pacientes As revisões revelam poucos estudos randomizados e controlados sobre intervenções psicossociais em pacientes com câncer
Paul et al. (2009)	n=245	Medline e PsycInfo	Examinar o progresso da base de evidências em revelar más notícias aos pacientes com câncer	55% das publicações fornecem novos dados e 16,7% são estudos de intervenções. A maioria delas direcionada para melhorar a habilidade do profissional ao invés de avaliar os resultados dos pacientes. Menos de 2% das publicações constitui estudos de intervenção
Innes et al. (2009)	n=13	Centre for Reviews and Dissemination hierarchy of evidence	Identificar as preferências dos pacientes com câncer avançado sobre a informação do prognóstico	Pacientes preferem a honestidade dos profissionais, e a maioria deseja conhecer o prognóstico. Para parte deles, a comunicação aberta sobre o fim da vida pode destruir a esperança. A discussão deve ser cuidadosa, individualizada e manter ambigüidade sobre o futuro, se o paciente desejar
Walling et al. (2008)	n= ?	Medline, Cochrane	Identificar evidências sobre a prática clínica de alta qualidade para informação e plano de cuidado aos pacientes com câncer	A literatura sugere que há um padrão mínimo na prática existente, porém, não são incorporados na prática oncológica
Uitterhoeve et al. (2010)	n=7	Medline, PsycInfo, Cinahl	Identificar se o treinamento para profissionais de saúde melhora os resultados dos pacientes.	Nenhuma evidência foi encontrada sobre a efetividade do treinamento em comunicação na satisfação e no estresse dos pacientes. Sugerem que os conteúdos dos treinamentos devem estar ligados às expectativas dos pacientes e ao plano de cuidado

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Nº de estudos</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
Jayde et al. (2009)	n=87	Amed, Cinahl, EBM reviews Medline, Premedline, Proquest Dissertation and theses e PsycInfo	Descrever o conhecimento atual em relação aos sintomas do câncer de ovário e examinar as razões para a demora em obter o diagnóstico	A doença é pouco reconhecida por ser silenciosa e ter sintomas vagos. O relacionamento pobre entre médico e pacientes é uma das barreiras para o diagnóstico. Enfermeiras podem atuar na promoção de saúde e prevenção da doença
Venetis et al. (2009)	n=25	PsycInfo, EbscoHost, Medline	Testar a associação entre comunicação centrada no paciente, o comportamento instrumental e a satisfação dos pacientes após visita	A comunicação centrada no paciente tem associação relativamente forte com a satisfação dos pacientes. Há base de evidência para a eficácia do cuidado centrado no paciente
Jacobsen et al. (2009)	n=37	Cochrane, Medline, Web of Science e Embase	Explorar as evidências sobre as barreiras para o controle da dor em pacientes com câncer	Maioria dos estudos aborda as barreiras cognitivas dos pacientes, afetando a comunicação da dor pelo paciente e a adesão ao medicamento. As barreiras sensoriais e afetivas são pouco estudadas.
Trice et al. (2009)	n= ?	Não citam	Analisar a literatura em relação à comunicação entre oncologistas e pacientes com câncer avançado	Muitos pacientes têm os sintomas inadequadamente controlados e há pouca utilização dos serviços de cuidado paliativos. Evidencia necessidade de pesquisas que tratem das deficiências do cuidado no fim da vida
Bevan et al. (2008)	n= ?	Academic Search Premier, EBSCO, Communication and Mass Media Complete, PsychArticles, PsycInfo, Health Source: Nursing Academic Edition library databases	Relacionar as pesquisas existentes sobre cuidado pela família e informação em saúde com a capacidade de compreender o câncer	A família é fonte de informação em saúde e influencia na tomada decisão do tratamento e cuidados. Em geral os profissionais não consideram a capacidade de compreensão e conhecimento dos familiares

<b>Autor(es) e ano de publicação</b>	<b>Nº de estudos</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
Glück et al. (2010)	n= ?	Não citam	Apresentar dados da literatura sobre tratamento de mulheres com câncer de mama em estágio inicial	Evidências mostram problemas no cuidado: falta de adesão dos médicos aos guias de recomendações de terapias conservadoras, comunicação médico-paciente insatisfatória, cuidado inadequado e dificuldade na captação de dados, incluindo o estímulo à pesquisas
Singh et al. (2010)	n=6	Estudos de meta-análise realizados nos EUA e Canadá	Avaliar diferenças de grupos demográficos e comparar sistemas médicos do Canadá e EUA quanto às expectativas dos pacientes e envolvimento na tomada de decisão	Metade dos pacientes prefere o relacionamento colaborativo com seu médico. A maioria deles tomou a decisão que preferiam, e quase 40% discordaram da que foi praticada. Destacam necessidade de incorporação da comunicação individualizada
Tarricone Júnior et al. (2010)	n=8	Medline, Lilacs e Cochrane	Identificar o padrão de comunicação do diagnóstico de câncer de mama, avaliando os aspectos relevantes envolvidos nesse processo.	Não há padrão fixo para comunicação do diagnóstico. A maioria dos autores defende a comunicação centrada no paciente, com informações de acordo com as necessidades de cada um.
Cristo et al. (2011)	n=25	Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e PePSIC	Analisar os estudos brasileiros que abordam sobre comunicação e câncer	Houve grande aumento de pesquisas na área, porém carece de estudos que abordem a divulgação nos meios de comunicação, acompanhamento de crianças, comportamentos não verbais e intervenções para melhorar a comunicação
Schofield et al. (2010)	n= 36	Medline, PsycInfo e Cinahl	Analisar a literatura que aborda o uso da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) e desenvolver um guia baseado em evidências para auxiliar os profissionais de saúde	Apresentam um guia baseado em evidências com os passos a serem seguidos pelos profissionais na discussão sobre o uso de MAC. Estimulam a tomada de decisão informada sobre o seu uso.

Na maioria dos **estudos empíricos**, observa-se que os pacientes se constituíram como população estudada. Várias pesquisas (BRATAAS; THORSNES; HARGIE, 2010; RASK et al.; 2009; AUDREY et al., 2008; SIMON et al., 2010; MCQUEEN et al., 2009; DEL VENTO et al., 2009; STEP; SIMINOFF; ROSE, 2009; GOMES et al., 2009) foram realizadas com pacientes e profissionais; dois estudos tiveram como população de estudo a família, pacientes e profissionais (CHARALAMBOUS; PAPADOPOULOS; BEADSMOORE, 2009; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010) e apenas uma pesquisa incluiu pacientes e familiares (GILBAR; GILBAR, 2009). Os profissionais de saúde que fizeram parte dos estudos são enfermeiros e médicos.

Observa-se que vários autores utilizaram mais de um instrumento para coleta de dados, associando entrevista e questionário (JANSEN et al., 2008), entrevista e grupo focal (SIMON et al., 2010; CHARALAMBOUS; PAPADOPOULOS; BEADSMOORE, 2009), entrevista e observação (DEL VENTO et al., 2009; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010; DÁZIO; SONOBE; ZAGO, 2009) ou entrevista e revisão de prontuário (PIÑEROS et al., 2009). No geral, a entrevista foi o instrumento mais aplicado (50%), seguida do questionário (23,8%), observação participante (16,6%) e grupo focal (7,1%).

As temáticas abordadas neste tipo de estudo, em ordem decrescente de frequência, foram comunicação médico-paciente; avaliação de programas de intervenção com pacientes e famílias; avaliação de programas de treinamento em habilidades de comunicação; comunicação enfermeira-paciente e comunicação profissional de saúde-paciente.

A comunicação médico-paciente foi abordada em 20 estudos, e um dos aspectos mais estudados refere-se às preferências dos pacientes em obter informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico e em relação à tomada de decisão compartilhada.

Para Gilbar e Gilbar (2009), a relação médico-paciente caracteriza-se de acordo com as diferentes formas de abordagem e revela que pacientes e esposos preferem a tomada de decisão compartilhada, em que médicos e pacientes dividem a responsabilidade e a família é envolvida em todos os estágios do processo, em vez do paternalismo ou da abordagem baseada na autonomia.

Dentre os fatores que influenciam a tomada de decisão sobre tratamento, Sheppard et al. (2010) constataram que os pacientes têm problemas de comunicação com os

profissionais e se sentem despreparados para discutir sobre as opções de tratamento. Segundo Primo e Garrafa (2010), os problemas na comunicação com o médico são aqueles referentes a linguagem utilizada, beneficência, atitudes paternalistas, não consideração da autonomia e falta de poder real para a decisão das pacientes.

A observação realizada por Audrey et al. (2008) revela que, na maioria das consultas médicas, as informações sobre os benefícios da sobrevivência com a quimioterapia paliativa foram vagas ou inexistentes. A falta de informação correta ou a falta de entendimento sobre as opções de tratamento (ENDO et al., 2008), assim como a comunicação do médico focalizando um determinado tipo de procedimento impedem o conhecimento e a discussão das preferências dos pacientes, dificultando a tomada de decisão (MCQUEEN et al., 2009).

Os estudos realizados com médicos mostram os desafios e a complexidade da comunicação com pacientes e famílias, sendo este um momento delicado para todos - paciente, família e médico (DEL VENTO et al., 2009; MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).

Ao analisar a conduta de médicos especialistas e não especialistas em oncologia em relação à comunicação do diagnóstico de câncer, Gomes et al. (2009) relatam que médicos não especialistas deixaram de informar o diagnóstico a 87% de seus pacientes, enquanto os especialistas omitiram tal informação para 6,4% dos participantes. Em oncologia há quase unanimidade sobre a necessidade de se falar a verdade aos pacientes, embora haja, ainda, diversidade quanto à forma de comunicá-la, o que influencia diretamente na relação e no vínculo do profissional com pacientes e famílias (SILVA et al., 2011).

Alguns estudos abordam a questão ética e a necessidade de reflexão acerca do conceito de autonomia (PRIMO; GARRAFA, 2010; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; VASCONCELOS-SILVA; NOLASCO, 2009), as dificuldades na comunicação e as atitudes dos médicos (GILBAR; GILBAR, 2009; AUDREY et al., 2008; PRIMO; GARRAFA, 2010). Dois estudos discutem acerca dos desafios da comunicação entre médicos do cuidado convencional e profissionais que trabalham com medicina alternativa ou complementar (MAC) (SAXE et al., 2008; BEN-ARYE; SCHIFF; GOLAN, 2008). Segundo Saxe et. al. (2008), há necessidade de desestigmatizar a comunicação sobre MAC,

considerando que a minoria dos pacientes que as utiliza revela esse dado a seus médicos do cuidado convencional.

A avaliação de intervenções realizadas com pacientes e familiares ou referentes ao processo de trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado foi realizada em nove estudos (SMITH et al., 2010; SHEPPARD et al., 2010; DUBENSKE et al., 2008; BRAEKEN et al., 2009; MISHEL et al., 2009; STREET et al., 2010; SHIELDS et al., 2010; SALLES; CASTRO, 2010; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010), sendo que a maioria obteve resultados positivos com elas. Apenas um dos estudos apresenta resultado parcial sobre a efetividade do uso de um instrumento para identificar problemas psicossociais em pacientes com câncer (BRAEKEN et al., 2009).

Os estudos que avaliam as intervenções com pacientes e familiares tiveram resultados positivos, sendo elas consideradas efetivas na medida em que contribuíram para gerenciar as dúvidas; melhorar conhecimento e habilidades dos pacientes em resolver problemas (MISHEL, et al., 2009); melhorar a interação com os médicos usando a tomada de decisão compartilhada; ajudar os pacientes com câncer a falar sobre controle da dor (STREET, et al., 2010); aumentar a habilidade para gerenciar as consequências da doença e do tratamento e, conseqüentemente, mudanças nos estados de ansiedade, depressão e medos (SHIELDS et al., 2010).

A utilização do sistema de relatório médico pelo paciente e/ou cuidador demonstrou benefícios, como a melhora das experiências de visita clínica aos pacientes, maior envolvimento dos cuidadores e maior aceitação das intervenções (DUBENSKE et al., 2008).

A temática sobre treinamento em habilidades de comunicação para profissionais de saúde foi tratada em cinco estudos. Destes, dois mostraram resultados positivos em relação à diminuição do estresse dos pacientes e melhor comunicação dos enfermeiros no cuidado aos pacientes (FUKUI et al., 2008; WILKINSON et al., 2008), enquanto nos outros três não houve mudança significativa referente à habilidade dos enfermeiros para detectar o estresse dos pacientes, à satisfação dos pacientes em relação à comunicação com enfermeiros após o treinamento, e à redução da ansiedade dos pacientes e familiares (FUKUI et al., 2009; RASK et al., 2009; LIENARD et al., 2008).

Os autores discutem sobre várias modalidades de treinamento. Um dos mais utilizados é o modelo *SPIKES*, desenvolvido por Baile et al. (2000). Este consiste em seis passos: estabelecer preparação, percepção, convite para revelar a informação, conhecimento, emoções com resposta empática, esclarecer estratégias.

Ao discorrerem sobre as dificuldades dos pacientes e familiares no enfrentamento do câncer e sobre as falhas na comunicação dos profissionais, alguns autores recomendam que os profissionais de saúde recebam treinamento com a finalidade de melhorar a comunicação (MCQUEEN et al., 2009; MISHEL et al., 2009). Para Silva et al. (2011) essa temática deve ser incorporada à formação médica.

A comunicação enfermeira-paciente foi temática de seis estudos. A análise da interação, das atitudes e da comunicação constituiu-se como foco de cinco estudos (BRATAAS; THORSNES; HARGIE, 2010; LI et al., 2008; JANSEN et al., 2010; ARAÚJO et al., 2010; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010). O cuidado de enfermagem em serviços de oncologia foi avaliado por pacientes e cuidadores no estudo de Charalambous, Papadopoulos e Beadsmoore (2009), que identificaram alguns atributos da qualidade do cuidado: ser valorizado, respeitoso, seguro, cuidadoso com a comunicação, oferecer apoio aos pacientes e cuidar da espiritualidade.

A comunicação efetiva pode favorecer atitudes positivas do paciente em relação à doença, maior participação no tratamento e melhora da perspectiva do futuro. No entanto, a literatura mostra que os pacientes têm ampla extensão de necessidades, os quais dificilmente são satisfatoriamente atendidas pelos profissionais (BRATAAS; THORSNES; HARGIE, 2010).

Os estudos que abordam a comunicação com o paciente oncológico, sem especificar um determinado profissional, investigam temas como a comunicação dos profissionais de saúde e a qualidade do cuidado (SINGER et al., 2009; REPETTO et al., 2009), a comunicação por carta para acompanhamento do câncer cervical (SIMON et al., 2010), as dificuldades dos pacientes para lembrar informações recebidas (JANSEN et al., 2008) e os aspectos que colaboram para o grande intervalo entre o aparecimento dos sintomas e a primeira consulta, dificultando o diagnóstico precoce (PIÑEROS et al., 2009).

Os **estudos teórico-reflexivos** trazem conceitos, análises e avaliações das tendências sobre comunicação profissional de saúde-paciente e são considerados essenciais

na discussão desse tema. Dentre os aspectos mais abordados, destacam-se as necessidades psicossociais dos pacientes e das famílias, incluindo as preferências e as necessidades de informações (MARCUSEN, 2010; BAHTI, 2010; SCIUBBA, 2009; PENNER, 2009; SHAW et al., 2009; KIELY; TATTERSALL; STOCKLER, 2010), e a tomada de decisão compartilhada (ELMORE; GANSCHOW; GELLER, 2010; SARAIVA; ARNOLD; TULSKY, 2010).

As dificuldades e os desafios da comunicação entre profissionais e pacientes com câncer são discutidos em vários estudos, levando em conta a gravidade da doença, o impacto que acarretam na vida do paciente e da família e a alta demanda emocional que provocam nos profissionais (KHATCHERESSIAN et al., 2008; DIEFENBACH et al., 2009; PARKER; AARON; BAILE, 2009; AMALRAJ et al., 2009; PENNER, 2009; KIELY; TATTERSALL; STOCKLER, 2010; CAMPBELL et al., 2010).

Constata-se que grande parte dos autores apresenta, de forma clara e objetiva, diversas estratégias com a finalidade de melhorar a comunicação. Uma delas é o trabalho em equipe interdisciplinar (DIEFENBACH et al., 2009; FENNEL et al., 2010; QUILLIN et al., 2009; MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008). Para esses autores, a qualidade do tratamento de pacientes com câncer depende da interação e boa comunicação entre os vários profissionais de saúde e entre os médicos envolvidos no tratamento.

Nekhlyudov; Latosinsky (2010) discutem a relevância da comunicação entre especialistas e médicos de família, considerando que o paciente se mantém em acompanhamento tanto no serviço de atenção primária, quanto no serviço especializado.

Outra estratégia apresentada neste tipo de estudo são os guias destinados aos profissionais de saúde para auxiliar tanto na compreensão das necessidades e reações dos pacientes e familiares no enfrentamento da doença, quanto no desenvolvimento da habilidade de comunicação (MARCUSEN, 2010; TURNER et al., 2008; SARAIVA; ARNOLD; TULSKY, 2010).

Vários estudos discorrem sobre comunicação efetiva (ELMORE; GANSCHOW; GELLER, 2010; KHATCHERESSIAN et al., 2008; DIEFENBACH et al., 2009; PARKER; AARON; BAILE, 2009; MARCUSEN, 2010). Dentre as estratégias para efetivá-la, Parker, Aaron e Baile (2009) destacam como essencial o treinamento de estudantes de medicina sobre fundamentos éticos da prática e a relação médico-paciente,

com ênfase no desenvolvimento do relacionamento empático e na consciência das dificuldades dos pacientes para compreenderem as informações após o trauma do diagnóstico de câncer. Chamam a atenção para o fato de que muitos oncologistas tornam-se desiludidos com sua experiência de estresse no trabalho e mostram sinais de *Burnout*, síndrome caracterizada pelo esgotamento físico e mental, sendo necessário o seu tratamento.

Ao discutirem sobre intervenções e abordagens teóricas atuais Diefenbach et al. (2009) fornecem exemplos de intervenções direcionadas aos pacientes, como o *PACE* (apresentar, perguntar, checar e expressar), cuja finalidade é melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento e a comunicação com médicos; intervenções direcionadas aos profissionais como o programa de treinamento *Oncotalk*; e intervenções multimídia, como o Sistema de Educação Interativa sobre Próstata, criado para facilitar o entendimento dos pacientes sobre as opções de tratamento após esse diagnóstico de câncer.

Considerando a comunicação uma habilidade clínica central, é preciso que os médicos façam investimentos de tempo e recursos e participem de treinamentos que buscam seu aprimoramento (KHATCHERESSIAN et al., 2008).

A importância das pesquisas sobre comunicação na oncologia é discutida em três estudos (EGGLY et al., 2009; PENNER, 2009; HESSE, 2009). A comunicação foi identificada pelos diretores dos Centros de Câncer do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, como foco de pesquisas futuras para aumentar o conhecimento da população sobre o câncer. Os tópicos para a agenda dos pesquisadores são pesquisas para conscientização da prevenção e detecção precoce, melhora da precisão e uso da ciência com divulgação na mídia nacional e criação de base de evidências para programas e instrumentos que possam fortalecer a comunicação em saúde (HESSE, 2009).

Para Penner (2009), poucas pesquisas têm sido desenvolvidas para testar intervenções que promovam a saúde da família ou dos cuidadores das pessoas com câncer. Mais pesquisas sobre as necessidades psicossociais dos pacientes e das famílias são necessárias para melhorar a compreensão disso e planejar intervenções psicossociais.

Os estudos do tipo **revisão da literatura** revelam que, nos últimos anos, houve aumento das pesquisas sobre comunicação profissional-paciente com câncer. A maioria desses estudos trata-se de revisão sistemática da literatura e os temas mais abordados, em

ordem decrescente têm sido os seguintes: comunicação oncologista-paciente sobre o diagnóstico, prognóstico e fim da vida (RODIN et al., 2009; RITA; MEGAN; TIM, 2008; PAUL et al., 2009; WALLING et al., 2008; JAYDE; WHITE; BLOMFIELD, 2009; VENETIS et al., 2009; TRICE; PRIGERSON, 2009; GLÜCK; MAMOUNAS; KLEM, 2010; TARRICONE JÚNIOR et al., 2010), preferências dos pacientes quanto à revelação de más notícias, diagnóstico e prognóstico (CLAYTON et al., 2008; FUJIMORI; UCHITOMI, 2009; INNES; PAYNE, 2009) e a tomada de decisão compartilhada (O'BRIEN et al., 2009; SINGH et al., 2010).

A literatura sugere que não há um padrão fixo e único para comunicação do diagnóstico e prognóstico do câncer a pessoas diagnosticadas. Segundo Walling et al. (2008), a prática clínica de alta qualidade não é totalmente incorporada no cuidado aos pacientes e muitas dessas práticas não são ainda normas na prática oncológica.

Ao examinar o progresso das evidências sobre a comunicação de más notícias, Paul et al. (2009) constatam que há poucos estudos de intervenção e que a maioria deles é direcionada para melhorar a habilidade do profissional em vez de avaliar os resultados para os pacientes. Reafirmando, Uitterhoeve et al. (2010) sugerem que os conteúdos dos treinamentos devem estar ligados aos resultados para os pacientes e ao plano de cuidado.

O estudo de Glück; Mamounas; Klem (2010) mostra evidências de que as pacientes com câncer de mama não recebem cuidado adequado e, dentre as causas deste problema, estão a falta de adesão dos médicos aos guias de recomendações de terapias conservadoras, a comunicação médico-paciente insatisfatória, o cuidado inadequado e a falta de comportamento proativo em relação à coleta de dados.

Estudos mostram que a comunicação centrada no paciente tem base de evidência para a eficácia do cuidado centrado nele e está associada à sua maior satisfação (VENETIS et al., 2009; TARRICONE JÚNIOR et al., 2010). Há, também, evidências de redução de ansiedade nos pacientes quando a discussão sobre a expectativa de vida e prognóstico é incluída na consulta (RODIN et al., 2009).

Em relação à tomada de decisão compartilhada, O'Brien et al. (2009) afirmam que as diferentes técnicas para aumentar a participação dos pacientes melhoram significativamente o conhecimento sobre as opções de tratamento e reduzem a ansiedade quando comparadas à prática usual. Além disso, estão associadas à maior satisfação dos

pacientes (RODIN et al., 2009). Alguns autores destacam a necessidade de incorporação da comunicação individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente (SINGH et al., 2010; TARRICONE JÚNIOR et al., 2010) e a valorização dos membros da família, visto que, em geral, os profissionais de saúde e pesquisadores não consideram o conhecimento e a compreensão dos familiares sobre saúde, embora esses exerçam grande influência na tomada de decisão e nos cuidados dos pacientes (BEVAN; PECCHIONI, 2008).

Alguns estudos indicam a ausência ou baixa evidência quanto à efetividade do treinamento em comunicação para melhorar o estresse e a satisfação dos pacientes (PAUL et al., 2009; UITTERHOEVE et al., 2010) e quanto às intervenções psicossociais (CSASZAR et al., 2009).

Embora a compreensão das necessidades de informações das pessoas com câncer e a capacidade de comunicar-se efetivamente devam ser preocupação dos profissionais de saúde, diversos estudos apontam que nem sempre a comunicação profissional de saúde-paciente resulta em satisfação e resultados positivos para os pacientes. No geral, os autores destacam a necessidade de implementar estratégias que favoreçam a melhoria da qualidade da comunicação.

É significativo o número de estudos internacionais que apresentam propostas de intervenção com os pacientes, além de guias, protocolos ou programas de treinamento aos profissionais de saúde com a finalidade de melhorar a comunicação com os pacientes com câncer. Embora, até o momento, a avaliação de algumas dessas propostas tenha mostrado pouca evidência de sucesso, elas revelam a busca e preocupação dos profissionais de saúde por melhor qualidade de cuidado e de comunicação com pessoas em tratamento do câncer.

Ao contrário disso, nos estudos realizados no Brasil, observa-se que os autores não descrevem técnicas ou instrumentos elaborados especificamente para avaliar e melhorar a comunicação no contexto da saúde. Esse dado é reforçado na revisão de literatura feita por Cristo e Araújo (2011), ao afirmarem que há escassez de estudos com propostas de intervenção para reduzir as dificuldades de comunicação.

Cabe ressaltar a importância da iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Instituto Nacional do Câncer em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein no desenvolvimento do “Projeto de Atenção ao Vínculo e Qualificação da Comunicação, em situações difíceis da Atenção Oncológica”, cujo propósito é auxiliar os

profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas com câncer. Tal projeto inclui a formação de grupos para troca de experiências sobre as situações difíceis enfrentadas pelos profissionais na comunicação com os pacientes; incentiva a utilização do protocolo *SPIKES* e o enfoque interdisciplinar no cuidado em saúde. Além disso, constitui um laboratório de produção de conhecimentos na área (BRASIL, 2010).

Nesta revisão, destacam-se os resultados de estudos que mostram os benefícios do trabalho interdisciplinar, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais envolvidos no cuidado e estudos sobre a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde. Identifica-se o fato de que esse é um aspecto fundamental da comunicação que merece ser mais explorado com novas pesquisas.

Constata-se, também, um grande número de estudos que tratam da comunicação com pacientes portadoras de câncer de mama. Tal fato justifica-se pela alta incidência da doença, pelas alterações físicas, psicológicas e sociais na vida das mulheres. De modo contrário, observou-se escassez de estudos sobre o tema com crianças e adolescentes com câncer, embora a doença traga muitas repercussões na vida da criança e da família e possua uma estimativa para o ano de 2012 de cerca de 11.530 casos novos no Brasil, na faixa etária de 1 a 19 anos (BRASIL, 2011).

Verifica-se a iniciativa de alguns autores, como Saxe et al. (2008), Ben-Ayre, Schiff e Golan (2008) Frenkel, Ben-Arye e Cohen (2010) e Schofield et al. (2010), ao discutirem sobre a abordagem do uso da Medicina Alternativa e Complementar, cujas práticas têm sido cada vez mais utilizadas por pacientes com câncer. Segundo alertam Fiuza et al. (2011) a maior parte dos médicos possui conhecimento insuficiente para informar os pacientes sobre os benefícios e os riscos do uso de MAC, devido ao fato de que a maioria dos cursos de graduação médica não aborda esse tema.

Merece destaque a preocupação de alguns autores com relação aos desafios da comunicação para os profissionais de saúde, enfatizando que esses também precisam de cuidados para manter sua integridade e estratégias para minimizar o sofrimento decorrente das situações enfrentadas no dia a dia com pacientes. Embora alguns autores façam recomendações, um dos aspectos ainda pouco discutido na literatura refere-se ao treinamento das habilidades de comunicação durante os cursos de formação dos profissionais da área da saúde.

Os resultados dessa revisão revelam que os estudos analisados são convergentes no que diz respeito a complexidade do tema, existência de problemas na comunicação profissional-paciente-família e necessidade de preparo contínuo dos profissionais de saúde para desenvolver a habilidade de comunicação, o que deve ser resolvido com base no conhecimento das necessidades dos pacientes e familiares, bem como na avaliação da satisfação deles em relação ao serviço de saúde.

As divergências identificadas nos resultados dos estudos referem-se, principalmente, à eficácia ou ineficácia das intervenções e dos treinamentos realizados com profissionais de saúde. Quanto às lacunas, constata-se que há carência de pesquisas que abordem o ensino da habilidade de comunicação nesta área durante a formação dos profissionais de saúde e a especificidade da comunicação com familiares de crianças com câncer.

O processo de comunicação é reconhecido como crucial no tratamento do câncer, embora na prática se observe que nem sempre os profissionais de saúde estão atentos à importância da comunicação e aos aspectos que interferem negativamente na interação com os pacientes e famílias. A literatura mostra que a forma como os profissionais de saúde se comunicam pode resultar em maior sofrimento e levar a resultados negativos para os pacientes. Neste sentido, torna-se relevante a utilização prática das evidências existentes e o investimento em novas pesquisas que utilizem diferentes abordagens metodológicas, sejam elas com pacientes, familiares ou profissionais de saúde e possam contribuir para maior reflexão e debate sobre esse tema.



## **CAPÍTULO 2 - O REFERENCIAL METODOLÓGICO**

---

*“Todo conhecimento comporta o risco do erro e da ilusão.”*  
Edgard Morin



A natureza do problema de pesquisa é uma das principais razões para que o pesquisador defina o método e técnicas a serem utilizados. Esta pesquisa adota a abordagem qualitativa, considerando seus pressupostos (ou elementos):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) Se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores... (...) Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo estudado (MINAYO, 2008, p. 57).

Segundo Turato (2005), ao se utilizar a metodologia qualitativa aplicada à saúde, busca-se compreender o significado individual ou coletivo de um determinado fenômeno para a vida das pessoas, ou seja, o que os fenômenos da doença ou da vida representam para elas.

Além disso, os métodos de pesquisa qualitativa permitem aos pesquisadores da área da saúde examinar os significados das questões, os processos e as práticas sociais e institucionais, além de identificar as barreiras e as facilidades para mudar e descobrir as razões para o sucesso ou o fracasso das intervenções (STARKS; TRINDAD, 2007).

Existem diferentes técnicas para fazer pesquisa qualitativa, as quais incluem, em seus passos, seus três componentes principais: o primeiro refere-se aos *dados*, que podem vir de várias fontes, como entrevistas, observações, documentos, registros e filmes; o segundo componente são os *procedimentos* que os pesquisadores usam para organizar e interpretar os dados. Geralmente esses procedimentos consistem em conceitualizar e reduzir os dados, elaborar categorias e relacioná-las por meio de declarações preposicionais. O terceiro são os *relatórios escritos ou verbais*, que podem ser apresentados, como artigos em jornais científicos, livros ou palestras (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No início da elaboração deste projeto, com base em minhas experiências anteriores, a perspectiva era utilizar o método da Análise de Conteúdo proposta por Bardin

(2011), construído para ser aplicado em projetos concebidos dedutivamente em relação ao arcabouço teórico-conceitual. Em outras palavras, após a construção de uma perspectiva analítica, o pesquisador coleta os dados e analisa-os de acordo com as reflexões realizadas durante o desenvolvimento do modelo de análise. No entanto, no decorrer da elaboração do projeto desta pesquisa, houve a desconstrução dessa perspectiva, na medida em que busquei compreender a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também conhecida como *Grounded Theory*.

Strauss e Corbin (2008) afirmam que, embora o objetivo deste método seja de construir uma teoria, não é regra que todos os projetos de pesquisa tenham como meta a construção de uma teoria. Admitem que os pesquisadores possam escolher, rejeitar ou ignorar parte das etapas descritas no método. Alguns poderão usar as técnicas para gerar uma teoria, outros com o objetivo de fazer descrições úteis ou ordenamento conceitual e outros ainda, poderão juntar essa técnica com outras.

Desta forma, para esta pesquisa, adoto uma composição de métodos. Inicialmente, realizei uma revisão prévia da literatura por considerá-la fundamental para contextualizar o tema, concordando com a lógica dedutiva e contrariando a perspectiva de Glaser e Strauss (1967) e Strauss e Corbin (2008), para quem não é necessário rever a literatura antecipadamente.

A perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados foi adotada para desenvolver o processo de coleta e organização e análise dos dados, pois o método estimula o pesquisador a inquirir os dados e trazer de sua interioridade os aspectos relevantes para a compreensão dos diferentes aspectos associados a um problema sociológico. Para interpretação dos dados, faço uso da Análise de Conteúdo na modalidade temática, descrita por Bardin (2011).

Buscando ampliar o conhecimento sobre os métodos em pesquisa qualitativa, este capítulo tem como objetivo apresentar um estudo comparativo dos dois métodos utilizados: a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) e a teoria fundamentada nos dados, desenvolvida por Strauss e Corbin (2008). Além disso, propõe-se a discutir como tais métodos podem se complementar e constituir uma nova proposta metodológica para pesquisas qualitativas.

## 2.1 A Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) tem sua origem na Sociologia, especificamente no Interacionismo Simbólico. Foi desenvolvida originalmente pelos sociólogos Anselm Strauss e Barney Glaser, que, embora possuíssem diferente tradição filosófica e de pesquisa, contribuíram igualmente no desenvolvimento do método (STARKS; TRINDAD, 2007).

Anselm Strauss formou-se na Universidade de Chicago, cuja tradição sociológica é o pragmatismo e a pesquisa de campo. Durante seus estudos foi fortemente influenciado pela tradição em pesquisa qualitativa e por textos interacionistas. Suas idéias foram inspiradas em Park (1967), Thomas (1966), Dewey (1922), Mead (1934), Hughes (1971) e Blumer (1969). Já Barney Glaser formou-se na Universidade de Columbia, de tradição positivista, e suas idéias foram influenciadas por Lazarsfeld, um pesquisador e inovador dos métodos quantitativos (STRAUSS; CORBIN, 2008, CHARMAZ, 2009).

Segundo Charmaz (2009), Glaser e Strauss compartilhavam do interesse em estudar os processos sociais de um determinado ambiente ou experiência, como o caso de pessoas com doenças crônicas. Com tais estudos demonstraram que a TFD pode explicar o processo estudado em novos termos teóricos, identificando suas causas, conseqüências e as condições em que surge o processo.

Glaser e Strauss tiveram um grande desafio ao contestarem as noções de consenso metodológico existente na época e ao oferecerem outra lógica para as pesquisas qualitativas. Até então, os pesquisadores qualitativos anteriores a eles pouco haviam relatado sobre como lidar com a grande quantidade de dados coletados (CHARMAZ, 2009). Além disso, Glaser e Strauss tinham como objetivo legitimar a pesquisa qualitativa em um campo fortemente dominado pela abordagem quantitativa, esclarecendo seus procedimentos e práticas para análise dos dados (WATLING; LINGARD, 2012).

Desde seu primeiro enunciado clássico, em 1967, Glaser e Strauss apresentavam algumas divergências em relação aos métodos da TFD. Enquanto Glaser definiu a TFD como um método de descoberta, expressou a necessidade de fazer comparações dos dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos, baseou-se no empirismo objetivo e restrito e analisou o processo social básico. Strauss, juntamente com

Juliet Corbin, direcionou o método para a verificação, enfatizando os procedimentos técnicos, em vez dos métodos comparativos (CHARMAZ, 2009).

Analisando a perspectiva histórica, desde a sua criação, a teoria fundamentada assumiu distintas formas, devido às duas tradições filosófica e metodológica contrastantes de Glaser e Strauss. De acordo com Watling; Lingard (2012), a teoria fundamentada teve sua origem no paradigma objetivista e positivista. O trabalho inicial de Glaser e Strauss ocorreu em um tempo em que o paradigma pós-positivista estava emergindo e a realidade era vista de modo mais crítico. Nas décadas que se seguiram surgiram novos paradigmas, incluindo o construtivismo, que considera o conhecimento como produto das interações e relações humanas, e é construído e reconstruído ativamente.

CHARMAZ (2009) traz definições mais amplas de teoria nas ciências sociais, como a teoria positivista (busca as causas, favorece as explicações deterministas e enfatiza a generalidade e a universalidade) e a teoria interpretativa (exige compreensão imaginativa do fenômeno estudado, e pressupõem realidades múltiplas, indeterminação, a verdade como algo provisório e a vida social como um processo). Para essa autora é fundamental observar como os pesquisadores constroem suas teorias para melhor compreensão de suas bases epistemológicas.

A teoria fundamentada construtivista é parte integrante da tradição interpretativa, tem suas bases no Interacionismo Simbólico e estabelece a prioridade nos fenômenos do estudo e vê que os dados e a análise são gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes. Já a teoria fundamentada objetivista, derivada do positivismo, considera os dados como verdadeiros em si mesmo, sem considerar os processos de produção desses dados. Charmaz (2009) e Strauss; Corbin (2008) consideram que a teoria fundamentada como *teoria* tem inclinações tanto interpretativistas como positivistas.

A TFD é utilizada em pesquisas exploratórias e busca compreender o processo social e psicológico de um determinado fenômeno de interesse (WATLING; LINGARD, 2012). O objetivo da TFD é desenvolver uma teoria explanatória sobre um processo social estudado no ambiente no qual ele acontece Trata-se de um método indutivo que pretende construir explicações para a realidade a partir da reunião e da análise sistemática de informações coletadas sem construção teórico-conceitual prévia (GLASER; STRAUSS,

1967). Para Turato (2005), no método indutivo, a interpretação é feita com base na perspectiva dos entrevistados e não a partir da literatura ou da visão exclusiva do pesquisador, devendo, assim, trazer conhecimentos originais e não fixar-se em teorias já existentes.

Neste método, a coleta de dados, a análise e a construção teórica mantêm relação próxima, sendo que o pesquisador começa com uma área de estudo, permitindo que elaborações teóricas surjam a partir dos dados. Ou seja, o método pressupõe que a coleta de dados deve ser seguida imediatamente pela análise a fim de que se dê espaço para que as questões surgidas sejam integradas ao estudo, tornando-se guias para nova coleta de dados e possibilitando ao pesquisador fazer comparações com base nos conceitos que emergem da análise (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esse pressuposto é reiterado por Charmaz (2009), ao discorrer que este método favorece a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração das idéias que surgem sobre os dados por meio da análise desde a fase inicial.

Para Morse (2008) a TFD é capaz não somente de identificar uma mudança dentro de um grupo social, mas de compreender o processo central da mudança. Sua utilização permite ao pesquisador explicar o que está acontecendo ou o que aconteceu em um determinado evento.

As contribuições da TFD para a pesquisa social são da seguinte ordem: a necessidade de sair a campo para descobrir o que está acontecendo; a relevância da teoria baseada em dados como base para ação social; a complexidade e variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; a percepção de que as pessoas agem com base nos significados definidos e redefinidos nas interações sociais; consciência das inter-relações entre condições (estrutura), ações (processo) e conseqüências. O método (técnicas e procedimentos) fornece meios para transformar a visão da realidade, ou seja, ajuda o pesquisador a enxergar além do comum para atingir uma nova compreensão da vida social. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo esses autores, do pesquisador que utiliza a TFD são exigidas algumas características, como capacidade de retroceder e analisar criticamente as situações; capacidade de reconhecer a tendência em direção aos vieses; capacidade de pensar abstratamente; capacidade de ser flexível e aberto a críticas construtivas; sensibilidade às

palavras e às ações dos informantes e um sentido de absorção e devoção ao processo de trabalho.

Além disso, sugerem que o pesquisador entenda o porquê de certas ações no método e que faça isso de forma flexível e criativa. Conceituam e diferenciam os termos *descrição* (descrever é representar, contar uma história sem retroceder para interpretar ou explicar fatos), *ordenamento conceitual* (classificação dos fatos e objetos nas várias dimensões declaradas, sem necessariamente relacionar as classificações umas às outras para formar um esquema global) e *teorização* (ato de construir, a partir dos dados, um esquema explanatório que integre vários conceitos por meio de declarações de relações).

Reforçam, ainda, a importância de que o pesquisador mantenha equilíbrio entre a *objetividade*, necessária para chegar a uma interpretação imparcial e acurada dos fatos e a *sensibilidade*, exigida para perceber as nuances e os significados dos dados e para reconhecer as conexões entre os conceitos. Ao escolher a utilização desse método, o pesquisador deve ter claros o problema e a questão de pesquisa a ser respondida; manter equilíbrio entre a objetividade e sensibilidade e usar a literatura técnica e não técnica.

Segundo Strauss e Corbin (2008), o processo de análise envolve três procedimentos de codificação dos dados (aberta, axial e seletiva). Essas fases de codificação estão inter-relacionadas, sendo necessário o retorno aos dados e a coleta de novos dados para melhor compreensão e definição da categoria central. Assim, seu desenvolvimento requer do pesquisador um contínuo processo de reflexão.

A análise inicia-se com um exame microscópico dos dados ou microanálise, definida por Strauss e Corbin (2008) como a análise detalhada linha por linha, necessária para gerar as categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões) e para sugerir relações entre as categorias. Ao realizar a microanálise é preciso que o pesquisador tenha uma postura mais flexível, menos pré-planejada e menos controlada em relação ao tema, que aprenda a ouvir, deixando os dados dialogarem com ele. A microanálise inclui a codificação aberta e axial, em que se faz um exame minucioso e a interpretação dos dados (entrevistas, notas de observação de campo, vídeos, jornais, catálogos, e outros) de modo cuidadoso e preciso.

A codificação aberta é o processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Para revelar, nomear e desenvolver conceitos é preciso abrir o texto e deixar expostos os pensamentos, idéias e significados contidos nele; daí o nome de codificação aberta (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 103).

Os dados são examinados e comparados de acordo com suas similaridades e diferenças. Um fato, objeto ou ação/interação, identificado como importante nos dados, é nomeado como fenômeno. A nomeação dos fenômenos permite ao pesquisador agrupar os fatos, acontecimentos e objetos semelhantes em uma classificação comum, com um nome (conceito) que os represente.

A emergência de conceitos a partir dos dados é a base da técnica para construção da teoria. Assim, o pesquisador não dará início à investigação com uma lista de conceitos pré-concebidos, uma estrutura teórica ou um projeto bem elaborado. Desse modo, a teoria derivada dos dados tende a se parecer mais com a realidade e a oferecer maior discernimento, melhorar o entendimento sobre o tema e fornecer um guia para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para se obter a fundamentação de conceitos baseada em dados, esses autores destacam a importância da criatividade dos pesquisadores como uma característica essencial, que pode se manifestar na capacidade de nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, comparações e esquemas integrados a partir dos dados brutos desorganizados.

O nome ou o rótulo dos conceitos pode ser dado pelo pesquisador com base no significado atribuído a ele ou pode ser nomeado com as próprias palavras dos informantes, chamado de código *in vivo*. Ao se agruparem os conceitos que representam os fenômenos, surgem as categorias e as subcategorias. Na medida em que os conceitos começam a se acumular, o pesquisador inicia o processo de agrupá-los ou categorizá-los com rótulos explicativos, mais amplos e mais abstratos, ou seja, em categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Detalhando o processo de análise, Strauss e Corbin (2008), orientam que, após identificar as categorias, o pesquisador deve começar a desenvolvê-las de acordo com suas *propriedades* (características ou atributos de uma categoria) e suas *dimensões* (representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha) para que se possa ter precisão e

diferenciar ou distinguir uma categoria da outra. As categorias podem ser divididas em subcategorias e essas servem para especificar e esclarecer melhor uma categoria ao fornecer informações sobre quando, onde, por que e como um fenômeno tende a ocorrer. Assim como as categorias, as subcategorias também possuem propriedades e dimensões.

A codificação aberta pode ser feita de três formas: análise linha por linha, análise de uma frase ou de um parágrafo ou análise do documento inteiro. A análise linha por linha é importante no começo do estudo e permite gerar categorias rapidamente e desenvolvê-las por meio de amostragem adicional que levantará dados pertinentes às dimensões e às propriedades gerais identificadas em uma categoria. Esse processo é chamado por Strauss e Corbin (2008) de amostragem teórica.

Considerando que o objetivo da codificação aberta é descobrir, nomear e categorizar os fenômenos, o objetivo da coleta de dados nesta fase é manter o processo de coleta aberto a todas as possibilidades que garantam maior oportunidade de descoberta. Neste processo é crucial que o pesquisador saiba como investigar, sem inibir os informantes ou sinalizar a eles para responder ou agir de formas esperadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Reforçando o exposto acima, a codificação aberta permite que sejam identificadas, em cada trecho, as propriedades (também chamadas de códigos) que possuem um significado. Desse modo, os dados são separados e comparados entre si para revelarem suas similaridades e diferenças. O quadro 6 exemplifica tal processo na codificação aberta.

Quadro 6 – Exemplo de codificação aberta dos dados

Trecho da entrevista	Códigos
<p>14. <i>“Ele falou: Saiu o resultado, infelizmente deu carcinoma. No</i></p> <p>15. <i>telefone... Assim, um dia claro como esse, ficou escuro,</i></p> <p>16. <i>escuro, escuro, escuro e eu só consegui olhá e enxergar</i></p> <p>17. <i>meu filho. Assim. Eu não conseguia, eu num via,</i></p> <p>18. <i>a casa escureceu. É impressionante. A impressão que</i></p> <p>19. <i>cê tem é que cê caiu num buraco negro, sem fundo,</i></p> <p>20. <i>que cê tá caindo, caindo, caindo, caindo, eu só ficava assim:</i></p> <p>21. <i>Vitor, Vitor, Vitor, na minha cabeça.</i></p> <p>22. <i>Aí eu me desesperei e já comecei a chorar.”</i></p>	<p>Contando que o médico lhe falou o diagnóstico de Carcinoma por telefone (E1, 14-15)</p> <p>Sentiu que tudo ficou escuro, só conseguia enxergar o filho (E1, 15-18)</p> <p>Tendo a impressão de estar caindo em um buraco negro, sem fundo. Só conseguia pensar no filho (E1, 19-21)</p> <p>Sentindo desespero e chorando (E1, 22)</p>

Após adotar esse procedimento em cada uma das entrevistas, esses códigos são reagrupados e formam conceitos mais abstratos (representação abstrata de um fato, objeto ou ação), chamados de categorias. As categorias e as subcategorias agrupadas formam os temas. Um exemplo de categorização dos dados é mostrado no quadro 7.

Quadro 7 – Exemplo de categorização dos dados

Códigos	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentindo que não teve cuidado e apoio</li> <li>- Sentindo falta de espaço para discutir o tratamento</li> <li>- Percebendo a comunicação mecânica</li> <li>- Sentindo tudo muito frio</li> <li>- Sente falta de mais abertura para conversar sobre seus sentimentos</li> <li>- Sentiu vergonha ao ser mal atendida em um local cheio de gente</li> </ul>	<p>Sentimentos negativos decorrentes da comunicação com profissionais de saúde</p>

De acordo com a proposta de Strauss e Corbin (2008), a codificação axial consiste no processo de relacionar as categorias às subcategorias, ou seja, examinar como as categorias se cruzam e se associam para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Recebe o nome de “axial” porque ocorre em torno do eixo de uma categoria. O objetivo desta etapa é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos na codificação aberta. Para relacionar as categorias e contextualizar o fenômeno é preciso procurar respostas às questões que surgem: por que, onde, como, quando, de que forma e como.

Segundo esses autores, as tarefas básicas na codificação axial incluem a organização das propriedades e dimensões de uma categoria (tarefa que se inicia na etapa anterior); a identificação da variedade de condições, interações ou consequências que se associam a um fenômeno; a declaração de como uma categoria se relaciona à sua subcategoria e a identificação da relação entre as principais categorias, baseando-se nos dados.

Strauss e Corbin (2008) destacam que os pesquisadores devem contextualizar um fenômeno e integrar a estrutura com o processo, usando um esquema organizacional chamado de paradigma, que é uma perspectiva assumida em relação aos dados, ou seja, é um esquema em que os dados são reunidos para se estabelecerem conexões entre as categorias em relação às causas e no contexto (circunstâncias ou condições em que o

fenômeno ocorre), às ações e às interações (ações de pessoas ou grupos em resposta a um acontecimento, fato ou problema) e às consequências (resultados das ações). Os autores chamam esse esquema como os seis Cs do processo social (causa, contexto, contingências, consequências, covariâncias e condições) que devem ser examinados na busca de entender os elementos e as relações entre eles e ajudar a reunir e a ordenar os dados sistematicamente.

A terceira etapa é chamada de codificação seletiva e consiste no processo de integrar e refinar a teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central, que representa a idéia ou a categoria central da pesquisa. O refinamento da teoria consiste em rever o esquema de consistência interna e de falhas na lógica, completando as categorias mal desenvolvidas, retirando excessos e, por fim, validando-a por meio da comparação com os dados brutos ou de sua apresentação aos informantes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Como apontado anteriormente, a coleta de dados é realizada por amostragem teórica, definida como aquela conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de fazer comparações. Seu objetivo é maximizar as oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para especificar como uma categoria varia de acordo com suas propriedades e dimensões. No início de um projeto, o pesquisador toma algumas decisões para dar uma direção e escolher um local para iniciar a coleta de dados, mas não define sua amostra, pois a amostragem teórica não é pré-determinada para o início da pesquisa. Ela se desenvolve durante o processo e é baseada nos conceitos que surgem da análise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Charmaz (2009) a amostragem teórica ajuda o pesquisador a verificar, qualificar e elaborar os limites das suas categorias, ou seja, é possível elaborar o significado das categorias, descobrir sua variação e relação e definir as lacunas existentes entre elas.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), o foco da amostragem muda de acordo com o tipo de codificação e o tamanho da amostra é definido pela saturação das categorias que emergirem da análise. É definida de acordo com a sensibilidade do pesquisador para enxergar a relevância teórica dos conceitos, decidir quais conceitos irá procurar e onde encontrará seus indicadores. A amostragem tende a ser mais objetiva e focada na medida em que a pesquisa progride.

Na codificação aberta, a amostragem tem o objetivo de descobrir, nomear e categorizar fenômenos e o processo de coleta está aberto a todas as possibilidades, na tentativa de obter maiores oportunidades de descoberta. Na codificação axial, a amostragem também é feita com base em conceitos teoricamente relevantes (categorias), embora o foco não seja o mesmo da etapa anterior. Lembrando que o objetivo da codificação axial é ver como as categorias se relacionam às subcategorias e desenvolvê-las melhor em relação às suas propriedades e dimensões, a coleta de dados deve trazer novos dados que permitam ao pesquisador identificar ou verificar as similaridades e diferenças a partir de questões que surgem dos conceitos com a finalidade de descobrir as relações entre eles.

Já a amostragem feita na codificação seletiva, chamada também de amostragem discriminada, o pesquisador escolhe propositalmente a amostra para maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa e coleta os dados necessários para saturar as categorias e completar o estudo. Nesta fase o pesquisador compara os produtos de suas análises com os dados reais, faz modificações, conforme a necessidade, baseando-se nas comparações e valida tais modificações com novos dados. Desse modo, o pesquisador está constantemente validando ou negando suas interpretações e somente os conceitos e declarações que representam esse processo de comparação rigoroso passam a fazer parte da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica é cumulativa, ou seja, cada evento acrescenta algo para a coleta e para a análise de dados anteriores. É importante para explorar áreas novas ou desconhecidas e permite ao pesquisador escolher o caminho que permite maior retorno teórico. Destaca-se que, neste método “*o pesquisador amostra fatos e incidentes que representam as situações, problemas ou fenômenos, e não as pessoas ou as organizações em si*” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 196).

Buscando facilitar a compreensão do processo de análise, esses autores apresentam técnicas e procedimentos a serem utilizados, consistente e sistematicamente, durante a análise. Dentre elas, abordam a maneira como *formular perguntas e fazer comparações*. Todas as questões são direcionadas ao avanço do entendimento das questões teóricas. A força condutora da pesquisa não é a situação em si, mas sim as perguntas que o investigador faz sobre a situação.

Nesse método, diferentes perguntas surgem em diferentes pontos da investigação. No início, as perguntas podem ter como foco o fenômeno central da investigação; depois as perguntas podem ser específicas sobre o fenômeno e como ele se relaciona com os fatos e acontecimentos observados; mais adiante, a questão pode ser como integrar todas as idéias sobre os dados em uma formulação teórica coerente. Os tipos de perguntas e as sugestões de como fazê-las são descritas por Strauss e Corbin (2008):

a) *perguntas sensíveis*. Sintonizam o pesquisador àquilo que os dados indicam. Ex: O que está acontecendo aqui? Quem são os atores envolvidos? Qual o significado para eles? Os significados são diferentes para eles?

b) *Perguntas teóricas*. Ajudam o pesquisador a ver o processo, suas variações e a fazer conexões entre os conceitos. Ex: Qual a relação de um conceito com outro? O que aconteceria se...? Como os fatos e ações mudam com o tempo?

c) *Perguntas de natureza mais prática e estrutural*. Garantem direção para amostragem e ajudam no desenvolvimento da estrutura da teoria. Ex: Quais conceitos são bem desenvolvidos e quais não são? Quando, onde e como vou coletar dados para minha teoria? Já alcancei o ponto de saturação?

d) *Perguntas orientadoras*. Questões que guiam as entrevistas, observações e análises. Elas mudam com o tempo, tendem a ser mais abertas no início e mais específicas e refinadas na medida em que a pesquisa se desenvolve.

Esse método também usa comparações para facilitar a associação e a intensificação das categorias. Há dois tipos de comparação: *a comparação incidente por incidente*, em que um código é comparado ao outro no nível de propriedade ou dimensão em busca de similaridades e diferenças e é agrupado ou colocado em uma categoria; e *a comparação teórica*, usada para se obterem mais explicações quando o investigador se depara com um incidente e não sabe como nomeá-lo ou classificá-lo por não identificar ou compreender suas propriedades ou suas dimensões. Pode ser feita com base na literatura ou na própria experiência do pesquisador.

Strauss e Corbin (2008) apresentam, também, um conjunto de mecanismos ou técnicas que podem ser utilizadas como ferramentas para auxiliar o analista a fazer comparações e a formular perguntas. São úteis para mostrar as propriedades e dimensões relevantes de uma categoria.

Lembrando que, neste método, o objetivo de toda a análise é a construção de uma teoria, convém esclarecer que a forma de construir a teoria não se dá por meio da análise de um caso ou de vários casos separadamente. É preciso saber o que um caso pode ensinar ao investigador sobre os outros casos, com seus possíveis significados, propriedades e dimensões, tornando o pesquisador mais sensível a qualquer coisa que os novos casos possam lhe ensinar (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, essas ferramentas analíticas descritas por estes autores têm a finalidade de aumentar a sensibilidade do pesquisador, ajudando-o a reconhecer as tendências e a superar os bloqueios analíticos (mesmo pesquisadores experientes desenvolvem bloqueios analíticos ou barreiras durante a análise e precisam de técnicas para investigar e organizar os dados). Dentre seus objetivos, destacam-se: afastar o pesquisador do confinamento da literatura técnica e da experiência pessoal, evitar formas padronizadas de pensar sobre os fenômenos, estimular o processo indutivo, ouvir o que as pessoas estão dizendo ou fazendo e focar nos dados e, ainda, não assumir nada como certo.

O uso do questionamento é uma das ferramentas analíticas usadas não para gerar dados, mas para gerar idéias ou formas de olhar para os dados. São especialmente úteis quando os analistas estão bloqueados em suas análises e não enxergam nada além das formas padronizadas de explicar o fenômeno. Inclui perguntas específicas, tais como: Quem? Quando? Por quê? Onde? O que? Como? Quanto? Com que resultados? Outros tipos de perguntas incluem questões temporais (frequência, duração, índice e momento adequado), questões espaciais (onde, espaço circunscrito ou não, aberto ou fechado), questões tecnológicas (necessidade ou não de equipamento especial) e perguntas sobre regras e valores culturais ou morais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise de uma palavra, de uma frase ou de um parágrafo, atribuindo-lhe os vários significados possíveis, é uma técnica que serve ao pesquisador como uma manobra de abertura para encontrar significados obscuros que não se encontram tão evidentes nos dados. A análise adicional por meio de comparações é destacada pelos autores como uma importante ferramenta analítica para identificar categorias e desenvolvê-las. As comparações teóricas podem ser realizadas com a técnica de *flip-flop* (o conceito é virado de “cabeça para baixo”, ou seja, deve-se olhar para os opostos do conceito para que se tenha uma perspectiva diferente sobre o fato) e a técnica de comparação de dois ou mais

fenômenos, cujo objetivo é estimular o pesquisador a encontrar as propriedades e dimensões dos conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A saturação teórica é o critério que determina quando deve ser finalizado o processo de coleta de dados. Para Strauss e Corbin (2008) esse critério indica o momento, durante a análise, em que as informações começam a ficar repetitivas e não surgem novos dados. A coleta de dados deve ser feita até que todas as categorias estejam saturadas, ou seja, a amostragem é interrompida pela saturação teórica e isso ocorre quando a) nenhum dado novo pareça surgir em relação a uma categoria; b) a categoria esteja bem desenvolvida em relação às suas propriedades e dimensões e c) as relações entre as categorias estejam bem estabelecidas e validadas.

Considerando que os pesquisadores trazem para a investigação suas tendências, crenças e suposições, é importante reconhecê-las e refletir se estão interferindo na análise. Embora não seja possível livrar-se totalmente das tendências, é preciso dar voz aos participantes da pesquisa e, se for o caso, retroceder e analisar os dados novamente, de forma mais objetiva. Com a finalidade de ajudar a acompanhar o pensamento do pesquisador ao longo de sua pesquisa, Strauss; Corbin (2008) e Charmaz (2009) propõem a utilização dos memorandos, uma forma de registro feita durante todo o processo, a fim de que não se percam as idéias e possam auxiliar na elaboração de esquemas analíticos que direcionarão a coleta de dados, o refinamento das categorias e a formulação da teoria.

Strauss e Corbin (2008) sugerem que os memorandos contendam: 1) notas de códigos: *memos* referentes aos dados, como o nome dos conceitos, características do paradigma e indicações do processo; 2) notas teóricas: devem conter produtos do pensamento dedutivo ou indutivo do pesquisador e que sejam relevantes para a construção das categorias com suas propriedades e dimensões; 3) Notas operacionais: devem expressar os direcionamentos a serem tomados, as possíveis comparações e as perguntas que auxiliam na construção da teoria.

Para Charmaz (2009) a redação dos memorandos é a etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa. Os memorandos criam um espaço para que o pesquisador se torne ativamente empenhado no material coletado, de modo que possa captar os pensamentos, refletir, elaborar idéias e iniciar a análise teórica das categorias. Além disso, favorece que o pesquisador realize os ajustes

necessários na coleta de dados posterior. A utilização dos memorandos é essencial durante a coleta e a análise dos dados, na medida em que desembaraça o trabalho analítico e acelera a produtividade da pesquisa. O quadro 8 exemplifica um memorando.

Quadro 8 – Exemplo de memorando

	<b>Memorando E3</b>
<b>Nota de observação</b>	A experiência da doença mudou o comportamento da paciente em relação ao autocuidado e relacionamento com a família. Também houve mudança em relação a sua espiritualidade. Expressa sua fé e a crença de que Deus a curou
<b>Nota teórica</b>	O câncer como desencadeante da ruptura biográfica
<b>Nota operacional</b>	Como as mulheres entendem a experiência do câncer? Mudam os valores após a experiência da doença? Como é a comunicação com o sagrado?

Observa-se que, neste método, a realidade é encontrada pela observação cuidadosa do comportamento e pelos discursos. Observa-se, também, que o processo analítico na TFD não é um processo estruturado, estático ou rígido. Ao contrário, deve ter fluxo livre e criativo para que os analistas se movam rapidamente da frente, para trás e entre os tipos de codificação, usando as técnicas e os procedimentos livremente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

## 2.2 A Análise de Conteúdo

A preocupação em analisar o conteúdo das mensagens, como as dos textos sagrados ou misteriosos, é muito antiga, mas o início da sistematização da análise de conteúdo surgiu no final do século XIX, com o trabalho do francês Bourbon (1888-1892) ao tentar analisar as tendências da linguagem e as expressões de emoções descritas na Bíblia (BARDIN, 2011). Segundo essa autora, a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, que permitam a inferência (dedução de maneira lógica) de

conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 44).

O termo análise de conteúdo é recente e surgiu nos Estados Unidos na época da Primeira Guerra Mundial. Os teóricos e criadores de suas técnicas são Berelson (1952), Lazarsfeld (1952) e Lasswell (1952). Com base em critérios que pudessem ser cientificamente observados, a análise de conteúdo trazia postulado teórico positivista, em que o rigor científico era observado pela medida, objetividade, neutralidade e quantificação (BARDIN, 2011; MINAYO, 2008). Todos os esforços eram direcionados para construir um método para as Ciências Sociais e a Psicologia, seguindo as mesmas técnicas das ciências da natureza, as quais tinham como característica básica a observação neutra, objetiva e desligada dos fenômenos (FRANCO, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial, seus próprios criadores e outros pesquisadores desencantaram-se com a utilização das técnicas quantitativas para análise de conteúdo frente a seu grau de cientificidade e sua eficácia. Passaram, então, a dar importância para a compreensão dos conteúdos latentes, com a busca de sentido das falas e o uso de diferentes formas de validação (MINAYO, 2008). Desse modo, os pesquisadores que se utilizavam da análise de conteúdo passaram a valorizar o conhecimento e a reconhecer o papel ativo do sujeito na produção de conhecimento.

Na década de 70, com a obra clássica de Bardin, publicada em 1979, houve avanços na compreensão deste método. Segundo Gomes (2007), esses avanços englobam: a) a possibilidade de se analisarem conteúdos a partir da perspectiva qualitativa; b) a existência de mais de uma técnica para analisar o conteúdo das mensagens (dentre elas estão a análise temática, lexical, de expressão, de enunciação e de relações); c) o uso de inferências que partem da descrição dos conteúdos explícitos da comunicação para se chegar à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

O ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. A emissão de mensagens sempre está ligada às condições do contexto de seus produtores (FRANCO, 2008).

Segundo essa autora, o contexto da produção de mensagens inclui a evolução histórica da humanidade, situações econômicas e socioculturais em que os emissores estão

inseridos, acesso aos códigos linguísticos, grau de competência para saber decodificá-los, o que resulta em mensagens carregadas de componentes cognitivos, subjetivos, afetivos, valorativos e, historicamente, mutáveis. Assim, a mensagem é a base para a identificação do conteúdo e o contexto em que ela ocorre deve ser considerado o pano de fundo e um dos principais requisitos para garantir a relevância dos sentidos atribuídos a ela.

Desse modo, a análise de conteúdo deve partir de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos ou documentos para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Assim, os procedimentos da análise levam a relacionar as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular os textos com os fatores psicossociais, contexto cultural e processo de produção que caracterizam as mensagens (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo requer que as descobertas tenham relevância teórica, ou seja, um dado referente ao conteúdo de uma mensagem deve estar relacionado a outro dado e essa relação deve ser representada por alguma forma de teoria. Caso contrário, uma informação descritiva, que não seja relacionada a outros dados ou a características do emissor, tem pouco valor (FRANCO, 2008).

Para Bardin (2011), o pesquisador deve ter dois objetivos ao utilizar a análise de conteúdo: a superação da incerteza (questionando se a visão pessoal pode ser generalizável) e o enriquecimento da leitura (com a descoberta de conteúdos que afirmam ou enfraquecem o que se procura demonstrar).

A análise de conteúdo deve ser objetiva, ou seja, deve trabalhar com regras pré-estabelecidas e obedecer a diretrizes claras para que outros investigadores possam refazer os procedimentos e obter os mesmos resultados; deve ser sistemática, de modo que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas estabelecidos anteriormente (MINAYO, 2008). Para Bardin (2011), a objetividade e a sistematização não são específicas da análise de conteúdo, mas são importantes elementos deste método, que segundo a autora, possui duas funções que coexistem de modo complementar: a função *heurística*, que se refere à necessidade da descoberta “para ver o que dá”, e a função da *administração da prova*, que utiliza as hipóteses, ou seja, as afirmações provisórias que servirão de diretrizes para a análise sistemática.

Conforme Bardin (2011), as diferentes etapas da análise de conteúdo incluem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação.

A primeira etapa, pré-análise, compreende três tarefas: a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação ou retomada das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. O objetivo desta fase é a organização dos dados e suas atividades compreendem:

a) *A leitura flutuante das comunicações*, que consiste no conhecimento do material a ser analisado e das mensagens contidas nele. Segundo Franco (2008), nesta fase é importante que o pesquisador se deixe invadir por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas;

b) *A escolha dos documentos*, também é chamada por Minayo (2008) de *constituição do corpus*. Nesta etapa o pesquisador deve obedecer a algumas normas de validade qualitativa, tais como a exaustividade (o material deve contemplar todos os aspectos levantados no roteiro), representatividade (deve conter as características essenciais do universo pretendido), a homogeneidade (obedecendo aos critérios de escolha em relação ao tema, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores) e a pertinência (os documentos analisados devem ser adequados para dar resposta aos objetivos do estudo);

c) *A formulação ou reformulação de hipótese e objetivos*, que possibilita a correção dos rumos interpretativos ou a abertura para novas indagações;

d) *A elaboração de indicadores*, que correspondem à frequência relativa ou absoluta do tema escolhido e sua proporcionalidade em relação aos demais temas presentes;

e) *A preparação do material*, feita antes da análise propriamente dita a fim de preparar formalmente o material para a análise. Pode-se fazer o alinhamento dos enunciados intactos até a transformação linguística dos sintagmas para padronização e classificação por equivalência (BARDIN, 2011).

É na etapa de pré-análise que se determinam a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, o modo de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que, posteriormente, orientarão a análise (BARDIN, 2011).

A segunda etapa é a exploração do material e consiste essencialmente em sua classificação com a finalidade de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para realizar a classificação, o pesquisador elege as categorias, usando palavras ou expressões que são significativas de um determinado conteúdo da fala. Este processo é chamado de categorização, ou seja, um processo de redução do texto em unidades significativas e, posteriormente, é realizada a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas identificados (BARDIN, 2011; MINAYO, 2008).

A terceira etapa refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação. Os resultados brutos são tratados para tornarem-se significativos. São submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que, por meio de quadros, ou figuras, são condensados e destacam as informações obtidas (BARDIN, 2011). A partir disso, o pesquisador propõe inferências e interpretações, fazendo relações destas com o quadro teórico inicial ou abre possibilidades de novas dimensões teóricas sugeridas pelo material analisado (MINAYO, 2008).

Nas três etapas deste método são utilizados, portanto, os seguintes procedimentos metodológicos: categorização, inferência, descrição e interpretação.

A categorização é conceituada como:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico (BARDIN, 2011, p. 147).

A categorização é feita com a finalidade de se obter objetividade na análise, podendo surgir a partir da análise do material de pesquisa ou ser definida previamente. Esse segundo procedimento exige conhecimento sólido do pesquisador para encontrar um esquema classificatório adequado ao assunto (GOMES, 2007).

Para Bardin (2011), na criação das categorias é preciso levar em conta as seguintes regras: homogeneidade (classes bem definidas), exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em mais de uma categoria), exaustividade (esgotar a totalidade do texto) e pertinência (adaptada ao conteúdo e ao objetivo).

Essa autora acrescenta que a categorização pode ser feita com a utilização de diversos critérios, como semânticos (categorias temáticas), sintáticos (referentes aos verbos, adjetivos, etc.), léxicos (pelo ordenamento interno das orações), e expressivos (categorias que expressam problemas de linguagem).

A intenção da análise de conteúdo é fazer inferência, ou seja, deduzir pelo raciocínio, de maneira lógica, os conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens e com base nos indicadores. Assim, o pesquisador trabalha com vestígios, como um arqueólogo, e tenta responder às causas que levaram a um determinado enunciado bem como as conseqüências que este pode provocar, buscando identificar os efeitos das mensagens (BARDIN, 2011). Para fazer inferências é importante que se parta de premissas sobre o assunto que já foram aceitas em outros estudos (GOMES, 2007).

Bardin (2011) reforça que esse método não visa ao estudo da língua ou da linguagem, mas visa à determinação das condições em que os enunciados são produzidos, o que é feito por meio da inferência de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio.

A descrição se refere ao tratamento da informação contida nas mensagens, devendo ser realizada segundo os procedimentos sistemáticos e objetivos da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Trata-se da enumeração das características do texto, resumidas após tratamento analítico. A interpretação é a síntese entre as questões de pesquisa, os resultados obtidos pela análise do material coletado, as inferências e a perspectiva teórica adotada (GOMES, 2007).

Segundo esse autor, se o pesquisador não tiver conhecimento sobre o contexto do material a ser analisado e se não formular questões com base em pesquisas ou experiências prévias com o assunto, dificilmente conseguirá fazer inferências. Do mesmo modo, para fazer interpretação é preciso que o pesquisador tenha uma sólida fundamentação teórica sobre o tema de pesquisa.

Franco (2008) reforça que a interpretação deve partir do conteúdo da comunicação, tal como manifestada e não “por meio dela” para evitar o exercício equivocado da análise de conteúdo, resultando em uma mera projeção subjetiva.

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, classificadas por Bardin (2011) da seguinte forma: análise categorial (ou temática), análise lexical, análise de

avaliação, análise de enunciação, análise de discurso, análise de expressão e análise das relações.

Todas as modalidades de análise de conteúdo organizam-se em torno das três etapas descritas anteriormente (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação), embora a categorização das mensagens não seja obrigatória em todas as modalidades e possa ser realizada de diferentes modos.

Segundo Minayo (2008), a análise de conteúdo temática é a mais antiga e a mais utilizada na área da saúde por ser rápida e eficaz quando aplicada a discursos diretos. A noção de tema compõe um feixe de relações que pode ser representado por uma palavra ou uma frase.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. (...) Para uma análise de significados a presença de determinados temas revela, denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2008, p. 316).

Embora a análise de conteúdo temática siga as etapas descritas anteriormente, Gomes (2007) sugere, de modo mais objetivo, que o pesquisador percorra as etapas, baseando-se na seguinte trajetória:

a) Por meio da leitura compreensiva do material selecionado, deve-se buscar ter uma visão de conjunto, apreender as peculiaridades do conjunto, elaborar pressupostos iniciais que servirão de base para análise e interpretação do material, escolher formas de classificação inicial e determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise;

b) A fase da exploração do material trata, especificamente, da análise e neste momento o pesquisador deve distribuir trechos ou frases de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial; fazer uma leitura, dialogando com as demais partes do texto; identificar, por meio de inferências, os núcleos de sentido apontados nas partes do texto; analisar os diferentes núcleos de sentidos presentes nas várias classes do esquema de classificação, visando identificar temáticas mais amplas; reagrupar as partes do texto por temas encontrados; elaborar a redação por tema, incluindo os sentidos do texto e sua articulação com os conceitos teóricos;

c) Na etapa final, elaborase uma síntese interpretativa por meio de uma redação que articule temas, objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

### **2.3 Uma proposta metodológica a partir dos dois métodos**

Corroborando a afirmação de Minayo (2008) de que o pensamento e a capacidade analítica de qualquer pesquisador são incompletos e de que conhecer as limitações reforça a necessidade de aperfeiçoar os métodos, as técnicas e os instrumentos utilizados nas pesquisas, destacam-se aqui as possibilidades e os limites dos dois métodos apresentados.

Um aspecto importante diz respeito ao fato de que, nas pesquisas qualitativas, independente do método, a análise e a interpretação não têm o propósito de enumerar fatos ou pessoas, pois seu foco está no conjunto de opiniões e representações sociais que as pessoas têm acerca de um determinado assunto, embora seja preciso considerar, também, a diversidade de opiniões dentro de um mesmo grupo social (GOMES, 2007).

Além disso, compreende-se que, nas pesquisas qualitativas, independente do método utilizado, “a construção teórica inicial é, no mínimo, ampliada, reformulada, corrigida e clarificada; as hipóteses iniciais são revistas e os conceitos são construídos” (TURATO, 2005).

Levando em conta esses aspectos, esclareço algumas diferenças dos métodos descritos, destacando os momentos em que eles convergem ou divergem nas suas várias etapas, permitindo a construção de uma proposta metodológica que utiliza elementos dos dois métodos, ou seja, com as etapas de coleta, organização, análise dos dados pautadas na TFD e a etapa de interpretação dos dados, com base na Análise de Conteúdo.

Um dos aspectos mais relevantes relaciona-se à concepção dos métodos. Na Análise de Conteúdo, o pesquisador define o quadro teórico inicialmente e após as inferências e interpretações do material, pode expandir a dimensão teórica (método dedutivo) e, na TFD, o pesquisador não faz a construção teórica conceitual prévia, os conceitos e a teoria surgem dos dados (método indutivo).

Quanto aos objetivos dos métodos, a análise de conteúdo busca inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio; superar a incerteza,

generalizar os achados nas mensagens e ir além das aparências por meio da leitura sistemática para descoberta dos conteúdos das mensagens. Já a TFD busca desenvolver uma teoria explanatória do processo social estudado a partir da compreensão e relação dos elementos do processo social (causa, contexto, contingência, consequência, covariância e condições)

No que diz respeito ao desenvolvimento dos métodos, a análise de conteúdo utiliza técnicas para analisar as comunicações de qualquer natureza, focalizando seu código linguístico, enquanto a TFD analisa a realidade por meio da observação do comportamento e dos discursos.

Na fase de análise, ambos apontam estratégias para decompor, ou seja, separar os dados dos casos individuais do contexto original e recontextualizar esses dados. Na recontextualização, o pesquisador identifica, examina, organiza os códigos e reduz os dados em torno de temas centrais (STARKS; TRINIDAD, 2007).

No entanto, os procedimentos adotados em cada método são diferentes. Na análise de conteúdo, a categorização pode ser feita previamente ou após a coleta de dados, trabalha-se com hipóteses e inferências e a análise pode ser feita partindo de um fenômeno específico para o geral ou do geral para o específico, enquanto na TFD as categorias são encontradas a partir da análise dos dados e é feita concomitante à sua coleta. Isso permite ao pesquisador formular novas perguntas sobre o fenômeno e fazer comparações entre as categorias inicialmente encontradas e obter uma amostra mais específica, que responda às necessidades da sua pesquisa. Neste método a análise se dá a partir de um fenômeno específico para o geral.

Quanto ao potencial e aos desafios de cada método, Gomes (2007, p. 80) afirma que, na Análise de Conteúdo, “a descrição e a análise são caminhos úteis para a interpretação”, e que, muitas vezes, o pesquisador interpreta os dados sem passar pela descrição e pela análise. Embora esse método explicita as etapas a serem percorridas, há a tendência de pular etapas se os processos de categorização e inferências forem feitos por um pesquisador despreparado, podendo gerar erros na interpretação do material, seja por excesso ou por recusa.

Já em relação à TFD, uma das principais críticas se concentra no fato de que, nem todo estudo que utiliza este método é capaz de gerar uma boa e esclarecedora nova

teoria. Glaser e Strauss (1967) e Charmaz (2009) afirmam que, muitas vezes, os pesquisadores utilizam a teoria fundamentada como estratégia metodológica, no entanto, muito pouca teoria fundamentada é produzida. Apesar disso, Charmaz (2009) argumenta que alguns críticos não se empenham em conhecer todos os autores, não fazem leituras aprofundadas e com isso, interpretam o método de forma restrita, desconsiderando quatro pontos fundamentais:

1) a teorização é uma atividade; 2) os métodos da teoria fundamentada fornecem formas construtivas de prosseguir com essa atividade; 3) o problema de pesquisa e os interesses do pesquisador podem determinar o conteúdo dessa atividade, não o método; 4) o produto da teorização reflete o modo como os pesquisadores atuaram nesses pontos fundamentais (CHARMAZ, 2009, p. 184).

Concordando com Watling e Lingard (2012), na TFD é claramente descrito o processo no qual os dados devem ser classificados e categorizados, entretanto, não é tão clara a descrição dos elementos necessários, incluindo a habilidade interpretativa e a criatividade, para o desenvolvimento da teoria a partir das categorizações. Assim, torna-se um risco para o pesquisador permanecer imerso nos procedimentos de codificação prescritos e perder de vista o objetivo maior.

Para sumarizar a proposta metodológica construída para desenvolver esta tese exponho no quadro 9 as principais características de cada método, seguida da hibridização que me orientou durante o processo de coleta, organização, análise e interpretação dos dados.

Quadro 9 – Características gerais da Análise de Conteúdo Temática, de Bardin, da Teoria Fundamentada nos Dados, de Glaser e Strauss e, da proposta desenvolvida nesta tese

<b>Elementos dos métodos</b>	<b>Análise de conteúdo</b>	<b>Teoria Fundamentada nos Dados</b>	<b>Proposta Desenvolvida</b>
Pressuposto fundamental	O pesquisador define o quadro teórico inicialmente e, após as inferências e interpretações do material, pode expandir a dimensão teórica (método dedutivo)	O pesquisador não faz a construção teórica conceitual prévia, os conceitos e a teoria surgem dos dados coletados (método indutivo).	O pesquisador faz revisão sistemática da literatura antes de iniciar o trabalho de campo, para conhecer o estado da arte do tema investigado, mas constrói a perspectiva analítica a partir dos dados coletados (método indutivo)
Objetivo principal	Inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio. Superar a incerteza do discurso singular. Generalizar os achados por meio da descoberta de núcleos de sentidos específicos nos discursos.	Desenvolver uma teoria sobre o processo social analisado, a partir da compreensão e da relação dos elementos do processo social (causas, contextos, contingências, conseqüências, covariâncias e condições).	Identificar causas, contextos, contingências, conseqüências, covariâncias e condições específicas, para inferir conhecimentos, superar incertezas e generalizar as percepções do emissor da mensagem sobre determinado tema.
Etapas desenvolvimento do método: <b>TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS</b>	Coleta comunicações de qualquer natureza, focalizando o código comunicativo. Focaliza apenas o discurso, reduzindo a capacidade explicativa. Não considera o processo de tomada decisão em campo e o contexto da ação analisada.	Coleta dos dados e análise é realizada concomitantemente por meio da observação do comportamento e dos discursos. Formular perguntas sobre o fenômeno e faz comparações entre as categorias, durante o trabalho de campo. Focaliza os dados e os elementos do processo social	Coleta e a análise dos dados são realizadas concomitantemente e as categorias encontradas podem estimular nova coleta. Formula perguntas sobre o fenômeno e faz comparações entre as categorias. Focaliza as comunicações de qualquer natureza, considerando os elementos do processo social comunicativo.
Etapas desenvolvimento do método: <b>TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS</b>	Organização Pré-análise Classificação do material, Tratamento dos resultados: categorização, inferência e descrição Interpretação	Descrição Ordenamento conceitual: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva Teorização	Descrição Categorização: codificação aberta e reagrupamento dos códigos em categorias Interpretação
Perspectiva do pesquisador	Conhecer o material, seu contexto de produção e fundamentação teórica	Equilibrar objetividade, para interpretar de modo imparcial, e sensibilidade, para relacionar os dados na construção de uma teoria explicativa	Conhecer o material e seu contexto de produção para construir o equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade durante a análise dos dados

### **CAPÍTULO 3 - A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA**

---

*“A força de ser pessoa traduz na capacidade de acolher a vida assim como ela é, de conviver, de crescer, de humanizar-se com as dimensões vida, da doença e da morte.”*

Leonardo Boff

## **Tema 1**

### **A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA**

#### **➤ Significado da doença**

- O câncer como sentença de morte
  - Visão das pessoas em geral
  - Visão das pacientes
- Doença com possibilidade de cura
  - Recursos disponíveis
  - Discurso do médico

#### **➤ Sentimentos gerados pelo câncer**

- Surpresa: no processo de elucidação e confirmação do diagnóstico
  - Desespero ao encontrar o nódulo
  - Ansiedade durante a realização dos exames
  - Indiferença, medo e incerteza ao receber a confirmação do diagnóstico
- Desamparo e desespero ao ser informada sobre os tratamentos indicados
- Raiva ao longo do tratamento indicado
  - Incerteza e confiança durante o tratamento farmacológico
  - Conforto e recusa da abordagem psicológica
  - Fortalecimento emocional pelo apoio social

Com a finalidade de garantir o sigilo referente à identificação dos profissionais de saúde citados pelas entrevistadas, assim como foi feito com elas, todos são identificados pela profissão que exercem e tratados com o gênero masculino, com exceção das enfermeiras, por esse gênero ser, na Língua Portuguesa, generalizante.

Ao analisar a percepção das mulheres com câncer de mama sobre a comunicação com os profissionais de saúde, com base no referencial teórico do Interacionismo Simbólico é preciso conhecer os diversos contextos em que ocorre o processo de comunicação para compreender os significados que são atribuídos a ele. A utilização do método da TFD, com a análise realizada concomitante à coleta de dados, permitiu a identificação de elementos que necessitavam de maior investigação, referentes ao contexto da experiência da doença e das mobilizações pessoais que ocorreram devido à doença. Assim, os resultados são apresentados de modo a contemplar não somente a percepção das mulheres sobre o processo de comunicação em si, mas também a percepção que elas tem em relação à doença e ao ambiente.

O grande temor provocado pelo câncer na sociedade em geral pode ser compreendido com base na construção histórico-social dos sentidos e significados atribuídos à doença. No último século, os estudos da sociologia e antropologia trouxeram grande contribuição para o setor saúde, auxiliando na compreensão de que a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva. Ao contrário, elas estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade, seu discurso sobre saúde e doença e significados culturais sobre o corpo que adoce e morre (MINAYO, 2008).

O câncer tem sido considerado uma doença misteriosa que invade o corpo de modo secreto e invasivo. E desse modo continuará sendo considerada até que suas causas sejam totalmente compreendidas e os tratamentos sejam eficazes. O nome da doença derivou do latim (*cancer*) e do grego (*karkínos*) que significam caranguejo, devido à semelhança das patas desse animal com as veias de um tumor externo (SONTAG, 2007).

Por suas características, ao longo do tempo o câncer vem provocando perplexidade nas pessoas e desperta diferentes significados simbólicos. Assim, para algumas pessoas, o **significado do câncer** associa-se à ideia de **sentença de morte**, como é possível observar nos relatos das entrevistas que denotam **a visão das pacientes:**

Eu falei: Doutor, o senhor sabe muito bem, dependendo do que é, como é o estágio que está, muitas vezes é sentença de morte sim, ou um período de vida determinado, que num deixa de ser também uma sentença de morte. (E1)

(...) qualquer doença que você tem não é fácil, mas eu acho que um diagnóstico desse é um dos piores entre os piores. (E3)

(...) pra falar a verdade, ouvi:

- Cê tá com câncer.

A primeira coisa que vem na sua cabeça é que cê vai morrer. (E13)

Até o início do século XX, o câncer era considerado, assim como a tuberculose, uma doença pela qual a pessoa é “consumida”. Uma enfermidade de crescimento anormal, sem sintomas visíveis, que age devagar, sendo descoberta por acaso em exames de rotina e em estágio avançado muitas vezes. Age de forma traiçoeira e, mais cedo ou mais tarde, é “terminal” (SONTAG, 2007). Devido ao seu significado, muitas pessoas, ainda hoje, evitam falar a palavra câncer, acreditando que a pronúncia da palavra traga mau agouro.

(...) a verdade é que ela (a doença) num sara, todo mundo sabe que ela num sara, ela sempre morre aqui e nasce lá, ela morre aqui e nasce em algum lugar (...) porque essa doença não é curativa, não tem como curá, mais tem como paliá, tem como o médico centralizá ela num canto e deixá ela quietinha lá. (E10)

Como já descrito anteriormente, os dados epidemiológicos atuais sobre o câncer, em geral, revelam índices crescentes de incidência e alto índice de morbimortalidade (BRASIL, 2011), com intenso comprometimento da vida das pessoas, abrangendo sofrimento físico e consequências psíquicas e sociais. Com isso, é possível observar que o conhecimento sobre a doença e o significado do câncer estão associados às experiências de câncer na família.

Eu achava que o câncer era sentença de morte porque minha avó morreu de câncer de útero, a irmã da minha vó morreu de câncer de mama, o irmão dela, eu tenho um primo que faleceu com câncer com 41 anos, deu no esôfago, o irmão dele tem na garganta. Então, a gente ouvia a palavra câncer, cê assusta né, apesar da minha mãe ter, tratou e deu certo, você ouve, o primeiro impacto que te dá é que você num vai consegui passá aquilo ali. (E13)

Além da percepção das mulheres entrevistadas sobre o significado do câncer, foi possível verificar, também, em seus relatos, **a visão das pessoas em geral**, revelando grande estigma em relação à doença. O significado do câncer como doença incurável é evidente na fala de pessoas que se aproximam da mulher com câncer e explicitam acontecimentos dramáticos que ocorreram com quem teve a mesma doença.

(...) muitas pessoas me desanimaram, tem umas que falaram assim:

- Ah, mais o câncer volta.

A patroa minha falava assim:

- Ce viu aquela mulher? Então tava cum câncer igual o seu. Foi lá pra São Paulo. Nossa! Operô, tava boa, o câncer voltô. Sabe aquela fulana? Então o câncer dela volto. Fez tratamento, fez quimioterapia, tava ótima, coitadinha, voltou tudo de novo. (E9)

(...) a hora que você fala de câncer, muita gente ainda fala assim que é a morte né, cê tá condenado, essa já morreu. E eu escutei no meu tratamento, muitas pessoas falano:

- Ah câncer? Câncer é morte, tá condenada. (E2)

Em decorrência da evolução no tratamento que resultou em melhora do prognóstico para diversos tipos de câncer, observa-se um movimento de mudança com relação ao **significado do câncer**, em que parte das pessoas o enxergam como uma **doença com possibilidade de cura**.

O pessoal mais jovem não! O câncer, que nem pros meus filhos, é mais tranquilo. Agora, na minha época, né, era uma sentença de morte porque não tinha tanto tratamento, né. (E3)

Mais especificamente em relação ao câncer de mama, as várias modificações e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas ocorridas nas últimas décadas, bem como o estímulo à prevenção e o avanço do diagnóstico precoce com a utilização das tecnologias de imagem disponíveis atualmente, como a mamografia, a ultrassonografia, a ressonância magnética, a punção biópsia, a estereotaxia para marcação de nódulos ou microcalcificações, trouxeram maior possibilidade de diagnóstico na fase inicial da doença, antes da sua propagação para outros órgãos (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Diante de tais avanços, é possível amenizar o medo da morte, antes considerada como inevitável e enxergar **os recursos disponíveis** para o tratamento.

(...) e num é a morte, né? Porque você entra num lugar desse, daí, você tem todo tipo de tratamento e tem a luta tua também né. E você vê essas pessoas te dando força ali. Nossa, é maravilhoso, maravilhoso. (E2)

Ah, eu tô ótima (risos), tô curada, mais se pintá de novo esse negócio aí de câncer, num é um bicho de sete cabeça não porque, antigamente até que era né, mais hoje em dia não. (E6)

Câncer num mata mais não, antes câncer matava, mais hoje câncer num mata mais. (E9)

Atualmente, com os vários recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e com o prognóstico otimista, quando identificado em fase inicial, observa-se maior aceitação e confiança no tratamento, mesmo considerando as dificuldades enfrentadas ao longo do processo.

(...) a gente sabe que tem doenças que tem cura, outras num tem né, (...) cê tem um câncer e precisa tratá né, (...) é difícil e eu tenho uma convicção em mim, assim, que se fo pra mim passá de novo, eu trataria outra vez, entende? (E11)

Hoje eu sei que muito é a cabeça da gente que ajuda, mas hoje tem médicos muito capacitado. Eu brinco assim, falo que é 50% paciente, 50% a equipe de saúde, né, porque às vezes as pessoas se entrega e num quer lutar. E a gente procura de tantas formas, hoje em dia, se descoberto cedo. (E13)

De acordo com Sontag (2007), o câncer, assim como a AIDS, é considerada uma doença-metáfora, ou seja, uma doença que anuncia catástrofes, possui longa história de desenvolvimento, tem grande envolvimento no imaginário social e provoca medo e afastamento na sociedade. Na tentativa de amenizar os sentimentos, os medos e as emoções excessivas em relação à doença, o **discurso do médico** estimula a mudança na concepção da doença e favorece maior confiança no tratamento.

(...) o doutor ainda enfatizou muito assim, é, você num vai morre disso, num vai morrê disso. (E3)

Ele (o médico) falou:

- Calma, eu não estou te dando uma sentença de morte. (E1)

**Os sentimentos gerados pela experiência do câncer de mama** são diversos e variam de acordo com a interpretação individual sobre o significado social atribuído à doença. Eles podem modificar-se e adquirir distintos significados, dependendo da fase em que a mulher a vivencia. **O processo de elucidação e confirmação do diagnóstico representa** um período de grande impacto para a mulher, pois **ao encontrar o nódulo**, ela é surpreendida com uma variedade de sentimentos que acompanham o aparecimento inesperado da doença.

Eu sempre fiz o autoexame, mais aí apareceu um caroço, parece que da noite pro dia. Ele num tava lá, no outro dia ele apareceu e apareceu grandinho já. (E13)

Ah, no começo pra mim foi um baque, né. Quando eu fiz o exame da mamografia, que comecei a senti a dor, senti aquele caroço aqui, já veio logo na minha cabeça que era um câncer, já veio. (E8)

No discurso de uma das mulheres, fica clara a sua percepção de que algo anormal acontecia com seu corpo, mesmo antes da identificação do nódulo em auto-exame de rotina, quando ela se sentia irritada e com o humor alterado.

Eu comecei a perceber que alguma coisa tava errada comigo (...) um pouco antes de descobrir, eu estava obsessivamente estressada e eu achava que alguma coisa errada no meu corpo tava acontecendo, de forma desordenada. Aí, um dia, eu comecei a fazê o autoexame durante o banho, me apalpei e aí foi que eu achei o nódulo. Avisei o marido, mais no momento em que eu achei já me desesperei. Passei quinze dias chorando. (E1)

A fase de **realização dos exames** é carregada de grande expectativa e sentimentos de extrema ansiedade, principalmente se houver sofrimento ou demora em sua realização. Segundo Bergamasco e Angelo (2001), devido à demora de atendimento nos serviços de saúde, decorrentes da burocracia e pelo fato de a demanda ser maior que os recursos, aliada ao sofrimento durante a realização dos exames, as mulheres atribuem o

significado dessa questão como sendo mais uma dificuldade a ser enfrentada no seu momento de fragilidade e impotência.

(...) foi assim, quase uma hora fazendo mamografia. E troca placa e aperta e num sei o quê... E põe a roupa, e tira, coloca e tava frio. E aí eu falei pra moça:

- Mais o que tá acontecendo?

O Paff de mama foi mais outro sofrimento porque faz da mama um leque (...), é horrível e já tava muito dolorida a mama. Depois de seis dias veio o resultado:

- Quantidades de células insuficientes. Vai ter que colher de novo.

Aí meu psicológico já desestruturou... (E1)

Quando eu soube que eu tinha que fazer a biópsia, eu caí em disispero, eu chorei bastante e fiquei assim muito triste. (E7)

Levando em conta que as ações humanas dependem dos significados que as pessoas atribuem às situações e que esses significados derivam das suas interações, **ao receber a confirmação do diagnóstico de câncer de mama**, a mulher passa a apresentar sentimentos que variam de indiferença a um intenso medo do sofrimento e da morte e a incerteza sobre o controle de sua vida. Algumas disseram que já sabiam que se tratava de câncer e quando o médico lhes comunicou o diagnóstico durante a consulta, elas somente confirmaram o que já esperavam.

Bergamasco e Angelo (2001) e Tarricone Júnior et al. (2010) reforçam que, por ser uma doença estigmatizante, o câncer de mama causa profundo impacto psicossocial para a mulher e seus familiares e tem, ainda hoje, uma forte associação com o mau prognóstico, o sofrimento, a incurabilidade, a dependência de outras pessoas e com o tratamento agressivo. As expressões contidas no discurso abaixo como “caindo num buraco” e “sem chão” revelam o sentimento de desespero e desamparo experimentado por algumas mulheres.

Ele (o médico) falou:

- Saiu o resultado, infelizmente deu carcinoma.

No telefone... Assim, um dia claro como esse, ficou escuro, escuro, escuro, escuro e eu só consegui olhá e enxergar meu filho. (...) a impressão que cê tem é que cê caiu num buraco negro sem fundo, que cê tá caindo, caindo, caindo, caindo (...). Aí, eu me desesperei e comecei a chorar (...). a vontade era de gritá. (E1)

Oh, não foi fácil, mais eu já sabia. Eu já sabia que se tratava de câncer. Eu chorei muito, eu fiquei assim triste, né, sem chão como todo mundo, né, sem tê o que pensá, sem saber o que fazer. (E3)

Para Gomes, Skaba e Vieira (2002), no universo simbólico, a mama feminina concentra vários papéis da identidade da mulher, como a sexualidade e a sensualidade, em que os seios representam objeto de prazer e desejo, e a feminilidade, diante da possibilidade exclusiva da mulher para amamentar. De acordo com Azu et al.(2007), o câncer de mama, talvez mais do que outros tipos de câncer, expõe a mulher não somente ao abalo emocional e psicológico, como também a uma possível desfiguração física devido à ausência da mama, o que leva às implicações na feminilidade.

Ah, eu fiquei bem perdida. Eu queria acreditá que não fosse verdade. Eu achava assim, que era a parte do meu corpo que eu mais gostava, isso me fez sofrer bastante. Até hoje é sofrido. Então, foi um processo bastante doloroso. (E13)

Para Kübler-Ross (1998), os estágios de reação à morte, pelos quais passam as pessoas com doenças graves ao tomarem conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico, são cinco, sendo eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esses estágios são comumente percebidos nas pessoas com o diagnóstico de câncer e, embora, eles não se apresentem necessariamente nesta ordem, elas podem apresentar sinais mais evidentes em um ou outro estágio, dependendo das características de cada uma.

No período que envolve a **confirmação do diagnóstico de câncer de mama e ao ser informada sobre os tratamentos indicados**, a mulher pode sentir-se mais próxima da morte. Nas entrevistas foi possível identificar esses estágios nos discursos das mulheres, como a expressão de raiva ao questionar sua condição e sentir-se injustiçada pelo acometimento da doença.

(...) esse negócio que apareceu de repente em mim... Num era pra acontecê isso comigo! Eu tava tão bem na loja, corria pra lá e pra cá pelo meu trabalho, e de repente desmoronou tudo, né. Eu num sei porque que aconteceu isso comigo. Eu queria entende por quê. Eu passei uma vida muito dura em São Paulo, trabalhando pra criá meus dois filhos sozinha, tendeu, pra chegá onde eu cheguei. Quando eu consigo me aposentá, acertá minhas coisa, acontece tudo isso aí comigo. É difícil pra mim aceitá. (E5)

Às vezes te gera um sentimento de revolta pelo o que cê tá passando. Quem tem culpa? Ninguém, é uma doença que cê num pode culpá ninguém porque ninguém tem culpa do que você tem, você tem raiva por senti aquilo que cê tá sentindo. O pior sentimento que cê pode sentir por alguém é pena e, às vezes, você tem de você mesmo. (E13)

Conforme Bury (1982), o conhecimento sobre as doenças, especialmente as físicas, favorece que elas sejam vistas de modo separado da individualidade da pessoa, como uma força externa da qual a paciente é vítima. Associar o aparecimento da doença a aspectos pessoais, como relacionamentos sociais, significa aceitar o peso da responsabilidade da doença.

Na busca de encontrar respostas às perguntas – Por que eu? Por que nesta fase da vida? – algumas mulheres deste estudo tentam justificar o aparecimento da doença pela predisposição hereditária, ou seja, por ter havido diversos casos na família, outras não o associam a nenhum evento. Apenas uma das mulheres relaciona o aparecimento do câncer com o abalo emocional que sofreu em decorrência do fato de sua filha ter sido presa.

(...) eu fiquei muito abalada. Ela foi presa no mês de maio e eu fiquei assim no mês de junho, que eu descobri o câncer. É. Eu num durmia mais, a minha vida ficou um trauma, só pensando nela, como que ela tava lá na cadeia, né. Aquela cena ficou na minha mente. A menininha (neta) cobra de mim direto por que a mãe foi presa. Ela fala:

- Vó, por que que a minha mãe num vem, por que que a minha mãe num sai?

Então foi uma coisa que marcô muito pra mim. E eu num tenho agora mais essa dificuldade. A gente ta aí sempre pra ajuda né, pra cuida, mais é difícil. (E11)

Analisando a posição dessa mulher com base nas discussões feitas por Bury (1982), percebe-se que sua situação familiar já era muito difícil antes da doença e, considerado como injusto, o surgimento do câncer foi mais um problema a ser enfrentado, interferindo ainda mais no seu equilíbrio prejudicado e na pouca esperança de um futuro melhor.

Por outro lado, o relato dessa mulher nos remete ao fato de que, mesmo com as evidências acerca dos vários fatores que contribuem para o aparecimento do câncer de mama, sua verdadeira natureza ainda permanece de difícil compreensão. Sontag (2007) cita

que, embora tenha aumentado a literatura sobre o assunto, as pesquisas defendem que a teoria das causas emocionais é equivocada. Do mesmo modo, a metanálise feita por Panobianco (2002) constata que não há associação entre os eventos de vida e a primeira ocorrência de câncer de mama feminino, mas admite que os fatores estressores intensos possam ter associação com o aparecimento desse tipo de câncer.

Frente ao diagnóstico de câncer de mama, a incerteza sobre seu próprio futuro exige da mulher algum aprendizado, no sentido de reconhecer sua nova condição de vida e reorganizar seu novo papel, decorrente dessa experiência (BERGAMASCO; ANGELO, 2001). A incerteza sobre o impacto e a evolução do problema se torna mais importante do que qualquer outra coisa e toma conta do pensamento de mulheres que se sentem “tomadas” pela doença.

Eu fico pensando no que vai acontecê daqui pra frente pra mim. Eu posso morrê, eu posso num morrê, tendeu? Que eu sei que muitas mulheres aí ficam bem depois dessa quimio e dessa cirurgia que faiz prá tirá o nódulo. Ficam muito bem, mais eu num sei o que eu vai acontecê comigo, é isso que eu tenho medo. (E5)

(...) você tá lutando, mais é uma coisa tão incerta (...). E depois do tratamento, você saber que você teve aquilo e que está sem a doença, mais às vezes você acaba... com um 38... que, de repente, ele pode dispará de novo. A gente vive sob ameaça o tempo todo. (E1)

Para algumas mulheres o período de tratamento é carregado de intenso sentimento de estranheza, que aparece misturado a uma sensação de alívio ou de desconforto quando se deparam com outras pessoas portadoras da mesma doença nos serviços de saúde e que estão em situação pior, seja devido à condição física, psicológica, estrutura familiar ou social. Em decorrência disso, durante o tratamento há uma alternância de sentimentos, que variam de autoconfiança e segurança á total insegurança, como se pode verificar nos discursos a seguir.

Eu não tinha medo das pessoas falava que a doença brotava. Se brotá, a gente ranca o broto. (E9)

Tem dias que eu levanto e me sinto a mulher mais forte do mundo, eu passei por um câncer. Aí, no outro dia, eu levanto e falo:  
- Ah, meu Deus e se ele voltar? Será que eu vou conseguir? (E1)

Assim, no desejo de alcançar a cura, a mulher reconhece a necessidade de aceitar a doença e submeter-se ao tratamento, mesmo ciente das dificuldades inerentes a ele, seja pelo conhecimento popular ou pela experiência anterior de câncer na família ou em pessoas próximas.

(...) nessa hora te choca um pouco. (...) a gente sofreu bastante com minha mãe, quando ela teve que fazer quimio. Ficou bastante debilitada na época. Aí cê já imagina mais ou menos que cê vai passá tudo aquilo ali que já viveu, vai vivê de novo. (E13)

(...) abalada a gente fica memo, na hora que você sabe, é difícil, mai como tem na minha família pessoas que tiveram (...) (...), eu fiquei assustada mai não tanto, eu sempre tenho confiança nos meu médico, eles vão cuidá de mim e eu vô saí dessa, e saí, e tô saindo, em grande estilo, de tudo que tô passando. (E10)

Uma das entrevistadas (E10) foi atropelada por um ônibus no período em que realizava quimioterapia e precisou interromper esse tratamento devido à fratura de vértebras. Na ocasião da entrevista estava, há quatro meses, acamada, totalmente dependente de outras pessoas para os cuidados de higiene e alimentação e no relato acima, observa-se a manifestação de aceitação da sua condição.

A aceitação da doença é expressa de várias formas, seja pelo desejo de que a cirurgia e os demais tratamentos ocorram rapidamente com a finalidade de resolver seu problema e livrar-se da doença, seja pela mudança do significado do câncer e o desejo de enfrentá-lo sem medo, ou seja, a única opção que lhe resta, cabendo-lhe, em alguns casos, somente a opção pelo local de tratamento.

Ah, eu achava que era uma coisa tão grave, tão grave, mas hoje eu não tenho medo dele não, eu acho que num é tudo aquilo que os outro fala não. (E9)

Se tiver que, se for pro meu bem, que tire a minha mama inteira, que ranque, se tiver que rancá, se for pro meu bem. (E1)

A gente tem que encarar, tamos aqui pra isso, o que vem pra gente tem que saber como levá, né (risos). (E4)

Eu e meu marido ficamo bem confuso, né. Fui pra São Paulo pra vê esse tratamento, mais ia sê todo particular e é muito caro, o mais em conta ia ficá 25 mil só o aparelho. Aí, num podia fazê nada pelo plano de saúde, ia tê que sê tudo particular. Aí é complicado. (E3)

Os sentimentos gerados pelo câncer **ao longo do tratamento indicado** dependem de diversos aspectos que estão relacionados, principalmente, com **a abordagem psicológica, o tratamento farmacológico (quimioterapia) e o apoio social.**

A **abordagem psicológica** ao longo do tratamento foi percebida como um aspecto muito importante por algumas mulheres, sendo que parte delas descreve que recebeu apoio psicológico do médico que a acompanha e não do profissional de psicologia (umas por não aceitarem e outras por não terem conhecimento do trabalho do psicólogo no serviço de oncologia). A abordagem psicológica fez falta para as mulheres nos momentos de maior fragilidade, em que necessitam de maior esclarecimento e apoio para enfrentar a doença e as limitações que ela impõe.

Num teve um cuidado, num teve. Eu acho que nesse intervalo de tempo (de quando encontrou o nódulo) até você ouvir o diagnóstico de um médico, eu acho que o apoio de um psicólogo seria muito importante. (E1)

O câncer tem sido considerado uma doença cruel que ataca e invade o corpo e, por sua vez, o tratamento tem sido visto como um contra-ataque. Assim, as metáforas habitualmente utilizadas para descrever a doença e o tratamento estão associadas à linguagem de guerra e são expressas por termos como: invasivas, defesa, radical, rastreamento e bombardeamento (SONTAG, 2007). Para essa autora, os danos causados ao corpo durante o tratamento é justificado se a finalidade é salvar vidas.

Então, pra mim foi um choque a primeira vez. Mais a coisa pior é o depois. São os dias que vem a reação de todo aquele remédio, porque é um veneno né, na verdade (risos), aquilo lá, é um veneno que vai te fazê bem, vai te curá, mais tamém cê fica mal mesmo, sabe. Mais mesmo assim, acho que eu nunca caí né, nunca fiquei pra baixo. (E6)

**O tratamento farmacológico**, representado pela quimioterapia, é considerado a principal fonte de dor e sofrimento causados pelos efeitos colaterais dos medicamentos e

pela perda ou diminuição da autoestima provocada por eles. Dentre os efeitos colaterais mais citados pelas mulheres encontram-se: dor, mal estar, náuseas, vômitos, inchaço, queda dos cabelos, mudança na coloração e textura da pele, deformidade ou queda das unhas. Ao submeter-se a esse tratamento, surgem inúmeros sentimentos negativos, como dor, angústia, culpa e desamparo.

No meu caso eu tava bem, eu tava saudável, o que me deixou doente foi a quimio, que eu perdi toda minha qualidade de vida. (...) no fim do ano, época de natal, ano novo, eu tava acamada, assim, feia, me sentindo feia. (...) eu tava muito judiada, me sentindo judiada, sabe. (E3)

Os dias que antecediam a quimio eu ficava muito angustiada, muito aflita porque eu ia senti dor, sabia que eu ia fica ruim. Numa semana cê faiz, fico ruim, na segunda semana me recupero, na terceira eu tô boa e recebo outra carga... (E3)

Assim como no estudo realizado por Montagner e Montagner (2011), neste as mulheres também consideram a perda do cabelo como o pior efeito colateral da quimioterapia. Esse efeito traz grande incômodo, por ser evidente e não ter como escondê-lo e por fazer com que as mulheres não se reconheçam, comprometendo sua autoestima e imagem corporal. Uma das mulheres disse que optou pela peruca a pedido do filho de sete anos que pediu para não deixá-lo vê-la careca.

(...) a gente é mulher, a gente é vaidosa, cabelo e seio são... né. É a bandeira feminina né, sexualmente falando. (E1)

O meu cabelo tava comprido, fiz selante, tava lindo! (E7)

O que mais me doeu de tudo, foi a queda do meu cabelo (risos), eu amava, eu tinha o cabelão aqui (mostra o comprimento). O médico mandou cortá curto porque ia caí e eu guardei. Mais acho que eu senti mais meu cabelo, porque a mama com o tempo, eles falaram que ia fazê plástica, vai ficá bunita, mais o cabelo demora, né (risos). (E6)

Compreende-se que o significado da queda de cabelo está diretamente associado ao câncer, sendo uma das marcas de sua identificação e pode representar para a mulher e para os familiares a certeza de que a doença é, mesmo, um câncer. Essa afirmativa

aparece no discurso de uma das mulheres, quando diz que, quando a pessoa está careca, “*sofre discriminação na sociedade, todos sabem que está tratando e já te condenam*” (E1).

Ao contrário da maioria das mulheres, uma delas não se mostrou abatida com os efeitos da quimioterapia e, mesmo sentindo-se feia, não sentia vergonha da sua condição e utilizava ao máximo dos recursos disponíveis para não parecer doente. Quando chegava ao serviço de saúde, segundo ela, era confundida com acompanhante de outros pacientes.

Eu só lembrava que eu tava doente quando os outros perguntava e por causa do cabelo que caiu, caiu sobrancelha (...). Eu fiquei horrível, fiquei bastante feia, mais mesmo assim eu colocava uma peruquinha, me enfeitava toda, pnhava salto e a roupa tudo arrumadinha e ia pra quimio (...), trabalhava e até cantava. (E9)

A experiência do câncer de mama é ampla e cada fase assume diferentes significados para a mulher, com implicações na sua vida diária e nas relações com as pessoas do seu contexto social. O **apoio social** é considerado essencial pelas mulheres, pois é por meio do auxílio físico ou emocional que elas se sentem mais fortalecidas, seja esse apoio da família, dos amigos ou dos profissionais de saúde.

Diante do câncer que representa uma doença grave e que compromete a vida, é comum haver maior mobilização da família e pessoas próximas, demonstrando preocupação e maior aproximação na tentativa de minimizar o sofrimento. A família continua sendo um importante núcleo para o equilíbrio do ser humano especialmente nos momentos de dificuldades.

(...) aí (a doença) também transformou minha mãe e meu pai que eu quase não conversava com eles, não os via, uma tia minha de São Paulo ficou bem assim impactada, primas que tavam muito distantes se achegaram, sabe, trabalhou a família inteira, com amorosidade mesmo. (E3)

Eu tenho uma igreja inteira orando por mim, as pessoas me ligando. Toda vez que eu tava angustiada e sem saída, alguém me ligava, é impressionante. (E3)

Uma das mulheres relatou dificuldade para revelar o diagnóstico de sua doença ao seu pai, que já se encontrava doente, e ao seu filho por imaginar o sofrimento que provocaria neles. Segundo Montagner e Montagner (2011), o câncer é uma doença temida e

por isso é, frequentemente, negada ou escondida quando se manifesta em algum membro da família.

A falta de apoio social para enfrentar os desafios impostos pela doença foi identificada como motivo de grande sofrimento para algumas mulheres. A ausência de apoio da família e de amigos gera intenso sentimento de desamparo e, em alguns casos, deixa evidente o estigma e preconceito em relação ao câncer.

E eu não tenho ninguém que pode me acompanhá. Então meu tratamento foi feito sozinha. Tem pessoas que tem assim um privilégio, vai alguém, né, vai uma irmã, vai o pai, vai alguém acompanhá e eu não tive esse privilégio. Eu ia sempre sozinha e sempre com preocupação porque tem as criança em casa. (E11)

Quando eu descobri que eu tava com câncer, muitas pessoas se afastaram, como se aquilo fosse contagioso. (...) não sei se por medo, num sei, mais alguns se afastaram. Depois que vê que você ta bem até volta, mais, na fase difícil, algumas pessoas se afastaram. (E13)

Eu tenho umas amiga que se afastaram, num me fizeram uma visita. (...) será que pensa que eu vou morrê? Antigamente no tempo da minha vó, quando a pessoa ficava doente, vai fazê visita, vai fazê companhia, vai conversá, joga um joguinho ou vai chamá pra passeá um poquinho, né. Mais não, se afastaram. (E5)

Segundo o relato de uma das mulheres, é preciso um grande esforço para não decepcionar as pessoas à sua volta, pois a expectativa é a de que ela esteja bem, seja forte e não se deixe abater com a doença ou seu tratamento. Para outra mulher, a angústia e a insegurança constantes causadas pela doença, levam ao sentimento de solidão e, em alguns momentos, mesmo contando com a presença e o apoio da família e dos amigos, ela se sente sozinha. Outro fato relatado por uma das mulheres foi a falta de apoio para se manter no trabalho, em que exercia a função de recepcionista de um hospital. Foi demitida após retornar da licença da cirurgia e conta que sofreu muito ao perceber a falta de compreensão em relação ao seu problema de saúde.

As diversas roupagens metafóricas em relação ao câncer deformam a experiência das mulheres e desse modo, em vez de encarar a doença apenas como uma doença grave, elas sofrem também com os mitos, que não têm nenhum real significado e são alimentados pelo comportamento das pessoas, como, por exemplo, associá-lo sempre à

morte, considerá-lo uma maldição, um castigo, uma vergonha, ou até como uma doença contagiosa. Tais mitos podem inibir os portadores de câncer e desestimulá-los a procurar tratamento competente. Com o intuito de amenizar esses efeitos é preciso que se reconheça que, embora não exista um tratamento geral que cure todo tipo de câncer, mais da metade deles pode ser curado pelos métodos de tratamento existentes (SONTAG, 2007).



## **CAPÍTULO 4 - MOBILIZAÇÕES PESSOAIS EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA**

---

*“A verdadeira motivação não é aquilo que  
te anima, mas aquilo que te transforma.”*

Bárbara Coré

## **Tema 2**

### **MOBILIZAÇÕES PESSOAIS EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA**

#### **➤ Mudança de valores**

- O modo de encarar a vida
- Os planos para o futuro

#### **➤ Espiritualidade**

- Da paciente
- Da família e amigos
- Dos profissionais de saúde

Para compreender a dimensão sociocultural das pessoas com enfermidades de longa duração, como o câncer, é preciso olhar para o sujeito que convive com uma determinada condição, considerando que a sua forma de entender, explicar, representar, interpretar e lidar com tal condição se modifica constantemente e é influenciada pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo no qual se insere (CANESQUI, 2007).

Concordando com Montagner e Montagner (2011) o câncer de mama tem um caráter de enfermidade aguda quando identificado precocemente e o tratamento é eficaz, mas assume grande extensão de tempo se diagnosticado tardiamente. Em vista disso, no geral, as pessoas com câncer passam por mudanças em sua vida diária. Para melhor compreender esse processo, utiliza-se, também aqui, o conceito de ruptura biográfica, elaborado por Michael Bury (1982).

Para Bury (1982) a doença crônica faz com que seu portador reconheça o mundo da dor e do sofrimento, que até então era visto como possibilidade distante ou problema dos outros. A pessoa que sofre de uma doença crônica pode fazer adaptações em seu estilo de vida, na medida em que, com a experiência da doença, se rompem as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam.

Esse autor conceitua ruptura biográfica como uma situação crítica, na vida da pessoa que desestabiliza sua interpretação da realidade. A descontinuidade na vida, após o aparecimento da doença, provoca mudanças em seu comportamento e alternativas para a reconstrução de um novo ritmo de vida.

Bury (1982) destaca três aspectos de ruptura que ocorrem com essas pessoas. O primeiro é a ruptura biográfica, causada pela enfermidade e as tentativas de lidar com a incerteza que ela traz; o segundo é a ruptura mais profunda pelo impacto do tratamento na vida da pessoa; e o terceiro representa a reação à ruptura, envolvendo a mobilização de recursos para o enfrentamento da situação alterada. O relato de uma das mulheres corrobora as ideias dos autores acima citados:

(...) ninguém sai de um câncer igual entra, ninguém termina um tratamento de câncer igual ele começou, não tem, eu acho que a pessoa tem que se muito dura prá podê terminá assim. (E3)

No capítulo anterior discutiram-se os dois primeiros aspectos apontados por Bury (1982) e, neste, pretendo abordar o terceiro aspecto, referente às mobilizações pessoais das mulheres para adaptar-se à nova situação e dar um novo sentido à vida. Dentre as mobilizações e esforços que as mulheres com câncer de mama podem lançar mão para gerenciar o cotidiano, foram identificadas, neste estudo, duas categorias a partir dos códigos das entrevistas: **as mudanças de valores e a espiritualidade** após a experiência da doença.

Descrevo o relato de duas mulheres que, de modo muito claro, contam sobre as **mudanças de valores** que ocorreram após a experiência da doença, e enfatizam a necessidade de rever **o modo de encarar a vida**, as expectativas e **os planos para o futuro**.

Eu perdi qualidade de vida. Eu quero ter qualidade de vida. Eu quero amá mais os meus filhos, eu quero tá com o meu filho lá em São Paulo, eu quero ir no museu, eu quero ir mais nu tiatro, eu quero ir mais nu cinema, eu quero viajá mais com os meus filhos e com o meu marido. Eu adoro bicho sabe, eu quero adorá mais (...) Então, eu quero i pra uma casa menor pra eu tê mais tempo pra pintá mais, que é uma coisa que eu amo, eu quero fazer Patwork. Eu quero assim trabalhá menos porque a gente fica escrava do serviço da casa. (...) Quero fazê mais as coisas que agradam, que encham meu coração de alegria. (...) mais sabe, qualidade de vida é uma coisa muito importante que a gente só dá valor quando perde. (E3)

O caminho que eu vivia antes era bar, porta de bar, bebida, cigarro, brigas, né. Então, através dessa minha doença, eu me encontrei e Deus me deu outra forma de vida, pra mim tá podendo segui o caminho dele, sem farra, sem bebidas, sem cigarros, sem bailes né. Eu largava meus filho aqui sozinho e saía pra farra à noite, num tinha hora pra voltá, às vezes era 3, 4 dias fora de casa, os meus filhos jogado. Então refleti tudo essas coisas, né. Tudo o que eu já passei e o agora, a oportunidade de vida que Deus me deu né, pra pode segui em frente. (...) Hoje mudou muita coisa, até o meu entendimento com os meus filhos, hoje tá sendo melhor, porque antes só era xingamento. Eles num podia falá nada pra mim que eu já brigava, quando não, já partia pra agressão, hoje não, hoje é tudo diferente. (E8)

É possível compreender que a explicação que essa mulher dá para sua doença, ou seja, o significado que ela constrói, ajuda a “integrar” a doença em sua vida e, assim redireciona o seu cotidiano, suas ações e seus relacionamentos sociais, diante do panorama de incertezas sobre o futuro. O depoimento acima exemplifica a afirmação de Spadacio e Barros (2009), de que a prática religiosa é um dos recursos acessados a partir da ruptura

biográfica, pois legitima e ameniza a incerteza diante da doença e permite que o paciente amplie sua capacidade de negociação.

O fato de ter uma doença faz com que a pessoa se defronte com o vir a não ser nada, com o morrer, ou seja, uma situação que compromete a experiência de viver e confunde as expectativas, debilita, humilha e isola. Além disso, a relação social é afetada e a intimidade é invadida. Todos esses aspectos causam impacto e levam a uma redefinição de valores. A pessoa precisa voltar-se sobre si mesma, com um olhar sobre o que é, o que foi e o que pode vir a ser (WALDOW, 2004).

Eu sempre fui muito de vivê um dia de cada vez, ser feliz mesmo, e eu procuro isso agora mais ainda, que a sua vida é tão frágil, cê fica esperando o amanhã... e pra muitos o amanhã não chega. (E13)

Como pode ser observado nos relatos das mulheres e, conforme diz Waldow (2004), há necessidade de reorganizar o tempo, de concluir o que não foi terminado, de fazer reflexões sobre o sentido da vida, atribuindo maior importância aos valores afetivos, aos laços familiares, à solidariedade e à disponibilidade aos outros.

Antes eu era muito rude, assim meio arrogante, sabe, e agora não, com essa experiência eu mudei bastante com todo mundo. Até mesmo em casa né, com os filhos porque aqui em casa sempre foi só eu pra batalhá, né, e as criança tudo pequena. Então, aquilo sobrecarrega, cê vai ficando estafada, quando se vê cê tá explodindo com qualquer coisinha né (...). A doença ensina a gente a convivê melhor com as pessoa, né. Eu tive bastante dificuldade nessa parte porque, em casa, eu num tive instrução melhor né das coisas, então favoreceu bastante pra mim. Eu num recebi a doença como um mal não, pelo contrário, mudou bastante a minha pessoa. (E11)

(chorando) “Aprendi a dar mais valor pelas coisas mínimas da vida, é... amizade, é, o ar que a gente respira todos os dias, quer dizer, a gente tem uma consciência disso, mas após isso, você aprende a dar mais valor. (E12)

A pessoa doente deixa de ser como era antes e passa a ter uma nova consciência de quem ela é, do que gostaria de ter realizado, do significado da vida. As prioridades passam a ser outras (Waldow, 2004). No caso de uma mulher entrevistada, observa-se que uma de suas preocupações é alertar outras mulheres sobre o risco do câncer e incentivá-las

quanto à necessidade de procurar o médico rotineiramente ou logo que perceberem alguma alteração no corpo, independente de terem um convênio particular de saúde ou o SUS.

Durante as entrevistas, ficou claro que, ao falar sobre a experiência do câncer, é inevitável para as mulheres não associá-la à **espiritualidade**. Para Spadacio e Barros (2009), existe todo um universo simbólico que permeia os processos de construção social do câncer, considerando que sua vivência e experiência não se limitam à dimensão natural ou biológica do fenômeno.

A literatura descreve que, desde a antiguidade a dimensão espiritual e as práticas religiosas são utilizadas como forma de enfrentamento das doenças físicas e mentais (BOTELHO, 1991). Com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, buscou-se orientar e explicar o processo de adoecimento e cura de forma desvinculada da religião. Apesar disso, a visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde e doença (IBANEZ; MARSÍGLIA, 2006).

Guimarães e Avezum, (2007) relatam que a religiosidade e a espiritualidade possuem grande impacto sobre a saúde física, representando possíveis fatores de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população previamente sadia e de eventual redução de mortes ou impacto de diversas doenças. Apontam também que os praticantes religiosos têm menor índice de mortalidade, devido ao maior suporte social, maior autoestima, menores taxas de estresse e depressão e o incentivo aos hábitos de vidas saudáveis, como a prática de atividades físicas e abandono do uso de cigarros e de bebida alcoólica.

Cabe aqui diferenciar o significado dos termos religião, espiritualidade e fé, que, frequentemente, são utilizados como sinônimos. Segundo Vasconcelos (2006), o conceito de espiritualidade inclui formas não religiosas de lidar com as dimensões profundas da subjetividade, ou seja, a espiritualidade transcende as organizações religiosas e, às vezes, entra em conflito com elas. Para Saad; Masieiro e Battistella (2001), a espiritualidade pode ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, ou seja, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.

A palavra religião vem do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular) e expressa a crença em uma força divina ou

sobrenatural, que tem um poder acima de tudo e está ligada a uma doutrina específica (FERREIRA, 1999).

A religiosidade pode se diferenciar da espiritualidade pelo fato de que a primeira está ligada a crenças e a práticas vinculadas a uma igreja ou instituição religiosa, podendo ser vivida individual e coletivamente, sistematizada na forma de culto e doutrina compartilhada por um grupo. Já a espiritualidade é considerada um fenômeno apenas individual, relacionado ao significado e ao propósito da vida; é uma filosofia que traz significados para vida e gera sentimentos e comportamentos de amor, fé e esperança (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009).

A palavra fé vem do latim (*fide*) significando crença religiosa, conjunto de dogmas e doutrinas que constituem um culto, crença, confiança, asserção de uma promessa ou de um compromisso (FERREIRA, 1999).

Neste estudo, a opção pela utilização do termo espiritualidade se justifica por ser uma forma de entendimento da realidade que busca um sentido para as ações humanas e os acontecimentos, como o sentido da vida, da morte e do sofrimento, independente de alguma tradição religiosa. De acordo com Vasconcelos (2006), a espiritualidade pode ser expressa de várias formas - por meio de rituais religiosos, oração, meditação, contemplação, processo de criação artística, dentre outros.

Os depoimentos que se seguem revelam a **espiritualidade** das mulheres entrevistadas e mostram que a vivência da fé e da comunicação com Deus é uma forma de buscar cura para a doença, encontrar conforto, esperança, ânimo, confiança e força para enfrentarem a situação.

Porque você se sente tão sem força, que você tem que se apegar a um Ser supremo de muita força. Você tem que puxá aquela força de algum lugar, você entendeu? (E1)

Eu vivo em constante oração com Deus, porque eu acho que se você tem Deus na sua vida, no seu coração, cê tem tudo. Pode caí o mundo, que cê tá ali, Deus te protege, tá com você. (E6)

Deus tá sempre ali pronto a nos ouvir, né, porque o olho de Deus, ele não fecha, as mão dele está sempre ali pra ampará né. (E7)

De acordo com Durgante (2007), embora a relação entre a espiritualidade e a saúde pode ser percebida em diversas situações, na presença de doenças crônicas, especialmente o câncer, há tendência para maior desorganização na vida da pessoa acometida pela doença e na de seus familiares, podendo resultar em angústia espiritual intensa. Neste processo, há uma urgente exigência em compreender a doença que ameaça ou altera a vida das pessoas de modo radical. Para isso, buscam um sentido para os acontecimentos e tentam explicá-los de acordo com sua interpretação.

Eu nunca questioneei Deus, eu às vezes eu até me sentia culpada por tá triste, porque eu falava

- Num tô legal

E as pessoas dizia:

- Não fala assim, Deus te curou, é até pecado.

Eu também sinto que tô sendo injusta, de reclamá, mas também sabia que se eu tava passando por aquilo ali era porque Deus sabia que eu tinha capacidade prá vencê. Talvez prá ensina alguma coisa, ajudá alguém mais pra frente que precisasse. (E13)

Cada um tem uma cruz pra carregá, a gente tem que passá por isso e num pode maldizê a Deus e maltratá, xingá e falá não, eu num vô tomá esse remédio porque num vai sará. Se você tivé fé, até um copo de água sara. (E9)

Ele que nos dá força né, é Ele que nos dá a vida (risos), não estou falando que a medicina não ajuda, ajuda muito. Mais é, eu vejo assim, que se não é da vontade Dele, não há medicina, não há nada que cura; se é da vontade Dele que a gente tenha vida, que devemos continuar aqui pra cumprir o que nós temos que fazer aqui, a nossa missão, então ele continua nos dando a graça, a vida. (E12)

Na busca pelos significados da doença algumas mulheres tendem a associá-la a uma “missão de vida”. Essa interpretação pode justificar a “proibição” de queixar-se sobre sua condição ou demonstrar sentimento de ingratidão a Deus. É preciso considerar, então, que, em todas as sociedades, as doenças, e principalmente as mais graves, são interpretadas de maneira específica e isso faz parte de um imaginário coletivo que independe do saber médico, ou seja, a explicação elaborada por cada pessoa não é apenas individual, mas está ligada ao seu contexto social e cultural e o pertencimento a uma cultura fornece ao indivíduo os limites para as interpretações dos fenômenos corporais e da doença (ADAM; HERZLICH, 2001).

Enquanto o conhecimento científico provoca incertezas, particularmente quando os prognósticos são ameaçadores, a espiritualidade e a religião encorajam o paciente, proporcionam conforto e produzem sentimentos de esperança ou de aceitação da condição imposta pela doença, mostrando uma influência positiva no comportamento dos pacientes com doenças crônicas (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009, SILVA, 2008, OLIVEIRA; FEERNANDES; GALVÃO, 2005).

Eu só não queria fazê a quimio. (...) E nenhuma palavra ia me consolá (risos) sabe, tem hora que num tem palavra, num tem remédio que te ajude sabe, é a mão de Deus mesmo porque não tem outra coisa. (E3)

Nossa, Ele que me curou, porque não tem mais. Pelos últimos exame que eu fiz, não tem mais possibilidade de voltá em parte nenhuma do corpo, né. Esse daqui praticamente tá morto, num tem mais raiz, num tem nada, e foi Deus que me curou, com a ajuda dos médico, né, claro. (E8)

Na vida agitada e competitiva da modernidade, o aparecimento da doença é uma das poucas situações que justifica e obriga, muitas vezes, a um repouso e a um isolamento prolongado. Nesta situação de silêncio, de dor, de dependência do cuidado de outros e de encontro com a possibilidade de morte, sentimentos fortes de raiva, inveja, ressentimento, autopiedade, vulnerabilidade, medo, desespero, bem como fantasias e desejos confusos são evocados e parecem tomar a mente por períodos prolongados. Essas vivências emotivas e dolorosas criam um estado de sensibilidade em que gestos pequenos dos cuidadores passam a ter um significado profundo. É um momento de intensa elaboração mental com questionamento dos valores que vinham norteando a sua vida. Desse modo, os portadores de doenças graves ou suas famílias vivem crises intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes da subjetividade (VASCONCELOS, 2006).

Evidenciou-se que todos os participantes utilizam a oração como uma forma de comunicar-se com Deus e a consideram fundamental para obter conforto, alívio e tranquilidade diante do sofrimento advindo da doença e do tratamento, portanto, essa é a forma de expressão da espiritualidade mais valorizada pelos entrevistados, provavelmente devido à tradição religiosa a que pertencem: evangélica e católica.

Os estudos de Bousso, Serafim e Misko (2010), com famílias de crianças portadoras de doenças graves, apontam que a oração é vista com um meio de manifestar

suas vontades e ansiedades, estabelecendo maior envolvimento físico e emocional com a criança, trazendo-lhe bem estar e maior segurança, além de ser uma forma direta de conversar com o divino/sagrado. Os depoimentos das mulheres mostram claramente que a oração auxilia no enfrentamento da doença, na medida em que traz esperança, sensação de conforto e ajuda na aceitação da sua condição:

Se eu num tô legal, eu falo:

- Deus, oh, num sei o que eu faço, eu tô assim, assado, me ajuda, dê força pra mim aguentá essa hora.

Eu converso muito com Ele sabe, sou muito assim. (E1)

Orei muito porque eu pedi pro Senhor né, que falasse no meu coração, falasse no coração do meu marido tamém porque nós ficamo bem confuso. (...) Aí eu quietei meu coração, fiquei calma, orei muito. Ele também. Fui estudando o que era melhor pra mim. (E3)

Se você quiser dobrar o joelho, você dobra. Se não pode, a gente ora em pé ou sentada, você eleva seus pensamento com Deus e Deus te dá aquela força, né! (E7)

Teixeira e Lefèvre (2008) afirmam que os pacientes aumentam a procura ou até mesmo só recorrem à espiritualidade/religião em situações difíceis, quando se sentem frágeis, ou seja, quando os recursos técnico-científicos chegam ao seu limite. Embora, no presente estudo, a maioria das mulheres tenha relatado que a espiritualidade sempre esteve presente em suas vidas, também se identifica que, para algumas, a espiritualidade só se tornou presente após a doença. Esses autores afirmam que é frequente que a crise da doença seja a oportunidade para o contato com a transcendência que se revela na relação consigo mesmo e com as pessoas e a natureza, capaz de criar, de forma surpreendente, realidades que pareceriam não ser possíveis em determinada situação.

Ah! sempre tive muita fé, mais aumentou muito. Agora além de eu, conversar com Deus, eu sinto a resposta de Deus pra mim. Eu sinto um peso superior em mim, é Deus que tá presente ali, só pode ser, eu tô sentindo. Eu agradeço a cada coisa que eu vô fala, pedi ou sugeri. Pense em Deus, faça por Deus, porque Deus quer lhe sarar e ele vai sarar. Já está conseguindo. (E10)

Quando eu fiz a primeira biópsia, eu falei:

-Senhor, se for câncer me fala que eu tô preparada pro diagnóstico,

Aí eu senti assim tão nítido:

- Filha é câncer, mais não é pra morte, você vai sofrê, mais vai passá.  
Na primeira quimio eu falei:  
- O Senhor me deixou sozinha  
E eu chorei tanto, tanto, nem era tanto a dor física, era dor da minha alma.  
Aí eu senti assim na minha mão:  
- você não tá sozinha.  
Então foi isso que me guardou. Todos os meses do tratamento foi isso, porque não foi remédio, não foi palavras. (E3)

De acordo com Adam e Herzlich (2001), nas sociedades em que prevalece o modelo biomédico, o saber médico transmite a todos os pacientes os conceitos, explicações e causas dos seus problemas, apesar de isso, não bastar para suprir todas as questões da pessoa doente e/ou da família.

Spadacio e Barros (2009) chamam a atenção para esse aspecto ao afirmarem que o sentido do uso dos dispositivos religiosos pelos pacientes com doenças crônicas está relacionado ao preenchimento do “vazio de significados”, promovido pelo cuidado biomédico, caracterizado pelo cuidado reduzido ao corpo. A vivência da espiritualidade oferece uma explicação mais ampla da doença, incluindo o contexto sociocultural do paciente, e visa agir sobre o indivíduo como um todo, reinserindo-lhe como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos (RABELO, 1998).

A doença, vivenciada pelo paciente, por seus familiares e amigos, traz à tona uma crise que fragiliza as pessoas e evidencia o ser humano como um corpo com defeitos, limitado no tempo, dependente de uma sociedade cheia de precariedades e submetido a uma cultura historicamente definida. Na doença se percebe não apenas o limite do próprio corpo, mas a dependência que se tem da família, da comunidade e da sociedade. Se, por um lado, a doença em si ou em pessoas próximas impõe limites para os desejos e pretensões da vontade, por outro, conecta a mente com dimensões internas fundamentais, favorecendo um processo de aprendizagem de si mesmo e a conexão com um ser superior, com o divino (VASCONCELOS, 2006). Assim é possível verificar também **a espiritualidade da família e dos amigos** das mulheres entrevistadas, servindo como fonte de apoio e conforto.

Eu tenho uma igreja orando por mim. Toda vez que eu tava angustiada e sem saída, alguém me ligava. É impressionante! Uma vez eu tava muito angustiada, eu falei:  
- Meu Deus eu preciso de uma palavra, num sei a quem pedi socorro, num sei a quem implorá uma palavra, num sei o que fazê.

Aí ligou uma senhora da igreja. Quando eu atendi, ela falou:

- Filha do que você precisa?

Num falou nem alô. Eu falei

- De uma palavra

ela disse:

- Eu tenho uma palavra, leia Oséas, 6. (E3)

Eu converso com Deus e com as minhas amigas, cada uma no seu setor, uma é evangélica, a outra é, sei lá, é espírita, sabe, cada um no seu setor, mais todas orando pro mesmo Deus a meu favor. Isso é maravilhoso. (E10)

Eu tenho visitas todos os dias, sabe, minhas amigas vêm aqui passá um tempo comigo falando de Deus, falando da nossa fé, falando do nosso amor. A gente tem que ser mais, dar mais, sabe, prá poder recebê alguma coisa de Deus, claro que não do ser humano. Então eu sinto, muito forte memo, a presença dos amigos. A presença de Deus com eles é maravilhosa e comigo, então, nem diga (...). (E10)

O pessoal da igreja se aproximou muito de mim. E o pastor, ele não é daqui, mais sempre me mandava mensagem, torpedos, comunicava. Quando ele veio ao Brasil, ele veio me visitar. Ele entrava em comunicação com irmãos e aí o pessoal também mandava mensagem e oravam por mim (...). (E12)

Observa-se nos depoimentos que, pacientes, familiares e amigos buscam obter um milagre, uma graça ou a cura da doença por meio da expressão da fé em Deus. Concorde-se com Minayo (1994) ao afirmar que a busca da cura não se restringe à recuperação da saúde física e mental, mas também à recuperação da segurança, do bem-estar, dos sentimentos negativos em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo. Assim, a espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas, como o câncer, tem o papel de facilitar às pessoas a compreensão do inexplicável e a aceitação do que antes não era possível pensar.

Frente ao significado e à importância que as mulheres atribuem à dimensão espiritual, era esperado que elas observassem também como é expressa a **espiritualidade dos profissionais de saúde**.

Atualmente, embora haja o reconhecimento da importância dessa dimensão no meio popular, na vida particular dos profissionais de saúde e em alguns setores das ciências humanas, este fato ainda é pouco debatido nas instituições que formam os profissionais de saúde, sendo, muitas vezes, desconsiderado devido ao preconceito por parte dos

pesquisadores e planejadores da área da saúde. Os relatos a seguir mostram como uma das mulheres percebe o fato:

Mais aí eu procurei terapia, com um padre e me ajudou muito mais, do que com o psicólogo da oncologia. Eu acho que ele, como padre e também como psicólogo, ele tem uma junção perfeita que ajudou a me fortalecer, a me conhecer melhor como ser humano e ter uma reação melhor diante do tratamento, né. E eu num sei se..., é uma coisa que eu percebo também nesses tratamentos, é. Eu não percebo religiosidade em médico. (...) e você num tem, você não encontra isso... (E1)

Sabe, a funcionária (do hospital) larga a vassoura, pega em você e fala assim:

- Oh, Deus tá aqui, cê num desiste, luta. Eu tô aqui, mais eu tô orando por você, todos nós estamos orando por você, tá.

Nossa! Isso me dava uma força, isso me fortalecia de uma forma! Então eu senti tanto, as minhas amigas...

- Vai dar tudo certo, Deus está aqui

(...) Eram palavras que me fortaleciam. (E1)

Para essa mulher foi perceptível a espiritualidade no contato com auxiliares de enfermagem, auxiliares de copa e auxiliares de limpeza, mas ela expressa que não teve a mesma percepção em relação ao médico e psicólogo. Isso pode ser explicado pelo fato de que a medicina dominante em nossa sociedade privilegia os aspectos físicos e biológicos da doença em detrimento dos fatores subjetivos que influenciam no adoecimento das pessoas.

Além de expressar sua experiência relacionada à espiritualidade, durante a entrevista, algumas mulheres deixaram recados para outras, reforçando que é preciso acreditar em Deus e ter fé para enfrentar a doença. Durante as entrevistas foi possível perceber que a espiritualidade é vivenciada por cada mulher de modo singular e que, muitas vezes, elas trazem sentimentos que são incompreendidos pelos profissionais de saúde. Para reconhecer a importância da espiritualidade no trabalho em saúde e melhor compreender seu significado para as pessoas, é preciso valorizar a grande quantidade de estudos sobre o tema no campo da antropologia, sociologia, psicologia, filosofia, neurobiologia, ciências da religião e epidemiologia (SAAD; MASIEIRO; BATTISTELLA, 2001, VASCONCELOS, 2006). Além disso, concordo com Sá (2009), é preciso considerar que a espiritualidade é o que move o ser humano na busca de significado para sua existência e, quando esse a perde, também perde a vontade de viver e de lutar pela vida.



## **CAPÍTULO 5 - COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE**

---

*“Não existe discurso de qualidade ou de humanização que se sustente se não colocarmos a atenção na nossa comunicação verbal e não verbal, se não tivermos a intenção de sermos mais inteiros quando estamos com as pessoas.”*

Maria Júlia Paes da Silva

## **Tema 3**

### **COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE**

#### **➤ Percepções sobre a comunicação**

- Dos médicos
  - Sobre o diagnóstico
  - Sobre o tratamento indicado
  - Durante o tratamento
  - Sobre o prognóstico
- Dos profissionais de saúde em geral
- Entre os profissionais de saúde

#### **➤ Fatores que influenciam na comunicação**

- Fatores que facilitam a comunicação dos profissionais com as pacientes
- Fatores que dificultam a comunicação dos profissionais com as pacientes

#### **➤ Expectativas**

- Como gostariam de ser tratadas
- Preparo dos profissionais de saúde

Esse tema referente à comunicação entre profissional de saúde e paciente constitui o elemento central deste estudo. A apresentação e a discussão dos temas anteriores (experiência da doença e mobilizações pessoais em decorrência da doença), também originados dos dados das entrevistas, qualificam a melhor compreensão acerca do atual tema.

A pergunta central da entrevista deu origem à categoria que discorre sobre as **percepções das mulheres sobre a comunicação**. Durante as entrevistas observou-se que as mulheres têm o médico como figura principal do tratamento. Esse fato se dá devido à sua função de diagnosticar, tratar e curar doenças, e do maior contato das mulheres com esse profissional.

Para melhor compreensão, o relato das **percepções das mulheres acerca da comunicação dos médicos** é dividido em vários momentos, de acordo com a fase que elas vivenciam. Quanto à comunicação **do diagnóstico**, observa-se que algumas mulheres foram informadas pelo seu médico ginecologista, enquanto outras foram pelo médico oncologista. As percepções sobre a comunicação desses são diferentes, independente da especialidade médica.

Vários fatores estão envolvidos na dificuldade de comunicar o diagnóstico de câncer e, dentre eles, o estigma da doença, em que há forte associação entre o câncer o mau prognóstico e a associação entre o início do tratamento e a piora do quadro, devido ao sofrimento. É preciso considerar que esses conceitos sociais estão presentes, podem influenciar na compreensão do paciente e, portanto, a comunicação deve ser feita de modo individual, de acordo com as necessidades de cada paciente, mantendo a positividade e a esperança (TARRICONE JÚNIOR et al., 2010).

Para uma das mulheres a comunicação de um dos médicos que a acompanhou ocorreu de modo *“frio, formal e direto”*. Para outras, a comunicação foi compreendida como eficiente, sendo caracterizada por afeto, cuidado e palavras de incentivo, como se observa no depoimento a seguir.

Olha, quem me comunicou a primeira notícia foi o ginecologista meu, só de um modo muito especial (...). Não como um médico, como um ser humano mesmo, amigo, né, um da família. Sempre acolhendo, lutando por mais, saber mais. Ele queria descobrir, fazer mais. Sempre agradando, sempre abraçando. Era o jeito dele. Ele deu a notícia, dizendo:

-Vamo em frente, isso num é nada. Isso é começo, a gente vai lutá e vai passá !

E ele foi ajeitando tudo, até que eu cheguei no Dr. (oncologista), ele, então, é maravilhosamente excelente. Me disse:

-Você vai fazer o tratamento comigo e nós vamos fazer esse tratamento até o fim.

Com humildade, com carinho, sabe, com aquela força tremenda. Como médico, mais não só, como profissional, como gente de Deus. Foi assim que me deram a notícia! (E2)

A informação adequada sobre a doença diminui o sofrimento do paciente e é terapêutica na medida em que colabora para maior cooperação no relacionamento interpessoal entre profissional e paciente. De acordo com Rodrigues, Ferreira e Menezes (2010), a comunicação é muito mais do que um simples instrumento para transmitir ou obter informações, é um processo que, além de envolver habilidades, atitudes e postura, permite uma visão global das pessoas que se comunicam.

Ao analisar a percepção das mulheres acerca da comunicação dos médicos no momento em que são orientadas **sobre o tratamento indicado**, fica evidente que elas valorizam tanto a comunicação verbal, como a não verbal, englobando as atitudes, a postura e a disponibilidade do médico e não somente o conteúdo da mensagem falada.

Me ajudam sempre, né. Sempre que eu preciso falá alguma coisa ou sabê de uma dúvida minha, ele tá sempre à minha disposição e tem o outro doutor também que é um amor de pessoa e que me ouve sempre, eu sempre passo por ele. Tenho o telefone dele. Disse que se precisasse... (E10)

Eles (os médicos) me acalmaram bem, me explicaram algumas coisas assim. (E13)

O Dr. S é muito bom, ótimo, explica certinho, fala como eu tomo o remédio pra podê matá as células cancerosa, né? (E9)

O sentimento de uma pessoa que tem uma doença grave, como o câncer, é de que ela deixou de ser dona de si, de ter controle sobre seu corpo. Assim, para algumas pessoas, as ameaças e as frustrações que acompanham o adoecer podem tornar-se intensas e a doença passa a ser a marca da impotência, especialmente na fase inicial, ao enfrentarem o peso do diagnóstico e as terapêuticas, muitas vezes, invasivas (BOTEGA, 2012).

Segundo Jansen et al. (2010), por esse motivo, a maioria dos pacientes com câncer relata alta necessidade de informações e apoio emocional. Essa é uma importante tarefa dos profissionais de saúde, cabendo-lhes não simplesmente informar o paciente em uma consulta. É preciso considerar que a doença causa grande impacto emocional e, geralmente, as pessoas não absorvem aquilo que ouvem, mesmo que a linguagem utilizada seja compreensível.

Outro fato importante citado por Jansen et al. (2010) é que, apesar do desejo por informações, nem sempre os pacientes verbalizam claramente suas necessidades e tentam revelar suas preocupações indiretamente, por meio de algumas pistas. Identificar essas pistas e as reais necessidades de informações dos pacientes também é uma tarefa dos profissionais de saúde, pois, assim, ajudam a revelar suas perspectivas em relação à doença e ao tratamento e a reduzir o estresse dos pacientes.

Ele (o médico) foi realista, né? Ele falou:

- Cê tem isso, o tratamento é esse e nós vamo fazê.

Eu achei muito justo porque afinal de contas era isso que eu precisava ouvir (...). Eu precisava ouvir uma pessoa que ia atrás de resolver isso e os médicos resolveram. Meu médico foi muito bom (...), ele foi muito gente fina. Eu tenho que ir lá na Santa Casa agradecer-lo novamente, ele me deu esperança de vida, isso que é importante demais. Então, eu fiquei assustada, mas não tanto, eu confiava nas pessoas que iam cuidar de mim. Pra mim, confiança em alguém pode fazer o melhor. Filho sempre tem confiança na mãe, né, eu tenho confiança no meu médico (...). (E10)

Ele (o médico) foi bem claro (...), avisô que ia cair os cabelos, que eu ia ficar com muito mal estar e tudo, né. Então, foi assim, foi suficiente porque, eu tenho uma irmã que já teve câncer no útero, a gente acompanhô, pôde vê, participá do sofrimento dela. E a gente já tinha uma noção de como é (...). Ah, a gente sabe que tem doenças que têm cura, outras não têm né? E eu tinha bastante convicção, o Dr. me deu bastante ânimo, ele falou que descobriu com tempo, que ia me operar e eu ia ficar bem. Era assim que eu pensava, eu nem me preocupei que eu ia piorar.. E eu tô bem mesmo, graças a Deus. (E11)

Diante da maior vulnerabilidade e necessidade de apoio para entender as complexas informações médicas, lidar com a doença e tomar decisões em relação ao tratamento, a confiança dos pacientes no médico que realiza seu atendimento assume um grande significado. O estudo realizado por Arora; David e Gustafson (2009) demonstra que

o apoio do médico está significativamente associado com a confiança do paciente, principalmente no período da descoberta do diagnóstico e do início do tratamento.

No entanto, algumas mulheres declaram que não recebem dos médicos o apoio emocional que necessitam. Esse dado é encontrado, também, no estudo de Royak-Schaler et al. (2008), ao constatarem que os pacientes com câncer percebem lacunas na comunicação dos médicos em relação ao diagnóstico, tratamento, efeitos colaterais e seguimento do cuidado.

No dia que eu fui na primeira consulta com o médico, ele perguntou algumas coisas, da idade e tal... Ele olhou meus exames e falou:

- Olha a indicação é quimioterapia.

E eu perguntei:

- Não vai precisar fazer radio, doutor?

- Não.

E eu falei:

- Por quê?

- Não, não é o caso pra radio...

Mas não era isso que eu queria ouvi (...). E continuou:

- Não é um caso pra radio, você vai começar a fazer a quimioterapia.

Serão 6 sessões (...)

Aí explicou a medicação, que as 3 primeiras eram as vermelhinhas e depois terminaria com 3 doses da que é a branquinha. Assim, tudo muito frio. Ele falou:

- Olha, você vai lá na sala da quimioterapia, você pesa, mede e volta aqui.

Eu peguei aquele papel na mão e fui... Naquele corredor, passou um filme total na minha cabeça, sabe, a minha vida toda passou ali. Então, assim, eu fiquei sabendo naquele momento que minha quimio ia começá ali e agora. Depois de 18 dias da cirurgia eu fiz a primeira sessão de quimioterapia, que eu não fui preparada pra fazê. (E1)

Concordando com Vogel, Bengel e Helmes (2008), nem todos os pacientes querem ser envolvidos na tomada de decisão sobre o tratamento, mas necessitam de informações sobre as opções existentes e o tratamento indicado. Tais informações são consideradas intervenção terapêutica, na medida em que trazem benefícios aos pacientes, diminuindo a ansiedade e a insegurança e, ao mesmo tempo, aumentam a participação deles.

A relação médico-paciente caracteriza-se de acordo com o modelo de relação que se estabelece. O mais antigo é o modelo paternalista, em que o médico escolhe sozinho as intervenções e os tratamentos que têm maior probabilidade de restaurar a saúde do

paciente. Com o passar do tempo foi criado o modelo baseado na autonomia, em que o médico transmite as informações sobre as opções de tratamentos, seus benefícios e riscos, mas o paciente toma decisão sozinho. A maior crítica em relação a essas duas abordagens se fundamenta no fato de que o paternalismo não dá espaço suficiente para o paciente expressar sua visão e desejos, enquanto, em uma posição totalmente extrema, está a abordagem baseada na autonomia, em que o médico somente fornece informações. Outro ponto criticado nessas abordagens se refere à não consideração do papel da família no processo de tomada de decisão sobre o tratamento (GILBAR; GILBAR, 2009).

Esses autores descrevem, ainda, um terceiro modelo de relação médico-paciente, chamado de processo de tomada de decisão compartilhada, no qual médicos e pacientes dividem a responsabilidade nas decisões e há reconhecimento e envolvimento da família neste processo. Esse modelo requer que os médicos mantenham uma atmosfera agradável para que os pacientes sintam que sua opinião é apreciada; que comuniquem as informações clara e coerentemente e, além disso, é necessário que conheçam as preferências dos pacientes para que a decisão do tratamento seja compatível com sua situação social. Para os pacientes, esse modelo requer que estejam dispostos a participar do processo, comunicando suas preferências, fazendo perguntas e considerando alternativas.

Nos depoimentos das pacientes é possível perceber que a relação com os médicos possui características dos três modelos citados acima, com a predominância de um deles, dependendo do médico que atende a paciente.

Ele (o médico) ainda enfatizou muito assim:

-Você num vai morrê disso, num vai morrer disso!

Aí o Dr S. abriu um leque de tratamentos né, de possibilidades, de você tirá a mama inteira, de você pôr prótese, tirá as duas mamas e pôr prótese. Tem também um aparelho que num tem em Marília né, que você faz a rádio no ato da cirurgia (...). (E3)

Além de identificar o modelo de relação estabelecida, no relato a seguir, pode-se observar que, se a mulher foi orientada quanto à quimioterapia, não houve compreensão da mensagem escrita e falada, o que cabe ao profissional de saúde confirmar, por meio do uso de alguma das técnicas existentes para tornar a comunicação mais efetiva, tais como a técnica de clarificação e validação descritas por Stefanelli (1985) e as questões oportunas

em cada fase do tratamento propostas por Bahti (2010) para avaliar a compreensão do paciente acerca da doença e do tratamento, incluindo suas crenças e percepções sobre a qualidade de vida.

Oia, eu num sabia nem o que era quimioterapia não. Eu cheguei lá, fiquei sabendo que ia fazê. Os minino (auxiliares de enfermagem) mandô sentá, né? Eu fui fazê. Me deram um livro pra mim, eu enfiei na bolsa e vim embora. Cheguei em casa, tinha feito uma feijoada com couve, e eu comi tanto, tanto, tanto (...). Ai, no outro dia eu quase morri, porque eu num sabia da reação daquela quimioterapia que tinha tomado, eu pensei que eu ia morrê. Falei:

- Meu Deus, o mundo virô pra mim, viro!

A comida era forte, eu num podia comer comida forte e eu tava com aquela quimio no corpo. (E9)

Eu não sabia que precisava voltá no médico que me operô. E eu me confundi com tanta papelada na mão. Tinha que voltá pra faze mamografia de cada três meis. Mais num foi expricado da parte dele, num mandô, ele passô eu pra outro doutor, só que eu num sabia que precisava volta nele, que me opero, né? (E9).

Arora, David e Gustafson (2009) afirmam que tratar das emoções do paciente é uma tarefa pouco frequente entre os oncologistas, o que evidencia a necessidade do treinamento dessas habilidades para os profissionais de saúde.

Essa dificuldade é constatada, também neste estudo, como pode ser visto no depoimento de uma das mulheres, ao descrever, com clareza, a falta de habilidade do médico para identificar suas necessidades e lidar com seus sentimentos, evidenciando que a falta de habilidade para valorizar os fatores emocionais e socioculturais dos pacientes influencia fortemente, tanto na compreensão, quanto no modo de enfrentar a doença.

Depois que eu terminei a primeira quimio, eu fui na consulta e perguntei pra ele (médico), em quanto tempo meu cabelo ia cair. Ele falou que seria depois de 14 dias. E eu comecei a chorá. Como, acho que, ele não tinha o que falá, falou pra mim:

- Seria interessante você tá passando no psicólogo, você vai precisar. E também cê vai precisá de um acompanhamento da nutricionista.

Assim... Eu queria que o meu médico conversasse comigo, afinal de contas, eu tava iniciando um tratamento e eu queria esclarecimentos dele, eu queria saber a respeito da doença. (E1)

Concordando com Silva (2002), os pacientes não têm condições de avaliar tecnicamente o trabalho dos profissionais de saúde, mas estão sempre atentos e sabem avaliar as atitudes do profissional expressas por sua comunicação verbal e não verbal. É comum os pacientes designarem um bom profissional por atitudes como o aperto de mão, o cumprimento afetivo e a abertura para que o paciente fale de suas necessidades, medos e dores.

Também no estudo de Singer et al. (2009), ao investigarem a opinião dos pacientes sobre a qualidade do cuidado e do apoio emocional recebidos durante o tratamento, constataram que os domínios do cuidados mais importantes para os pacientes estão relacionados ao respeito, compromisso dos médicos e informações antes dos procedimentos. Além disso, esses autores afirmam que 84% dos pacientes querem maior apoio dos médicos.

**As percepções das pacientes sobre a comunicação dos médicos durante a realização do tratamento** refletem o modo como foram cuidadas ao longo deste percurso.

No processo de ser cuidado, os pacientes percebem vários aspectos, refletem sobre eles e questionam os que contribuem para seu melhor entendimento e superação da crise vivida, especialmente quando o profissional que cuida é capaz de apreender a realidade do paciente, tendo sensibilidade para compreender o que o outro está sentindo (WALDOW, 2004).

E eu queria por todo custo que o oncologista me diminuísse as quimios, de seis, fazê quatro, depois eu queria fazê só cinco. Aí eu entendi que realmente num dá, num tem como fugir, né? (...) O tratamento é esse num tem como dá voltas. Aí, depois que eu recebi orientação dele (médico), muito amoroso...Mais no começo, eu fiquei chocada por conta disso. A quimio me deixou doente. Mais ele foi muito bom sim, os profissionais foram muito amorosos. (E3)

Na comunicação entre profissional de saúde e paciente, além das informações fornecidas verbalmente, a utilização da linguagem escrita, como um manual de informações ao paciente, pode ser bem compreendida se for associada à linguagem oral, complementando a informação verbal.

O doutor sempre animando a gente né? Um dia, eu num tava legal e ele falou:

-Não se disispere, que é assim mesmo.

Eu saía tranquila, vinha pra minha casa, esperava aquela semana, aí voltava na outra que ele marcou, fazia novos exames, e já podia fazer a quimio. (...) Ele (o médico), além de me dá o papelzinho, escrito os efeitos, ainda ele me orientô, e aí, eu tava ciente já do que ia acontecê. (E7)

Toda comunicação envolve sentimentos e apresenta duas partes: a informação que se quer transmitir (conteúdo) e o sentimento no momento da comunicação. A comunicação com qualidade pressupõe que o profissional tenha informação e domínio sobre o que quer comunicar e, ainda, muita atenção para que sua comunicação verbal seja coerente com sua comunicação não-verbal (SILVA, 2006). Portanto, é preciso que os profissionais de saúde compreendam as necessidades de informações dos pacientes e não subestimem sua capacidade para se comunicarem efetivamente, nos diversos momentos oportunos para fornecerem informações. No relato abaixo é possível identificar o sentimento de desamparo vivenciado pela paciente ao perceber que o médico não iria fazer algo para diminuir seu sofrimento.

Um dia eu tava muito ruim. É que eu tinha feito quimio e passei muito mal. Eu liguei pro médico e ele falou pra ir na Santa Casa tomá soro. Mais minhas veias estavam doendo demais, eu estava com muita dor nos braços. Aí eu falei:

- Mais como é que eu vou tomar soro, se eu num guento de dor nas veias, não conseguem mais pegá veia?

Ele falou:

- Então não tem o que fazer, não posso fazer nada... (E3)

Para Zimmermann e Medeiros (2012) nas últimas décadas, a relação entre profissional de saúde e pacientes tem sofrido uma invasão de métodos terapêuticos e diagnósticos que se interpõem entre eles, prejudicando a sensibilidade e a capacidade de interação entre o profissional e a paciente. Apesar disso, a importância de compreender as necessidades de informação das pessoas com câncer e a capacidade de comunicar-se efetivamente não pode ser subestimada pelos profissionais de saúde.

Quanto às percepções das pacientes sobre **a comunicação dos médicos em relação ao prognóstico da doença** observou-se, segundo atestam os relatos, que houve

diferentes formas de transmiti-lo, sendo ora negado, ora explicitado pelo médico. Embora a prática da comunicação aberta no cuidado à pessoa com câncer tenha aumentado nos últimos anos, especialmente em relação à revelação do diagnóstico, estudos mostram que isso não tem ocorrido em relação à revelação de informações sobre o prognóstico (INNES e PAYNE, 2009, PAUL, 2009). Essa revelação do prognóstico para pacientes com câncer é complexa e requer que o médico tenha autoconhecimento, conhecimento sobre a evolução da doença e, sobretudo, habilidade de comunicação para transmitir tal informação.

Aí ele (o médico) falava:

- Alguma pergunta?

Um dia, eu perguntei:

- Quais as chances? Como que tá a doença? O que o senhor me fala dessa doença? É um tipo mais agressivo, num é? É o que mais mata? E nisso ele olhou pra mim:

- Pelo que eu estou vendo aqui, é chance altíssima de cura, a chance é altíssima de cura.

Eu falei:

- É um dos que mais mata, doutor?

Ele não respondeu. Depois o doutor R. (outro médico) me disse que sim, que 90% dos casos é o que mais... né? Mais ele num me respondeu (silêncio). (E1)

Segundo Fujimori e Uchitomi (2009), para a maioria dos médicos a comunicação de más notícias é uma das questões mais difíceis na prática de oncologia. De acordo com a revisão de literatura feita por esses autores, os pacientes consideram que vários elementos da comunicação não-verbal como o local, a maneira e o apoio emocional devem ser avaliados pelos médicos antes de comunicarem más notícias a pacientes e familiares.

O estudo de Lagarde et al. (2008) sobre as preferências dos pacientes para receber informações sobre o prognóstico evidencia que a maioria quer informações detalhadas e deseja que os especialistas iniciem a discussão sobre o assunto. Além disso, é necessário que o médico conheça as preferências individuais de cada paciente, seja honesto e respeite a necessidade de manter alguma ambigüidade sobre o futuro, se for o desejo do paciente (INNES; PAYNE, 2009).

Ah, eu perguntava se iria resolvê com o tratamento, porque como não foi dissecado tudo... Aí ele sempre falava assim:

- Pode resolvê, como num pode. A gente tem que esperá o tempo passá. Vamo esperá o tratamento terminá, aí eu vou te dar uma resposta concreta, porque não adianta eu dizê pra você agora que não vai resolvê, sabe? Eu num posso fazê isso. Você espera o tempo passá. E ele foi muito legal, esse médico comigo, super. (E6)

O meu médico falou assim pra mim, que como é um caso que tava no começo, tinha uma grande chance de cura né? Então que não era pra mim ficá disisperada e que ele viu que eu era, era uma pessoa bem forte, graças a Deus. (E7)

A discussão sobre o prognóstico precisa ser cuidadosa e individualizada por ser um momento delicado para o paciente, para a família e para o médico. O estudo de Zacharias, Jensen e Farley (2010) revela que a evolução da doença de um paciente pode ser contrária ou não compatível com o que há descrito na literatura. Frente a isso, Kiely, Tattersall e Stockler (2010) e Clayton et al. (2008) afirmam que é importante balancear a honestidade e a esperança, mantendo postura otimista e positiva, considerando que a revelação da média de sobrevivência encontrada na literatura pode desencorajar os pacientes.

Para Kiely, Tattersall e Stockler (2010), “A vida é incerta com ou sem câncer. Melhorar a precisão das previsões é importante, mas expressar as limitações e incertezas dessas previsões é ainda mais importante porque é um meio de expressar esperança e favorecer entendimento”.

Além da percepção sobre a comunicação com os médicos, figuras destacadas pelas pacientes, elas relataram, com o mesmo grau de importância, as **percepções sobre a comunicação dos profissionais de saúde em geral**, incluindo enfermeiras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, recepcionistas, copeiras e auxiliares de limpeza. A maioria dos depoimentos referentes a essa subcategoria foi positivo, expressando valorização e sentimento de gratidão pelo atendimento recebido, como pode ser constatado nos relatos a seguir.

Olha, o jeito deles lidá com a gente é muito baum. Desde o começo, passando pela Santa Casa né? Depois fui fazer a rádio. Nossa! Num tem o que falar! São comunicativo, trata bem, trata com humildade, sabe, com bastante ternura, carinho. E é isso que a gente precisa numa hora dessa, né? Eles tratam a gente de uma maneira muito especial, desde os

enfermeiros, como os médico, todos, recebe a gente de braços abertos. (E2)

Na radioterapia, num parece que cê tá indo fazê um tratamento, parece que indo pra um lazer. É assim que a gente se sente, sabe? Eles fortalece, pondo você firme no seu caminho:

- Vamo, mais um dia... Oh, você venceu mais um dia hein? Amanhã cê tá aqui hein? Eu tô te esperando. Era desse jeito. Muito bom. (E2)

Cê sente segura porque cê conhece o seu médico né? Ele chega pra dizê bom dia, dá um sorriso e esse sorriso tem vida, então te ajuda você a se reanimar, querer levantá e seguir em frente, sempre. (E10)

Para os pacientes, o modo como se dá o relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde, em que se faz uso da comunicação verbal e não verbal, é essencial no cuidado que recebem. A comunicação expressa pelo afeto, compaixão, toque, palavras de conforto é enfatizada pelas mulheres e, mesmo em meio à dor e ao sofrimento, é reconhecida como de grande importância para auxiliar na superação de um momento difícil.

Eu me desesperei, chorei muito (no primeiro dia de quimioterapia). Ela (uma auxiliar de enfermagem) olhava pra mim, apertava minha mão e me abraçava:

- Calma, Ana, vai passá.

(...) então, toda a frieza que eu tive lá na frente (com o médico), naquele momento ali não tive, foi a G. que me amparou. (E1)

(...) os profissionais, pra mim foram muitos bons. Pra pegá veia que foi difícil, muita dor eu sentia sabe? E eles foram, na medida do possível, porque num tem muito que fazê, só a delicadeza mesmo no trato. Comigo foram muito amorosos na Santa Casa. E nas Clínicas, foi melhor, o pessoal da radio são excepcionais. Nunca vi! Eu chegava ficá com vergonha (risos) da amorosidade deles. Tinha dia que eu tinha feito quimio, num guentava nem deitá na maca, e o carinho deles pôr eu deitada, levantá, eu achei muito bunito, muito humano. Não só comigo, eu percebia com todos, é! (E3)

Concordando com Araújo e Silva (2007), nesta época em que os avanços científicos são supervalorizados, ao ponto de se achar que todos os problemas podem ser resolvidos pela ciência, os relatos das entrevistadas demonstram que o relacionamento interpessoal e a comunicação adequada são atitudes que elas esperam dos profissionais de saúde. Algumas mulheres revelam sua satisfação com os profissionais da oncologia,

reafirmando a necessidade de se sentirem ouvidas e serem cuidadas por pessoas que se importam com elas.

(...) era como os anjo. Prá conseguir tirá sangue, aquelas menina (auxiliares de enfermagem) era maravilhosa, aquele ânimo(...). Para poder fazer a quimioterapia, os menino (auxiliares de enfermagem) vinha, abraçava, animava e era gostoso. No HC eu só fui na radio, e também a enfermeira era um amor de pessoa, tratava tudo com alegria...Oia, num tenho que falá mal deles, nem da médica. (...) Se eu falá que demorô, que eles num me atenderam, ou que me atenderam mal, eu minto. (E9)

Bom, o atendimento na secretaria... são muito boas. Elas me deixam à vontade e, como que se diz, pra elas não é uma doença grave. Eu sou muito bem atendida lá, muito assim, é como se tivesse numa família, entendeu? (E5)

Eles foram maravilhosos o tempo todo sabe, os da oncologia foi, foi tudo na minha vida. (...). Eu acho que, pro doente, isso conta ponto né? Os doente precisa de carinho, de ser ouvido, e a turma de lá da oncologia são gente perfeita. Eu me sinto ouvida sempre, sempre, sabe, eles se preocupa e falam:

- A senhora tá precisando de alguma coisa? Quer tomar alguma coisa? Sabe, aquela preocupação de deixá a gente bem. Isso é importante! Então, eles são perfeito. (E10)

Por outro lado, a pesquisa nos mostra, também, que as mulheres entrevistadas tiveram experiências negativas com alguns profissionais. O relato a seguir exemplifica dois aspectos importantes que necessitam ser discutidos e refletidos na prática dos profissionais de saúde: a forma de comunicação do profissional de saúde e o privilégio de atendimento de determinadas pessoas no serviço de saúde.

No início do meu tratamento, fui pra consulta que marquei por telefone. Quando eu cheguei lá, eu falei para a recepcionista:

- Tô com horário marcado com o doutor M.

E ela respondeu:

- A senhora veio sob indicação de quem, sob que posto?

E eu:

- Não, eu vim do consultório, eu já tô com uns exames, eu liguei aqui e marcaram e não me perguntaram nada. Ela falou:

- De jeito nenhum, a senhora tem que ir lá na Secretaria da Saúde, com todos os seus documentos, vai ter que dar entrada lá, e a Secretaria da Saúde é que vai agendar o seu tratamento aqui, pra depois a gente entrar em contato com a senhora. De jeito nenhum, doutor M. não vai atender a Senhora. Num é assim, chegar e já ir sendo atendida não!

Eu fiquei parada, sabe, olhando pra ela.... E agora? Eu, com aquele monte de papel na mão, eu num sabia se eu virava, morrendo de vergonha, porque no corredor tava assim! (faz sinal de cheio com a mão). Aí chegaram duas colegas minhas de trabalho e uma delas disse:

- Me dá todos os documentos e os papéis dos exames que a gente vai dar entrada em tudo por aqui.

A recepcionista ficou olhando, sem jeito, ela não me conhecia. Então, eu acho que essa receptividade tem que ser muito cuidadosa, porque na hora que a gente chega naquele guichê, cê chega destruído, né? No meu caso, eu tive o privilégio de tê funcionários pra resolvê. E uma outra pessoa? Que chega ali e..., às vezes com a vergonha que a pessoa passa, pode falá assim:

- Não vou voltar aqui não. (E1)

Assim como ocorreu no caso dessa mulher, é possível verificar cotidianamente nos serviços de saúde a maior facilidade de acesso às pessoas que são próximas ao diretor da instituição ou a funcionários que têm poder para resolver um determinado problema. De acordo com Gerschaman et al. (2007) essa relação de proximidade, seja pelo apadrinhamento ou pela relação de igualdade de status, pode ser um canal para o acesso a privilégios, como a maior agilidade no atendimento. No depoimento acima é claramente perceptível a preocupação referente aos direitos civis que as demais pessoas possuem e a relação de desamparo e distância que se estabelece rotineiramente nos serviços de saúde.

A composição da equipe com profissionais de diversas áreas tem o propósito de aliviar a manifestação do sofrimento físico e psíquico dos pacientes e familiares, muito comum na realidade do tratamento oncológico. Nos depoimentos constata-se que, para algumas mulheres, o acompanhamento com um ou mais profissionais da equipe ajudou no enfrentamento das dificuldades e das limitações impostas pela doença. Observa-se que algumas mulheres percebem que tais profissionais oferecem o espaço necessário para que possam falar dos seus sentimentos frente à doença, como a angústia, sendo esse um espaço para reflexões e mudanças no significado da sua nova condição de vida e saúde.

Eu conversei com o psicólogo, e ele falou que eu num tinha que fala que eu tava bem pra agradá as pessoas, que aquilo tava me fazendo mal. Quando eu realmente passei a falá como eu tava, eu comecei a fica melhor. (E13).

Sobre o que eu passei, que eu ainda estou passando, eu converso bastante com a nutricionista e o fisioterapeuta. Com o médico, é mais sobre a quimio. (E7)

Ao ser encaminhada pelo médico para acompanhamento com outros profissionais da equipe, especialmente com o psicólogo, constata-se que algumas mulheres tiveram dificuldade de estabelecer vínculo e comparecer nos retornos agendados. Esse fato pode ser explicado, em parte, pelo forte preconceito existente, ainda hoje, em relação à função desses profissionais, associando seu trabalho à doença mental.

Eu num quis passá na psicóloga e nem com a assistente social. Eu achei que... Ah! Que eu tava bem, né? Que num precisava disso. Graças a Deus, nunca precisei. (E8)

Passei por psicóloga uma vez. Eu dispensei a psicóloga porque eu num tinha medo. Falei pra ela:  
-Não venho mais não! Se eu precisá, eu volto, mais até neste momento num tô precisando, não. (E7)

Com o psicólogo eu fui umas três vezes, aí num voltei mais também porque já tava me irritando (risos). Ah, ter que ir lá falá uma ladainha, falá de uma coisa que num tinha remédio. O remédio era quando passasse o tratamento né? O terapeuta ocupacional que me atendeu uma vez, um moço muito amoroso, mais também eu nem voltei mais, nem marquei outra consulta com ele. (E3)

Eles (os médicos) falam assim:  
- Vai conversá com a psicóloga.  
A psicóloga vai ajudá? Ajuda um pouco, mai num é assim, entendeu. (E5)

Na busca pela cura da doença ou pela melhoria do bem estar, é comum entre os pacientes com câncer a procura por formas de tratamentos não convencionais. Uma das mulheres procurou a *Nexus Therapy*, realizada por um padre e ficou satisfeita com a mesma.

Eu gostei de ir no psicólogo e ele sempre se coloca à disposição (...) Mais aí , eu também procurei terapia, com o Padre S., que me ajudou muito mais. A minha terapia com o padre foi muito, muito mais rica. (E1)

Segundo Martins e Araújo (2008), a habilidade de comunicação nem sempre é um talento natural, no entanto, buscar o desenvolvimento dessa habilidade é tarefa necessária e fundamental para todo profissional de saúde.

Atualmente existem diversos programas de treinamento em habilidades de comunicação para profissionais de saúde e de acordo com a literatura, vários estudos

comprovam seus resultados positivos, com melhora na comunicação e na participação dos profissionais de oncologia na interação com os pacientes, maior reconhecimento das necessidades dos pacientes e com intervenções mais eficazes (JONES et al., 2011; HEYN; RULAND; FINSET, 2012; ROTER et al., 2012; SARGEANT; MCLEOD; MURRAY, 2011).

A equipe de enfermagem, incluindo enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem, permanece constantemente com os pacientes para a assistência e seu papel é de fundamental importância no cuidado em saúde. No estudo de Silva et al. (2012), foi identificado os pacientes com câncer e seus familiares esperam que o cuidado dos profissionais de enfermagem seja desenvolvido com bom humor, eficiência, agilidade, dedicação, carinho e empatia. Além disso, destacam que o principal problema durante o cuidado é decorrente da falta de habilidade para comunicação eficaz por parte de alguns membros dessa equipe, assim como foi, também, identificado nesta pesquisa.

Olha, na primeira quimio, uma enfermeira lá (...) apareceu na sala, e eu não gostei da conversa dela, porque ela falou assim:

- Ah, num precisa chorá tanto, pra que chorá? Eu tive problemas piores...  
E eu comecei a pensá no meu íntimo: ela num me conhece, num sabe da minha vida, meu! Porque ela tá falando que os problemas dela são piores? Ela não sabe nada de mim. Eu acho que a gente, nesta hora, não tem que fica medindo, se o sofrimento desta é maior, daquele é menor, num tem! Todo mundo ali sofre igual (...). E ela era enfermeira né? Ela num tava no meu lugar, ali né. Então! Eu num sei se é porque as outras ouviram e, acho que falaram com a chefe, e tiraram, ela foi tirada dali, dessa parte de atendê a gente né? Tanto que a outra enfermeira, mais tarde, chegou ni mim e falou assim:

- Cê tem vontade de chorá, você chora, cê pode chorá, porque chorá faiz bem, não fica sem chorá não! (E6)

Já aconteceu d'eu ser atendida e falá pra uma enfermeira:

- Olha, num posso furá esse braço,

- Num tem nada a vê isso aí, pode furá qualquer um.

E ouvi de outro profissional que é real, num posso, por que meu braço pode vir a inchá. E tem profissional que, não sei se num teve a orientação necessária pra passa aquilo ali ou se num liga mesmo. Porque teve uma enfermeira que eu cheguei a ficá brava, falando que ela não ia furá esse braço. A minha mãe tem o braço inchado, ela fez esvaziamento há muitos anos atrás, num tinha orientação nenhuma de que ela não poderia fazer esforço físico, então ela teve uma vida normal, mas o braço dela inchô muito. Ela fez muita coisa que não podia, mas ela num teve o esclarecimento. (E13)

Uma vez, eu tomei banho com ajuda de uma enfermeira que... Nossa Senhora! Me virou no leito, assim (mostra o movimento brusco) e eu cortada aqui, cortada aqui (mostra o local da cirurgia), com dor e ela disse:

- Larga de frescura, num tá doendo nada não!

Então, é assim que você vê, tem pessoas que te tratam com amor, elas sabem o que você tá sentindo, que não é frescura. E tem pessoas que tão ali só por tá, por um salário, talvez, que não é por amor que faz. Pra trabalhá numa área da saúde, cê tem que tê amor pelo que faiz, cê vai pegá sempre alguém fragilizado. (E13)

Nunca deram muita abertura. É só o trabalho e acabou, tendeu? As meninas, as enfermeira lá, que põe a quimio no braço, é um trabalho dela colocá o soro ou o remédio, acabou. Nunca tocaram em outros assuntos. Só perguntam se tá tudo bem, só isso! Eu sou uma pessoa muito solitária, sozinha e sinto falta de conversar mais, né? (E5).

Ao contrário dessas experiências, também foi possível identificar experiências bem sucedidas em relação ao cuidado de enfermagem. Algumas mulheres destacam que essas profissionais contribuem para seu bem estar e conforto, são sensíveis, compreensíveis e oferecem apoio emocional, além de se mostrarem preocupadas em orientar os procedimentos antes de realizá-los.

Atualmente, embora o modelo biomédico seja hegemônico e o cuidado fragmentado, é preciso valorizar as ações dos profissionais de saúde que se mostram mais atentos ao sujeito em sofrimento e não somente à doença. Segundo Pinheiro e Guizardi, (2008), tais ações se configuram como exemplos de integralidade, surgem no cotidiano das práticas dos serviços e podem ser observadas tanto na forma de organização do serviço de saúde, quanto no modo como os profissionais interagem com os pacientes, tratando-os digna e respeitosamente, com acolhimento e vínculo.

Tem uma enfermeira que eu tenho um carinho enorme por ela até hoje. Ela é autoritária, não brava, mais cê vê que, apesar da autoridade dela e da força que ela usa pra falá, ela tem carinho pra te tratá, pra te ajudar a levantá. (E13)

Eu me senti muito bem, as enfermeiras ia lá, tudo, me trataram muito bem, explicaram tudo, como que eu deveria proceder depois por causa do curativo, ela me ensinô, me explicô muito bem. (E12)

As enfermeiras de lá começaram a conversá com a gente, puxá assunto, sabe... sobre a minha vida, o que eu faço, minhas filha, acho que era pra num ficá focada só naquele sofrimento, na doença, sabe? É, foi legal. (E6)

Eles (os profissionais) são bem atenciosos, sabe? Eu acho que eles conseguem entender um pouco do que você tá passando. Tem um ou outro na área de enfermagem que num liga muito não, trata as pessoas de qualquer jeito mesmo, mais a maioria não, eu acho que a maioria tem cuidado mesmo, carinho com o próximo. Acho que porque gosta do que faz. Sabe que a pessoa tá alí e precisa. (E13)

**A comunicação entre os profissionais de saúde** é também um elemento que compõe a percepção das mulheres entrevistadas e constitui em um processo fundamental para o cuidado integral aos pacientes.

Tudo que acontece na quimio, ela (auxiliar de enfermagem) já liga pra médica, já falá o que aconteceu (...). Então eles têm uma comunicação muito boa. Eu notei. Porque quando eu ia na médica, ela já me falava o que tinha acontecido comigo, se eu num tinha falado. Então quer dizer que a enfermeira já comunicava pra ela. (E6)

De acordo com Fortes e Ballester (2012), a área da saúde é composta por profissões com diversos núcleos de competências específicas e, ainda hoje, a realidade da prática assistencial é marcada por ser fragmentada e isolada: nela quem cuida do corpo não vê o emocional, quem cuida do emocional não vê o social, e assim por diante. Muitos profissionais seguem atendendo de forma isolada, sem entrosamento com os demais ou com outros níveis da rede assistencial.

Constata-se que, assim como a qualidade da interação e comunicação com os pacientes, a interação com os demais profissionais da equipe de saúde também depende, em maior grau, da disponibilidade pessoal do profissional do que das normas e rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde. Exemplo desse fato é o caso de uma das mulheres entrevistadas que, apresentando problema familiar e social, durante o tratamento oncológico, teve contato com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e recepcionista, e alega: “*Não conheço e nem sei se lá tem psicólogo*” (E6). Embora tenha afirmado que conversava com o médico sobre seus problemas pessoais, disse que não tinha sido encaminhada e que realmente precisava desse profissional.

Na revisão de literatura realizada por Csaszar et al. (2009) os autores identificam que o trabalho em equipe multidisciplinar é pré-requisito para o cuidado

psicossocial aos pacientes com câncer, fornecendo-lhes melhores resultados por meio da comunicação efetiva.

Possivelmente em decorrência da organização do processo de trabalho dos serviços de oncologia incluídos nesta pesquisa, observa-se que somente os médicos encaminham as mulheres para consulta e acompanhamento com outros profissionais, como psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista.

De acordo com Carrió (2012), alguns profissionais interpretam o encaminhamento como um fracasso da sua própria capacidade e essa atitude pode atrasar ou suprir medidas preventivas ou terapêuticas mais eficientes. Esse autor cita que pode ocorrer também o contrário, ou seja, o encaminhamento de modo precipitado, talvez para se livrar de ouvir o paciente, como já exemplificado em depoimento anterior.

Eu não fui orientada, na primeira vez, a passá pelo fisioterapeuta, fui dessa vez, porque eu falei com o doutor S. que eu não estava aguentando, meu braço num estava movimentando, aí ele me encaminhou. Nossa! Foi muito bom, comecei a fazê os exercícios que ele me passô e melhorô bastante. Então, assim, às vezes, a gente num tem contato, falta esse encaminhamento pra você tê uma orientação correta de como agi. (E13)

A construção da integralidade do cuidado em saúde vai além do bom desempenho da função de cada profissional, com a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas específicas; inclui a capacidade de trabalhar em equipe e compartilhar saberes, ou seja, implica também construir vínculos e interação com outros profissionais de saúde (FORTES; BALLESTER, 2012). No entanto, com base nos depoimentos, observa-se que tal postura não é uniforme, principalmente em relação aos profissionais médicos.

A comunicação entre eles varia muito de personalidade. Então, você percebe assim, as meninas (auxiliares de enfermagem) têm mais abertura com uns do que com outros. (...) tem aquele profissional que manda mesmo, tem aquele que obedece e tem aquele que pede. O Dr. M., eu percebia na maneira de conversar, conversa como equipe, mesmo o pessoal da secretaria, da enfermagem, como equipe. Agora já existem outros médicos que têm uma postura mais assim..., eu mando, vocês obedecem, eu sou o médico, eu sei o que eu tô fazendo. Eu percebi isso muito na minha terceira quimioterapia. (E1)

Assim, se colocam muito acima, né? Falta uma certa humildade, né? É lógico que o médico é o médico, ninguém vai tirá isso dele, mas trabalho em equipe mesmo...num é assim. (E1)

A dimensão social do trabalho médico está na possibilidade de ajudar os outros, diminuir o sofrimento e ajudá-los a enfrentar e superar o medo da morte. Está no fato de que ele age no sentido de preservar e garantir a vida (CAMPOS, 2012). Essa dimensão, somada às características de personalidade do profissional, pode fazer aflorar as fantasias de onipotência que o impedem de relacionar-se harmonicamente com a equipe de trabalho, de lidar com o estresse diário e até mesmo de cuidar da sua saúde.

Campos (2012) aponta estratégias de enfrentamento do estresse no trabalho dos médicos e algumas atitudes para estimular o espírito de coesão e suporte dentro da equipe, tornando o trabalho mais prazeroso e produtivo, como, por exemplo, exercitar com os pacientes e equipe de trabalho relações afetuosas e cuidadoras, estimular e participar de momentos de descontração, partilhar os saberes, as decisões e as angústias por meio da criação de espaços de discussão e reflexão sobre o cotidiano de trabalho para identificar os pontos de tensão e buscar mudanças na dinâmica de trabalho. A consequência do uso desse espaço de acolhimento e de escuta pode favorecer a comunicação mais empática e afetiva e o desejo de se cuidarem melhor uns aos outros.

Para que se construa a integralidade do cuidado em saúde, além das estratégias na interação pessoal e entre os profissionais de uma unidade ou um serviço de saúde, é necessário que se estabeleça a integração, com comunicação adequada, entre os profissionais dos diferentes serviços que fazem parte da rede de atenção em saúde.

Segundo Quillin et al. (2010), os pacientes com câncer recebem cuidados de diversos profissionais e especialistas nos diversos níveis do sistema de saúde e a natureza fragmentada do cuidado tem como consequência falhas na comunicação entre os profissionais e, na destes, com os pacientes.

Nesta pesquisa, diante do caso de uma das pacientes, foi possível observar que é inexistente a comunicação entre o serviço especializado de oncologia e o serviço de atenção primária em saúde, uma Unidade de Saúde da Família. Durante a entrevista, uma paciente que se encontrava acamada devido a um atropelamento, queixou-se da falta do cuidado de que necessita e de como se sente impotente diante da sua realidade.

Ah, vem um, vem outro, depois o outro vem e fala, aí acaba tudo dando pizza, aí num vira nada... Então, tem pessoas que vêm aqui na minha casa de manhã e fala assim:

- Oh, a senhora precisa de um clínico geral. Ah, eu vou trazer de tarde.

Só que essa tarde é mais tarde do que eu pensava, porque nunca volta. Então, eu continuo aqui, na minha. Eu tô tentando ir no psicólogo pra ele falá comigo, que eu acho que eu tô precisando, devido a esse problema do acidente, eu tô muito sensível (...). (E10)

Por outro lado, foi possível constatar, nas entrevistas, avaliações positivas em relação ao atendimento nos serviços públicos de saúde. Pelo fato de ser comum, na população em geral, a expressão de sentimentos de descrença e desconfiança nos serviços públicos, é possível compreender o motivo pelo qual os depoimentos são carregados de admiração e surpresa.

Uma das mulheres revelou que alguns pacientes atendidos no mesmo serviço de oncologia que ela, se queixam do tratamento diferenciado para aqueles que têm plano de saúde privado. Ela discordou dessa opinião por não perceber tal diferença, embora não seja atendida pelo SUS.

O SUS tá funcionando maravilhosamente bem, não tem um órgão que me surpreendeu tanto quanto o SUS, eu sou muito bem atendida no SUS. Às vezes, como eu tenho a Unimed, eu uso também, mais pra mim, até eu trocaria tudo que eu fiz pela Unimed, trocaria pra fazê tudo no SUS, eles tão perfeito, além de tudo eles tem um carinho muito grande, esse pessoal bem instruído para atendimento... Pra mim é tudo. (E10)

Nossa! Eu tô até admirada, porque em vista, né? Porque a gente ouve reclamá tanto do SUS e eu tô fazendo tudo pelo SUS e tô sendo muito bem tratada. Eu fico feliz em vê que, pelo menos o nosso país, em termo de saúde está, pelo menos aqui em Marília, eu não sei dizer fora, estou sendo muito bem tratada e eu me sinto feliz por isso, né? (risos). (E12)

Nas entrevistas subsequentes procurei investigar a relação entre a qualidade do cuidado e da comunicação com a condição financeira dos pacientes, questionando se o tratamento é diferenciado para quem tem plano de saúde e se há melhor cuidado, por parte dos profissionais, para os pacientes com maior condição financeira. Após analisar e comparar os depoimentos das mulheres, pude constatar que, na percepção delas, não há diferenças no atendimento realizado pelo SUS ou por algum dos planos privados de saúde. Os depoimentos a seguir retratam esse fato.

Tratam todo mundo igual, todos, tinha pessoas mais humildes que que era tão bem tratado quanto os outros, sabe? A pessoa até fala:  
- Nossa! Mais num sabia que tava funcionando tão bem assim!  
Então, num tem discriminação, eu num vi em ninguém, isso num existe.  
(E10)

Ali chega todo mundo, é tudo junto. Aí cê num sabe quem é de convênio, quem não é. É assim, é por ordem de chegada né, cê pega uma senha, às vezes tem dois, três na sua frente, às vezes, tem um monte. Então não tem diferença não! Eu num sei quem que é de convênio e quem num é. Pra mim era todo mundo do SUS, né? (E11)

Além disso, ao contrário do que foi evidenciado na pesquisa de Gerschman et al. (2007), as mulheres entrevistadas que possuem plano de saúde privado não se mostraram incomodadas ou insatisfeitas por serem atendidas nas mesmas instalações e com a mesma atenção que os pacientes atendidos pelo SUS.

Segundo Zimmermann e Medeiros (2012), nos serviços de saúde, os profissionais são verdadeiros escudos entre os pacientes e a instituição ou os gestores do Estado e são, muitas vezes, alvo de ataque daqueles que precisam do atendimento e quase nunca encontram. Entretanto, nesta pesquisa, foi possível identificar a valorização do tratamento realizado no serviço público e constatar que as críticas a um determinado profissional estão mais diretamente relacionadas às suas características pessoais e não ao sistema como um todo.

Ao compreender a percepção das mulheres com câncer sobre a comunicação, foi possível identificar **os fatores que influenciam no processo de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.**

A qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente é influenciada por vários aspectos do paciente, incluindo o tipo de doença que enfrenta, sua história pessoal e familiar, seus recursos pessoais e sociais; e os aspectos do profissional, com sua história pessoal, sua família e seus recursos para enfrentar as situações de vida e trabalho. Além desses, outros fatores como o local do atendimento e a organização do sistema de saúde, no qual estão inseridos, podem interferir nessa relação (ZIMMERMANN; MEDEIROS, 2012).

O olhar cuidadoso dos profissionais de saúde permite a compreensão de determinadas características dos pacientes, de forma à facilitar a identificação das

necessidades pessoais de cada um e propor intervenções que visem a melhor interação e comunicação entre eles.

Eu não sou muito de conversar e ele (o médico) já percebeu. Tem gente que já é mais solta e eu sou mais difícil de me abri. Mais divagarzinho eu tô conseguindo me abri mais com ele, fazê mais perguntas... (E12)

Eu sinto muita falta de conversar mais, eu sou uma pessoa muito solitária, sozinha, né? (E5)

Eu sou uma pessoa dura de receber palavras, porque eu sou desconfiada. Às vezes, eu acho que sempre falam por querer ajudar né? Mais, às vezes, não, acho que não vai ajudar, sabe? (E3)

Além das características das entrevistadas, alguns aspectos referentes às características do profissional de saúde influenciam na interação e no processo de comunicação com os pacientes, podendo, também, facilitar ou dificultar a relação interpessoal.

Foram elencados pelas mulheres diversos fatores que **facilitam a comunicação com os profissionais de saúde** e, dentre eles, destacam-se o acolhimento, o interesse e preocupação demonstrados, as orientações claras e suficientes e a confiança. Uma das mulheres expressa o que sente em relação à sua interação com os profissionais:

(...) eu tenho uma convicção em mim, assim, que se for pra mim passa de novo, eu trataria outra vez, entende. Então eu não tenho essa dificuldade, porque eu recebi um carisma muito grande da parte deles, eles me trataram super bem, pra mim foi excelente, me passou muita confiança né? (E11)

Olha, eu acredito que os profissionais que eu passei até agora, eles num tão ali só por causa do dinheiro. Eles tão ali pelo amor, pelo coração, todos os profissionais (...). Eu percebi que eles, eles não tão mais agindo só naquela parte assim: “Eu sou médico, fiz e acabou”. Não! Eles tão lutando por você, eles tão conversando, eles tão falando e eles tão trazendo você mais pra realidade (...) Eu acho que eles tão pegando mais pelo lado humano, que antigamente num tinha (...). Hoje não, eu vi muita humanidade, muito, muito carinho, muito amor com as pessoas, por isso que eu acho que o tratamento tá bem melhor. (E2)

Os depoimentos acima nos remetem à concepção do acolhimento em saúde. A maneira de acolher os pacientes envolve o afeto, o respeito e a cordialidade e, sendo assim,

o acolhimento representa a reflexão sobre a humanização das relações nos serviços de saúde. De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2008), o acolhimento deve ser compreendido em suas três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorganização dos serviços. Como postura dos profissionais de saúde, o acolhimento significa a atitude de receber, escutar e ser receptivo, solidarizando-se com o sofrimento ou o problema trazido pelo paciente. Além disso, essa dimensão do acolhimento inclui também as relações entre os profissionais e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço.

A gente sente uma confiança neles! Então comunicar com eles fica fácil. Quando não tem comunicação, é difícil. (E10)

É atencioso e pergunta como você está e qual é a dúvida, o que você tá sentindo. Então, ele te faz pergunta e faz com que você se abra, porque se o médico, às vezes, num te dá essa liberdade, aí você fica, talvez receosa de se abrir. (E12)

O reconhecimento da comunicação como um instrumento de trabalho que pode favorecer o vínculo com o paciente e, conseqüentemente, trazer melhores resultados para o profissional e para o paciente é um aspecto fundamental da prática em saúde. A comunicação efetiva em saúde inclui o apoio emocional, elemento crucial para a satisfação dos pacientes, que pode ser fornecido pelos diversos profissionais da equipe.

Até que eu gostava, porque ele era sério e verdadeiro, ele num escudia as coisa da gente, o que ele tem di falá, ele falava sério, dizia a verdade. Quando eu disse que passo muito mal, e num tenho vontade de fazê o tratamento, ele falô:

-Não, tem que fazê pro teu bem, porque com esse tratamento você vai sará. Você pode sofrê agora, mais melhora. Hoje tá ruim, mais lá na frente você vai tá bem.

Então ele era verdadeiro, né? (E9)

Ele (o médico) não faz diferença, trata todos iguais, ele chega lá na parte do trabalho dele, já comprimenta todo mundo, com aquele amor. Comprimenta um, comprimenta outro. Então, não tem diferença, eles são sempre amável com a gente, né? E isso faz muito bem pra todos (...). (E11)

Aprender a realidade do outro, com a sensibilidade para os sentimentos e as vivências do outro é um requisito fundamental no processo de cuidar e tem como consequência a confiança decorrente do compromisso nas ações para promover o bem-estar

do outro (WALDOW, 2004). Para isso, é importante o desenvolvimento da empatia, desde o período de formação, para que o profissional possa se colocar no lugar do paciente, compreender seu estado, reconhecer seus sentimentos e buscar formas de ajudá-lo.

(...) ele (o médico) é sempre muito cuidadoso, muito cuidadoso com as palavras, ele é sempre assim. Ele pega você pela mão e fala:  
-Levanta e vamo vivê, vamo lutá! (E1)

O Dr. M. e o Dr. S. são pessoas excelente, bastante amável e carismático com a gente. Ele me operô, é bastante carinhoso. E eu senti bastante alegria nisso, né? No tratamento dele comigo foi tudo bem. Se não fosse isso, não aguentaria. (E11)

Cê vê as pessoas que tratam com ele (médico) há anos, mais de 10 anos. Encontrei muitas pessoas ali que tem um... intimidade de família, memo. Virô gente de família, memo, virô. Faiz parte da família, tratam ele como filho, porque leva até doce pra ele, sabe?(E2)

A demonstração de interesse pela pessoa em seu contexto e não somente na doença que ela apresenta é um aspecto muito valorizado pelas mulheres. No artigo em que faz uma análise do livro de Samuel W. Bloom, "*The doctor and his patient*" (1963), Nunes (2003) afirma que a interação entre médico e paciente é movida por atributos subjetivos e pelas normas sociais, ou seja, por padrões e valores que influenciam o comportamento. O paciente com doença grave, especialmente, tem seu papel modificado pelo fato de ser membro de instituições sociais, como a família, grupo que mais exerce suas influências sobre ele. Nunes (2003) conclui, portanto, que a interação entre médico e paciente deve incluir também a família.

Ah, o doutor M. sempre pergunta;  
- Como estão tuas filhas?  
E é sempre assim, sabe? É gostoso, a gente não fica só focada na doença (...). Sempre perguntava de mim primeiro, né? E depois das minha filha, como tava minha vida... Até hoje ele é assim.  
Se as minhas filhas perguntavam alguma coisa pro médico, ele respondia legal, sempre foi de falá, de explicá tudo, quando as menina iam lá, ele falava. Acho que a atenção foi ótima. (E6)

Eles (os médicos) queria sabe o porquê que eu fiquei muito abalada... Eu fiquei sim, com o problema da filha e depois com o câncer. (E11)

No processo de adoecimento de um ente querido, os membros da família vivenciam também sentimentos de ansiedade, preocupação, insegurança e tentam fazer o possível para o restabelecimento da saúde. Segundo Chazan, Chazan e Barbosa (2012), a rede social de todo ser humano inicia-se com a família, em que se estabelecem os primeiros vínculos, considerados como base para a qualidade dos vínculos sociais ao longo da vida. Atualmente as redes sociais vêm ganhando maior reconhecimento na área da saúde, embora, de acordo com Puggina e Silva (2009), nem sempre as necessidades dos familiares são conhecidas ou valorizadas pela equipe de saúde.

Conforme as mulheres do estudo evidenciaram em seus depoimentos, a sua valorização, enquanto pessoa é fundamental para a formação de vínculo com o profissional de saúde. Daí a importância de os profissionais desenvolverem a habilidade de comunicação para tratar os pacientes de modo individual e melhorar a qualidade do cuidado.

O meu médico oncologista fala até hoje que, quando eu chego lá, ele fica tão feliz! E fala:

- Meu Deus! Num tem uma vez que cê vem aqui que cê reclama, cê nunca reclama de nada, cê num chora... Porque o que vem de paciente aqui chorando, reclamando e você não, cê tá sempre sorrindo. E no corredor aí, faiz todo dá risada... Eu te admiro muito!

Ele fala pra mim... É, porque ele conhece minhas filhas, ele fala:

- Eu conheço suas filhas, eu conheço o problema da tua casa, da tua vida, da tua filinha. E mesmo assim, você nunca tá aí com a cabeça baixa né, por tudo que cê tá passando... (E6)

Além do processo de comunicação no atendimento individual aos pacientes e familiares, a participação em grupos de apoio para pacientes com câncer é um recurso que pode ser de grande ajuda, na medida em que possibilita a troca de experiências, favorece a melhor comunicação com profissionais de saúde e constitui uma estratégia para o enfrentamento da doença e adaptação a nova condição de vida.

Já faço parte do COM (...). É... Centro Oncológico de Marília. Eles reúnem na Santa Casa, de 15 em 15 dias, pra esclarecer, ajudar as pessoas (...), pra dá um apoio. Lá tem as pessoas que já passaram, então elas sabem, contam a história delas, em que fase ela tá, qual a dificuldade que tem. Vai assistente social, advogado, psicólogo, os médicos de lá, o fisioterapeuta. Toda pessoa que tá passando por uma dificuldade precisa de alguém que saiba pelo menos um pouquinho mais que ela (...). Hoje

tenho comigo, o câncer num mata, mas a pessoa, na hora que ela ouve, no primeiro momento, a sensação que ela tem, é que ela vai morrer e, talvez, ela vendo que tem muitas pessoas que já passaram por aquilo ali e tão bem, isso ajuda a melhorá. Pra mim foi bom, eu relutei bastante em i, porque era difícil pra mim falá da doença. Aí, hoje já consigo falá sem chorá. (E13)

O referido grupo, chamado de “Amigos do COM”, fundado há pouco mais de um ano na Santa Casa de Marília, conta, atualmente, com a participação de quarenta mulheres. Tem como principal objetivo valorizar a pessoa e resgatar a auto-estima de pacientes com câncer. A troca de informações e experiências e o apoio ajudam na prevenção de complicações clínicas e evitam sintomas depressivos e problemas de relacionamento que possam prejudicar o tratamento (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, 2012).

Todo ser humano em situação de doença se torna fragilizado e, especialmente nessa condição, tem direito a um atendimento digno e respeitoso, devendo ser tratado de modo que sua integridade física, psíquica e moral sejam preservadas. Levando em conta a maior vulnerabilidade do paciente com doença oncológica e o fato de que a comunicação é o núcleo da habilidade clínica na área de oncologia, os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes com câncer se tornam mais evidentes (PRIMO; GARRAFA, 2007).

Neste estudo foi possível evidenciar **os fatores que dificultam a comunicação entre profissional de saúde e pacientes**. Alguns já foram expostos anteriormente, como a falta de comunicação adequada entre os profissionais de um serviço e entre os diversos serviços da rede de atenção em saúde e a falta de conhecimento técnico dos profissionais de saúde, podendo levar a complicações para os pacientes.

Os depoimentos a seguir exemplificam outras dificuldades de comunicação. É possível perceber a ausência de respeito à crença da paciente, e a exposição de valores pessoais do profissional interferindo na relação, além da orientação prescritiva do profissional, sem conhecimento prévio das condições da paciente.

A única coisa que eu num gostei foi do psicólogo. É, eu num gostei. Ele perguntou da doença, eu falei :  
- Ah, eu num posso falá nada porque Deus me libertô por completo.  
Ele falou:

-Eu num acredito que Deus liberta.

E eu respondi:

-Se você num acredita que Deus liberta, então num vô voltá aqui, se eu tô aqui é porque eu tô curada.

- Ah bom, isso é você que tá falando, por que eu num acredito nisso.

Aí eu falei que num ia mais, num tinha gostado do jeito dele. Eu nunca tinha ido em psicólogo, nem sabia o que falava. Ele achou que eu era muito contente, que eu ficava só rindo... Eu falei:

-Ué mais eu vô chegá aqui e ficá chorando? Eu num tenho motivo.

É, mais acho que ninguém gostou dele, a maioria num gostou. Ele era muito fechado e tudo que você falava, ele discordava. (E9)

Passei também por nutricionista e eu achei ela muito desorientada por que... Gente, ela queria que alguém fizesse ia comida pra mim e eu num tenho mãe ou irmã que faça. Pra ela era ruim eu fazê a comida porque passava mal, mas eu punha máscara. Explicou, muitas coisas que eu absorvi, mudei realmente né? Mais ela queria que eu fizesse pão com num sei o quê. Aí, eu falei:

-Ah Dra, tenha santa paciência, eu num guento nem fica em pé, vô faze pão? (risos). (E3)

De modo semelhante, o estudo de Martins e Araújo (2008) mostra que, com frequência, formas inadequadas de comunicação são utilizadas pelos profissionais nas instituições de saúde, tais como: não saber ouvir, usar linguagem inacessível ao receptor, imposições de ordem e lições de moral, ameaças ou sugestões que não podem ser cumpridas, negação da percepção do outro, expressão de falso apoio, críticas generalizadas, elogios que soam como manipulação, fazer perguntas e não esperar respostas e incongruência entre a comunicação verbal e não verbal. No depoimento abaixo, observa-se a falta de habilidade do médico ao falar com outro profissional no telefone na frente da paciente.

Ele (o médico ginecologista) falou para mim e minha comadre que eu tava atrasada para tratar e era grave. (...) e ele conversava no celular com outro médico, foi falando alto, foi ficando nervoso! Ele ia tê que viajá e dizia que num podia dexá essa moça assim. Eu pensei:

- Nossa! Será que eu tô morrendo?... (E9)

Durante uma das entrevistas, no momento em que a paciente falava sobre sua não aceitação da doença, a insegurança e o medo de morrer, questionei se ela sentia necessidade de conversar sobre esses sentimentos com os profissionais da oncologia e ela

respondeu afirmativamente, disse que era a primeira vez que falava sobre o assunto e atribuiu o fato à falta de tempo dos profissionais.

Eu tinha vontade, mais num consegui (...). Nunca conversei. A primeira vez que eu tô falando disso, é com você. “Porque é muito corrido. Eu entro, passo com a secretária, passo com o médico e aí já vou pra quimio. É assim o procedimento, é tudo rapidinho, entendeu? Ele tem um horário certinho, eu faço a quimio, começa às 9 horas da manhã, saio de lá 12:30 ou 1:00 hora. Aí acabou, vou pra casa. É assim. Eu num fico mais do que 15 minutos com o Dr. T, no máximo, é muito corrido, num dá tempo. (E5)

Martins e Araújo (2008) afirmam que o tempo de atendimento é subutilizado pelos profissionais que tendem a supervalorizar atividades externas e envolver-se com elas e acabam interrompendo ou abreviando o tempo de um atendimento. Puggina e Silva (2009) corroboram essa ideia, acrescentando que, muitas vezes, se constata na prática um desperdício de tempo, pois para cuidar de um paciente de maneira mais ética e digna basta que o profissional de saúde utilize melhor o tempo disponível quando está junto do paciente, desenvolvendo atitudes de interesse, afeto e cordialidade que fazem a diferença e não precisam de tempo maior. Um exemplo dessa afirmação encontra-se no depoimento abaixo.

A gente (ela e o médico) conversava, mais é muito corrido, coitado, ele tem que fazê o tratamento dele e tem que corrê, porque ele num tem tempo, né? Mais ele é muito maravilhoso, conversa, fala e tudo. O tempo é curto, mas ele dá muita atenção e conversa tudo. (E2)

A atitude do profissional é compreendida como uma barreira que impede os pacientes de falarem das suas necessidades, como, por exemplo, de seus sentimentos e da necessidade de integrar o familiar no tratamento.

De acordo com o estudo feito por Bevan e Pecchioni (2008), os profissionais de saúde reconhecem que os pacientes necessitam de informações, mas são menos propensos a perceber que as famílias também têm necessidades de informações, não considerando sua importância e influência no cuidado ao paciente.

O meu médico... Ele é muito bom, mais assim, ele fala muito pouco, ele não te explica, se você pergunta, ele fala, mas, sabe? Fica uma barreira,

ele é muito seco... Ele nunca entra muito no parâmetro familiar, ele, como oncologista, nunca entra. (E1)

Ele (o médico) nunca tocou nesse assunto (sobre seus sentimentos diante da doença), nunca percebi que ele desse abertura nisso aí. É muito sério, ele muito sério demais. (E5)

É importante retomar aqui a discussão acerca do envolvimento dos profissionais nas interações com os pacientes. Segundo Puggina e Silva (2009) desde a época de Freud, o envolvimento com pacientes é uma questão preocupante e temida. Sua teoria defende o não envolvimento com pacientes e, até hoje, permeia o cuidado em saúde que, por muito tempo, teve seu ensino direcionado à prática tecnicista e não à formação humanística dos profissionais.

Nos depoimentos das mulheres fica claro que estão atentas a todo comportamento dos profissionais, incluindo palavras, gestos e atitudes. Na prática, constata-se que o profissional, nem sempre, se dá conta da grande influência do seu comportamento para as pessoas com quem desenvolve alguma interação.

Tem pessoas que chega, te comprimenta, assim meio seco:

- Bom dia.

Meio rude. Já têm outros que não!

- Oh, bom dia, como vai?

Então isso faz muita diferença mesmo, de pessoa pra pessoa. Até mesmo um funcionário que trabalha lá, preenchendo as ficha, tem umas que é diferente das outras, né? Às vezes cê sente ali na hora:

- Puxa vida! Aquela pessoa podia ter respondido diferente.

Cê vai lá porque tá precisando de algo, né? Aí, cê chega lá, encontra alguém, talvez até pior que você (risos), você volta à estaca zero. Então realmente faz muita diferença nessa parte. (E11)

(...) tem pessoas que, às vezes, tá com dificuldade em casa, com problema na família e chega emburrado no trabalho né? Ali, isso num pode acontecer (...) (...) faz muita diferença, se você vai trabalhar bem humorado, seu trabalho vai render e você vai fazê a diferença, agora se você tá com problema em casa, tem que deixá em casa né? E tem pessoas que leva. A gente já viu, inclusive ali no Hospital mesmo, já vi enfermeira ali, meio que desaforada, como se diz, (risos). Querendo desabafá o que não conseguiu fazê lá trais. Então é complicado! E prejudica, porque o tratamento da pessoa vai muito bem se ele é bem tratado, com um carisma diferente, né? Eu acho que faz muita diferença a pessoa ser bem tratada, tudo mundo gosta de carinho. Quem que não gosta? (E11)

A falta de preparo para lidar com o outro pode gerar sentimentos de insatisfação e impotência nos profissionais de saúde. O estudo de Martins e Araújo (2008) mostra que os profissionais cobram de si mesmo uma prática fundamentada no modelo de saúde integral, porém não contam com recursos pessoais e institucionais para desenvolvê-lo.

Diante da deficiência no processo comunicacional entre profissionais e pacientes e profissionais e gestores, o Ministério da Saúde reconhece a repercussão negativa desse problema no cuidado prestado e, em vista disso, lança a Política Nacional de Humanização (PNH), cuja proposta central é a ampliação do processo comunicacional (BRASIL, 2002). A mudança dos aspectos culturais da assistência em saúde é considerada como norteadora do processo de humanização, em que o conhecimento e o respeito ao outro, como um ser autônomo e digno são condições básicas.

O aperfeiçoamento do processo de comunicação em saúde prevê maior sensibilidade do profissional diante do sofrimento do paciente. Sabe-se que há uma insatisfação geral quanto ao atual modelo de formação dos profissionais de saúde pelo fato de concluírem a formação sem conhecimentos e habilidades suficientes para o bom exercício profissional e pouco sensíveis às dimensões social e psicológica dos seus pacientes (CAMPOS, 2012).

O estudo de Primo e Garrafa (2010) revela que a comunicação entre médicos e pacientes não é adequada para 40% das pacientes entrevistadas, devido a problemas de uso da linguagem, respeito à autonomia, falta de poder real de decisão das pacientes, beneficência e atitudes paternalistas dos médicos.

A necessidade de valorização da pessoa que está sendo atendida é destacada por uma das mulheres entrevistadas, que compara a relação entre profissional de saúde e paciente com outras interações do mundo cotidiano.

Ele (o médico) é muito sério, sério demais. Ele é profissional dessa área.(...) Num sei explicá... Você, quando você vai na Casas Bahia, como que eu atendo você? Muito bem, e costumo falar:

- Fica à vontade, a casa é sua. O que você precisa? Você quer ajuda? Eu faço tudo, tendeu? Mais ele não. É assim, assado. É aquela regra de médico sério, tendeu? São tudo iguais, cumprindo seu trabalho, tendeu? É isso. Aí encaminha você pra fazê num sei o que, é a regra deles. Tem que aceitá, né? (E5)

O oncologista costuma se um pouco frio, né? Eu achei, mais pelo próprio diagnóstico, eu fiquei, assim, bem chocada pela frieza do profissional no começo. Depois eu entendi que o tratamento é isso, é isso e isso, num tem como fugir dele. (E3)

A maior barreira entre o médico e os pacientes está no fato de que esse profissional utiliza um código de linguagem próprio da biomedicina, por meio do qual explica o fenômeno da saúde pelo bom funcionamento do organismo e como responsabilidade individual, deixando de lado seu contexto; considera o corpo como objeto de saber e espaço da doença, valoriza as mensagens infracorporais fornecidas pelo uso da tecnologia em saúde e, conseqüentemente, deixa de olhar para a pessoa em sua totalidade (MINAYO, 2008).

Reforçando a afirmação acima, Rios e Schraiber (2012) afirmam que, para trabalhar de forma competente, com abrangência das interfaces técnicas e humanas da profissão, é preciso que, durante a formação, tais campos se apresentem e se articulem nas diversas situações de ensino-aprendizagem, sem que uma seja colonizada pela outra.

Também nas demais profissões da área da saúde, existem diversas barreiras na interação com pacientes, sendo necessária a ampliação das estratégias de ensino e propostas de educação em serviço que valorizem a pessoa, atentando-se para os aspectos físicos, psíquicos e sociais e, para a subjetividade das relações interpessoais. O depoimento abaixo revela a necessidade de maior investimento na formação e capacitação dos profissionais.

A gente já vai na carência, né? Cê vai lá porque cê tá precisando de alguém que fale alguma coisa, que te anima. Aí, de repente, a pessoa te trata com uma cara feia, mais rude, mais fechada, né? Aí, tudo isso influi na mente da gente. Porque cê já tá lá embaixo, tá zerado, né? Cê qué alguém que te levante. (E11)

De acordo com Ceccim (2008), o processo educacional que orienta a formação dos profissionais de saúde deve utilizar estratégias para o desenvolvimento de capacidades gerais e específicas de cada profissão, e, além disso, deve desenvolver condição para o trabalho em conjunto, valorizando a multiprofissionalidade para que a atenção em saúde se desloque do eixo recortado e reduzido para um eixo plural e complexo. O depoimento a seguir é exemplo da dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e da não

valorização da comunicação e do seu impacto na vida dos pacientes que enfrentam uma doença.

No primeiro dia que ia fazê radioterapia, um médico novo quis conversar. Acho que acabou de fazê a faculdade, ou tá fazendo estágio porque era mocinho. Então ele chegou e a primeira coisa que ele falou foi:

- Cê tá sabendo que cê vai tê que operá de novo?

Eu fiquei boiando, porque num tô sabendo, até então ninguém falou nada pra mim. Eu tava fazendo quimio, tava tudo bem. (...) Aí eu fiquei tão chocada, me deu vontade de chorá, me deu uma angústia na hora. Acho que ele viu que eu num tava legal, ele saiu da sala, falou só um momento, vou chamar o meu assistente. Demorou uns 15, 20 minuto. Fiquei sozinha, maior angústia ali. Aí o médico chegô, perguntou se eu tava bem e eu falei que o médico que cuida de mim na Santa Casa num falô nada de cirurgia (...) Ele falou:

- Cê vai fazê a rádio, porque com a rádio talvez melhore, e você num tem que operá. Se você terminá a radio e não der resultado, se o que sobrou, não sair, aí você vai tê que operá de novo.

E se eu fosse de cabeça fraca? Pensa, como que eu ia piorá! Eu não ia sará! Se eu fosse daquelas pessoa que cê fala uma coisinha...Pronto! Já aumenta e fala, então eu vou morrê! Já tá pior, vou tê que voltá a operá, né?

Depois que eu terminei a rádio, fiz tudo e num deu mais nada. Fiz exame e o médico falou que num tem que operá, num tem mais nada. (E6)

O ambiente da formação médica tende a valorizar o desafio e a estimular a competição e a conquista do *status* de um ser que pode curar doenças e evitar a morte. Aliado a isso, a formação médica, centrada na cura e não nos aspectos do cuidar e confortar traz ao médico sentimentos de onipotência, com idéias equivocadas acerca do seu poder e da sua atuação no cuidado em saúde (SILVA et al., 2011). No relato abaixo, a mesma mulher descreve como vê esse médico:

Ele é do tipo, sabe aqueles aluno que acaba a faculdade ou tá fazendo estágio, e que dá um de bonzão. Têm muitos jovens que gostam de dá um de entendido, mais num entende nada, né?(...) Esse, de psicologia, não tem nenhuma, sabe. Então eu acho que um médico, mais novo num tem que chegá e falá assim. E eu num era a única não, teve a filha de um senhor que tava com câncer, disse que ele atendeu da mesma forma e ela num gostou, sabe?(...) Ah, eu não gostei não, tanto que a minha minina, eu contei pra ela, ela foi lá e escreveu. Lá (na radio) tem um papel , botou o nome dele e botou o nome dela embaixo, explicou que não estava contente porque não teve psicologia nenhuma com paciente aqui dentro. E eu acho também que num estudou direito porque acho que quem leva o estudo a sério, num trata um paciente assim. Eu penso que mesmo na

medicina deve tê uma parte de psicologia né? Deve tê algum estudo assim. Então, o cara não teve nenhuma, sabe?  
Eu fiz magistério e nós tínhamos a matéria de psicologia pra sabê como que lidá com criança (...). Eu imagino que na medicina deve tê alguma matéria de psicologia. E se num tem psicologia, deveria tê. (E6)

De acordo com Puggina e Silva (2009), cuidar do outro envolve questões éticas importantes que carecem de maior reflexão por parte dos profissionais. Com o intuito de contribuir para essa reflexão, as autoras listam algumas premissas que podem auxiliar os profissionais de saúde a desenvolverem um cuidado mais ético e mais humano, como: ser mais consciente de si, reconhecendo suas próprias emoções, potencialidades e limitações pessoais; estar centrado na relação, com boa capacidade de escuta; envolver-se na interação com os pacientes, aprendendo a lidar com os próprios sentimentos; prestar atenção na comunicação não-verbal; utilizar melhor o tempo disponível, estando presente no presente; gostar do que faz para obter maior satisfação no trabalho; estimular o paciente a participar das decisões sobre seu tratamento, estimulando sua autonomia; buscar aliviar a dor e o sofrimento, utilizando recursos como a conversa, o olhar e o toque; aceitar a morte quando ela é inevitável; atentar-se às necessidades das famílias; conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional.

Eu num sei se faiz parte da formação oncológica do profissional médico essa frieza que ele tem. Num sei se, por ser uma especialidade tão complexa, tão difícil. Você não percebe em todas as áreas isso, mais eu percebo que isso é muito de oncologia, com exceção do doutor B.(...). Então, eu acho essa postura fria, muito distante, né? Num sei se porque é uma especialidade em que se perde muito paciente, uma maneira de defesa própria, eu num sei! Eu acho que essa questão da humanização no hospital, porque trabalhá só com os auxiliares, só com os técnicos? Por que num trabalha isso em algumas especialidades? Oncologia é uma que precisa muito. Eles precisam pra lidar melhor com esse dia-a-dia cruel. Também num é fácil pra eles, sem dúvida, mais eu acho que tinha que ter. (E1)

A percepção desta paciente é reiterada por Glück, Mamounas e Klem (2010) ao afirmarem que os médicos não são adequadamente treinados em habilidades de comunicação. Frente à identificação dessa lacuna, recentemente têm surgido diversos grupos que estudam estratégias para melhorar a comunicação médico-paciente. Dentre os temas a serem tratados nos programas de treinamento estão o aumento da afetividade,

estímulo à maior participação dos pacientes, atenção às pistas verbais e não verbais dos pacientes, encorajá-los a fazer perguntas e a participar da decisão sobre o tratamento.

Diante da experiência da doença, do impacto que ela provoca na vida das mulheres e das suas experiências de interação com os diversos profissionais de saúde nos serviços de oncologia, as pacientes deste estudo expressam **suas expectativas** e falam **como gostariam de ser tratadas** em relação à comunicação com os profissionais de saúde.

O médico tem que sê amigo e médico profissional, num é? Mai num é, é a função dele, de médico. Faz isso, isso e isso. Acabou. (...). É a regra deles e tem que aceitá, né? O médico devia dá abertura pro paciente, falá o que vai acontecê depois, é isso! Eu num desejo fala mal deles, eles tão cumprindo a profissão deles, tá certo! Eu só quero esses profissionais mude o modo de ser com as pessoas, que sejam mais humanos, amoroso e sinta o que o paciente tá sentindo. Só isso que eu quero, tendeu? (E5)

Eu acho que os profissionais, os profissionais da área da saúde devia dá chance pro paciente abri os sentimentos. (...) e nessa área ninguém abriu, me deu a chance de abri, entendeu? (E5).

Eu acho que essa receptividade tem que ser muito cuidadosa (...). Eu acho que esse tempo de tratamento tem que ser muito humanizado, porque a gente vive... a gente se sente sob ameaça o tempo todo. Precisa de muito apoio, muito apoio. Então, é por isso que eu falo, e eu bato na tecla: a questão da humanização é essencial no tratamento oncológico. Ela faz muita diferença. (E1)

Observa-se que as expectativas das entrevistadas estão relacionadas, basicamente, à necessidade de apoio, manifestada pelo desejo de serem atendidas por profissionais atenciosos e cuidadosos e serem tratadas com respeito e empatia nos momentos em que se encontram fragilizadas devido ao sofrimento físico e sentimentos de medo e insegurança decorrentes da doença. Esse dado é reforçado por Trice e Prigerson (2009), ao afirmarem que a qualidade do afeto presente na interação entre profissionais e pacientes é um fator determinante na satisfação dos pacientes.

Bergamasco e Angelo (2001) descrevem que, durante o processo de doença, o apoio social, especialmente da família e dos profissionais de saúde, adquire maior relevância para os pacientes, visto que é por meio dele que recebem incentivos e ajuda para enfrentar a doença e o tratamento.

Os depoimentos abaixo demonstram que, mesmo as mulheres que têm apoio social adequado, se sentem mobilizadas e se preocupam com outros pacientes atendidos nesses serviços de saúde, que não contam com o devido apoio social e, por isso, necessitam maior atenção dos profissionais de saúde.

(...) num é todos que têm o apoio da família, né? Então, eu acho que é aí que entra um profissional que vai ajudá bastante. Graças a Deus, eu tive apoio, mas e quem não tem uma família? (E12)

Tem que sê muito amoroso pra podê lidá com paciente de câncer. Tem que tê amor ao próximo, né? Mais do que à profissão. Porque é complicado, tanto vai pessoas estruturadas, tanto vai pessoas desprovidas de tudo, necessitadas de tudo: financeiro, psicológico, de família, né? Bem desamparado. (E3)

Como discutido anteriormente, muitos pacientes entendem o diagnóstico de câncer como uma sentença de morte e, ao saber da possibilidade da doença, os pacientes se tornam tensos e apreensivos. Diante disso, é compreensível o depoimento de uma das mulheres, sugerindo que os pacientes tenham maior apoio do médico que realiza a investigação diagnóstica e que possam contar com a ajuda de um psicólogo.

Sabe, eu acho que nesse intervalo de tempo (quando encontra o nódulo) até você ouvir o diagnóstico de um médico, eu acho que o apoio de um psicólogo seria muito importante. (E1)

Do mesmo modo, o momento em que recebem a confirmação do diagnóstico é delicado e, portanto, é fundamental que o profissional tenha tempo suficiente, não apenas durante uma consulta, para conversar com os pacientes sobre os diversos aspectos da doença, informando-os sobre sintomas, tratamento e implicações dela decorrentes. Além disso, é preciso que o profissional forneça tais informações após conhecer as representações e o conhecimento que cada paciente possui sobre a doença.

Eu acho que a gente precisa de uma ajuda é no momento que a gente recebe a notícia, porque ninguém espera, né? Precisa, às vezes, não somente da família, mais de um apoio de pessoas instruída na parte de..., que possa esclarecer, tirar as dúvidas, entendeu? (E12)

As expectativas das entrevistadas em relação à comunicação com os profissionais de saúde expressam, exatamente, o que é proposto na PNH, ou seja, que possam ser reconhecidas e valorizadas como pessoas que têm uma identidade cultural junto ao seu grupo social, com direitos e autonomia para fazer escolhas. Para isso é necessário o **preparo dos profissionais de saúde.**

- Oh, nós vamos começar hoje sua...

O conveniente é ..., a gente sempre tem umas palavras que a gente pode tá usando nessas horas, né?

- Quanto antes a gente começar o tratamento, melhor, se você não se sentir preparada hoje prá gente começar....

Tem que explicar, conversar... Num teve isso. (E1)

Eu queria que o meu médico conversasse comigo, afinal de contas eu tava iniciando um tratamento e eu queria esclarecimentos dele, eu queria saber a respeito da doença. (E1)

Tem diferença ser bem tratado por uma enfermeira que conversa e que tem uma voz gostosa, que tem um jeito doce de falá e calmo:

- Oh, cê vai fica bem! Oh, eu vou trocar o seu lençol. Eu vou te deixar uma água...

Nossa! Isso pra mim, fala muito. É! O preparo é tudo, é tudo! (E3)

Segundo Deslandes e Mitre (2009), a PNH, diferente de muitas outras políticas de saúde, não foi construída de modo normativo, por indução do Estado. Sua proposta é que a humanização das práticas em saúde seja construída a partir de uma redefinição das atitudes do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo. Essa mudança de prática, porém, só se firmará como uma visão de mundo se for tomada como parte das práticas cotidianas e por elas sustentada; se for alimentada por atitudes de reprodução entre os profissionais de saúde e pela força poderosa dos exemplos.

De acordo com Deslandes (2004), para que essa mudança ocorra são necessários investimentos no ensino adequado das habilidades de comunicação durante a formação acadêmica e em projetos de gestão que favoreçam a democratização das estruturas de poder, fortaleçam a comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) e desenvolvam formas de avaliação com o compromisso de prestar contas.

O depoimento abaixo retrata a importância da comunicação, o seu impacto na vida dos pacientes e a necessidade de os profissionais de saúde atentarem para forma de comunicar-se e buscarem meios de aprimorá-la:

Sem dúvida, isso (a comunicação) pode afetar seu tratamento. Sem dúvida, porque você se sente acolhida e não invadida, né? (E1)



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---



Nas pesquisas em que o objeto de estudo envolve sentimentos e percepções de mulheres com câncer de mama, é impossível que a experiência não traga ao pesquisador algum grau de sofrimento. Contudo, esta experiência foi produtiva na medida em que pude compreender e analisar o contexto e o modo de pensar acerca das experiências junto aos profissionais de saúde e do momento em que vivem.

A utilização do Interacionismo Simbólico, como referencial teórico, permitiu melhor compreensão sobre o modo como as mulheres com câncer de mama percebem o processo de adoecimento, as mudanças ocorridas na vida após o aparecimento da doença e, assim, levou-me a maior entendimento sobre os significados que elas atribuem à comunicação com os profissionais de saúde dos serviços de oncologia em que realizam tratamento. E a partir dos significados dessa comunicação para as entrevistadas, foi possível identificar os valores que os profissionais de saúde devem considerar para comunicar-se efetivamente com os pacientes.

A opção pela combinação de dois métodos de pesquisa qualitativa enriqueceu o estudo, considerando que: a) a revisão da literatura realizada antes da coleta de dados possibilitou uma visão mais abrangente sobre o tema; b) a coleta e análise simultânea dos dados permitiu a inclusão de novas questões no roteiro de entrevista, ampliando a coleta; c) a objetividade e a clareza para a realização dos passos de cada etapa, facilitaram o processo de organização, análise e interpretação dos dados; d) os achados da literatura foram retomados na etapa de interpretação dos dados, correlacionando-os aos resultados deste estudo.

A coleta de dados, realizada simultaneamente à análise, de acordo com o método da TFD, permitiu-me perceber os aspectos que necessitavam de maior investigação e favoreceu a busca de elementos importantes que ampliaram a pesquisa. Possibilitou, também, a criação de categorias, baseadas nos dados e sem a interpretação antecipada, que poderiam levar a vieses na compreensão e na interpretação das mensagens.

Os resultados deste estudo reafirmam os dados constatados na literatura: a forma como os profissionais de saúde se comunicam pode levar a resultados negativos para os pacientes. Confirmam, também, que as diferentes formas de interação e comunicação dos profissionais com os pacientes estão estreitamente relacionadas aos aspectos da personalidade de cada profissional. Além disso, constata-se que não há uma rotina no

trabalho dos médicos quanto ao encaminhamento e a participação de outros profissionais de saúde no tratamento das pacientes, a fim de oferecer melhor qualidade de cuidado.

Por um lado, o estudo revela algumas experiências de comunicação efetiva na interação entre profissionais de saúde e mulheres com câncer de mama, manifestadas pela satisfação delas e expressas por sentimentos de gratidão, confiança e tranquilidade. Em tais experiências, destacam-se a demonstração de afeto, a valorização da pessoa e do seu contexto e a congruência entre a comunicação verbal e não verbal dos profissionais de saúde.

Por outro, foram evidenciados problemas na comunicação dos profissionais de saúde e, dentre eles, estão: a falta de abertura para que as mulheres expressem suas necessidades, pouca disponibilidade em ouvir, ausência de apoio emocional, falta de informações suficientes sobre o tratamento e o prognóstico da doença, ausência de acolhimento durante a interação. A causa desses problemas é atribuída, pelas entrevistadas, à falta de preparo dos profissionais para desenvolverem a comunicação e o relacionamento adequado com pacientes e familiares. Como consequência, há grande impacto negativo na vida das mulheres entrevistadas, sendo este manifestado por elas com sentimentos de apreensão, raiva, desamparo, insegurança e medo.

Diante das dificuldades identificadas no processo comunicativo dos profissionais de saúde, é preciso que haja maior atenção e reflexão, por parte de profissionais e gestores dos serviços, sobre as consequências da comunicação inadequada na vida dos pacientes e, ainda, sobre seus efeitos negativos para os profissionais ao longo da sua trajetória profissional. Entende-se que, ao escolher uma profissão em que o ponto central é o cuidado, é necessário que o profissional se esforce para reconhecer as necessidades do outro e respeite os princípios éticos de beneficência, autonomia e justiça. Ao mesmo tempo, é preciso que os gestores identifiquem os aspectos que interferem e prejudicam o processo de comunicação e realizem intervenções, visando sua melhoria.

Além disso, como revela a literatura, é necessário o investimento em programas de treinamento para desenvolver as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde, considerando que são capazes de reduzir sensivelmente as dificuldades no processo comunicativo entre profissionais e pacientes e, conseqüentemente, melhorar a saúde mental e satisfação de ambos. Também as intervenções com pacientes e familiares, com a

finalidade de torná-los mais informados, mais ativos e participativos em seu tratamento, são essenciais para que ocorra a comunicação efetiva e a boa interação entre profissionais de saúde e pacientes.

As pesquisas que tratam da percepção dos pacientes sobre o cuidado em saúde são fundamentais para a melhoria do funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que podem favorecer a avaliação de determinados aspectos e indicar estratégias que melhorem a qualidade do cuidado prestado. A partir do conhecimento das percepções das mulheres com câncer de mama sobre a comunicação com profissionais de saúde, este estudo pode contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais que considerem os pacientes como sujeitos, com um papel dinâmico e ativo na realidade.

O conhecimento advindo deste estudo leva a reflexões sobre a importância do processo de comunicação no cuidado em saúde e sobre os desafios do ensino das habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal durante a formação de profissionais de saúde e, posteriormente, durante sua prática profissional.



## REFERÊNCIAS

---



## INTRODUÇÃO

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. In: \_\_\_\_\_. **Introdução**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 1, p. 3-8.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. In: \_\_\_\_\_. **O problema geral**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 2, p. 9-16.

BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. In: \_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. cap. 2, p. 31-42.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice-Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de humanização da Assistência Hospitalar**. 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=104>>. Acesso em: 10 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

COMUNICAÇÃO. In: **DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA**. Comentado pelo professor Pasquale. Barueri: Gold, 2009. p. 157.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **HC I: Unidade Clínico Cirúrgica**. Marília, 2012. Disponível em: <<http://www.famema.br/assistencial/hc1>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, out./dez. 2007.

GIDDENS, A. Sociologia do corpo: saúde doença e envelhecimento. In:\_\_\_\_\_. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 6, p. 129-140.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARÍLIA. **Histórico**. Marília, 2012. Disponível em: <<http://www.stacasamarilia.com.br/memoria.php>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2002**. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, 2002.

MARTINS, B. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, abr./jun. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007. (Coleção temas sociais). Cap. 1, p. 9-29.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, cavalo batizado e crítica da conduta profissional pelo paciente cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2103-2112, set. 2007.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 286-90, maio/jun. 2007.

PALMA, G. M. **O Interacionismo nas investigações linguísticas: características e procedimentos**. 2004. Mesa Redonda no II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, Bauru, 2004.

PHILLIPS, J. **Care: key concepts**. Cambridge: Polity, 2007.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 599-605, 2009.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa de saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 61-66, jan./fev. 2006.

SILVA, M. J. P. **A comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

SIQUEIRA, A. B. et al., S. A. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 31, n. 2, p. 73-77, 2006.

STEFANELLI, M. C. **Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente**. 1985. 163 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report, 2008**. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/bookorders/anglais>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

## 1 COMUNICAÇÃO E CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AMALRAJ, S. et al. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. **Oncology (Williston Park)**, Williston Park, v. 23, n. 4, p. 369-375, Apr. 2009.

ARAÚJO, I. M. A. et al. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grouded Theory. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2010.

ARORA, N. K.; GUSTAFSON, D. H. Perceived helpfulness of physicians' communication behavior and breast cancer patients' level of trust over time. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 252-255, Feb. 2009.

AUDREY, S. et al. What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. **British Medical Journal**, London, v. 337, p. a752, Jul. 2008.

BAHTI, T. Coping issues among people living with advanced cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 175-182, Aug. 2010.

BAILE, W. F. et al. SPIKES- a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, Dayton, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BEN-ARYE, E.; SCHIFF, E.; GOLAN, O. Ethical issues in integrative oncology. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, Chicago, v. 22, n. 4, p. 737-753, Aug. 2008.

BEVAN, J. L.; PECCHIONI, L. L. Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 71, n. 3, p. 356-364, Jun. 2008.

BRAEKEN, A. P. et al. The effectiveness of the Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP) in cancer patients treated with radiotherapy: design of a cluster randomized controlled trial. **BioMed Central Cancer**, London, v. 9, p. 177-185, Jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicando\\_noticias\\_dificeis.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicando_noticias_dificeis.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRATAAS, H. V.; THORSNES, S. L.; HARGIE, O. Themes and goals in cancer outpatient-cancer nurse consultations. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 19, n. 2, p. 184-191, Mar. 2010.

CAMPBELL, T. C. et al. Discussing prognosis: balancing hope and realism. **The Cancer Journal**, Philadelphia, v. 16, n. 5, Sept./Oct. 2010.

CHARALAMBOUS, A.; PAPADOPOULOS, I. R.; BEADSMOORE, A. Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 13, n. 5, p. 350-360, Dec. 2009.

CLAYTON, J. M. et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 17, n. 7, p. 641-659, Jul. 2008.

CRISTO, L. M.; ARAÚJO, T. C. Comunicação e oncologia: levantamento de estudos brasileiros. **Brasília Médica**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 50-57, jun. 2011.

CSASZAR, N. et al. Psychosocial issues in the cancer patient. **Spine**, Hagerstown, v. 34, p. S26-S30, Oct. 2009. Supplement 22.

DÁZIO, E. M. R.; SONOBE, H. M.; ZAGO, M. M. F. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 664-669, Sept./Oct. 2009.

DEL VENTO, A. et al. An experimental investigation of the dilemma of delivering bad news. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 77, n. 3, p. 433-449, Dec. 2009.

DIEFENBACH, M. et al. Cancer and patient-physician communication. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 57-65, Dec. 2009. Supplement 1.

DUBENSKE, L. L. et al. Development and implementation of a clinician reporting system for advanced stage cancer: initial lessons learned. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Philadelphia, v. 15, n. 5, p. 679-686, Sept./Oct. 2008.

EGGLY, S. S. et al. The role of the clinician in cancer clinical communication. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 66-75, 2009. Supplement 1.

ELMORE, J. G.; GANSCHOW, P. S.; GELLER, B. M. Communication between patients and providers and informed decision making. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, Bethesda, v. 2010, n. 41, p. 204-209, 2010.

ENDO, C. et al. Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 38, n. 10, p. 653-660, 2008.

FENNEL, M. et al. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, Bethesda, v. 2010, n. 40, p. 72-80, 2010.

FIUZA, A. R. et al. O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Org.). **O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 3, p. 128-137.

FRENKEL, M.; BEN-ARYE, E.; COHEN, L. Communication in cancer care: discussing complementary and alternative medicine. **Integrative Cancer Therapies**, Thousand Oaks, v. 9, n. 2, p. 177-185, Jun. 2010.

FUJIMORI, M.; UCHITOMI, Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokio, v. 39, n. 4, p. 201-216, Apr. 2009.

FUKUI, S. et al. A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychology distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. **Cancer**, New York, v. 113, n. 6, p. 1462-1470, Sept. 2008.

FUKUI, S. et al. Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 18, n. 11, p. 1156-1164, Nov. 2009.

GILBAR, R.; GILBAR, O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. **Bioethics**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 183-192, 2009.

GLÜCK, S.; MAMOUNAS, T.; KLEM, J. Improving outcomes in early-stage breast cancer. **Oncology**, Williston Park, v. 24, n. 11, p. 5-15, Oct. 2010. Supplement 4.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 139-143, abr./jun. 2009.

HESSE, B. W. Cancer communication: status and future directions. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 109-127, 2009. Supplement 1.

INNES, S.; PAYNE, S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. **Palliative Medicine**, London, v. 23, n. 1, p. 29, Jan. 2009.

JACOBSEN, R. et al. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. **Scandinavian Journal Caring Sciences**, Stockolm, v. 23, n. 1, p. 190-208, Mar. 2009.

JANSEN, J. et al. Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer. **Journal Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 33, p. 5450-5457, Nov. 2008.

JANSEN, J. et al. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 2, p. 218-224, May. 2010.

JAYDE, V.; WHITE, K.; BLOMFIELD, P. Symptoms and diagnostic delay in ovarian cancer: a summary of the literature. **Contemporary Nurse**, Salisbury East, v. 34, n. 1, p. 55-65, Dec. 2009.

KHATCHERESSIAN, J. et al. "Futile care": what to do when your patient insists on chemotherapy that likely won't help. **Oncology**, Williston Park, v. 22, n. 8, p. 881-889, Jul. 2008.

KIELY, B. E.; TATTERSALL, M. H. N.; STOCKLER, M. R. Certain death in uncertain time: informing hope by quantifying a best case scenario. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 28, n. 16, p. 2802-2804, Jun. 2010.

LAGARDE, S. M. et al. Patient preferences for the disclosure of prognosis after esophagectomy for cancer with curative intent. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 15, n. 11, p. 3289-3298, Nov. 2008.

LI, J. Y. et al. To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 18, p. 2463-2470, Sept. 2008.

LIENARD, A. et al. Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 17, n. 5, p. 488-496, May. 2008.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2009.

MANDELBLATT, J. S. et al. Breast cancer adjuvant chemotherapy decisions in older women: the role of patient preference and interactions with physicians. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 28, n. 19, p. 3146-3153, Jul. 2010.

- MARCUSEN, C. Information and communication needs of individuals living with advanced cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 151-156, 2010.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set/out. 2010.
- MCCAFFERY, K. J.; JANSEN, J. Pre-operative MRI for women with newly diagnosed breast cancer: perspectives on clinician and patient decision-making when evidence is uncertain. **International Journal of Breast Cancer**, New York, v. 19, n. 1, p. 10-12, Dec. 2010.
- MCQUEEN, A. et al. Behind closed doors: physician-patient discussions about colorectal cancer screening. **Journal General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 24, n. 11, p. 1228-1235, Nov. 2009.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
- MENOSSE, M. J.; LIMA, R. A. G.; CORRÊA, A. K. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 489-494, maio/jun. 2008.
- MEROPOL, N. J. et al. Cancer patient preferences for quality and length of life. **Cancer**, New York, v. 113, n. 12, p. 3459-3466, Dec. 2008.
- MISHEL, M. H. et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: a randomized clinical trial. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 77, n. 3, p. 449-459, Dec. 2009.
- NEKHLIYUDOV, L.; LATOSINSKY, S. The interface of primary and oncology specialty care: from symptoms to diagnosis. **Journal National Cancer Institute Monographs**, Bethesda, v. 2010, n. 40, p. 11-17, 2010.
- O'BRIEN, M. A. et al. Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical oncology**, New York, v. 27, n. 6, p. 974-985, Feb. 2009.
- PARKER, A. P.; AARON, J.; BAILE, W. F. Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. **The Breast Journal**, Cambridge, v. 15, n. 1, p. 69-75, Jan./Feb. 2009.
- PAUL, C. L. et al. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 45, n. 17, p. 2960-2966, Nov. 2009.

- PENNER, J. L. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 231-241, Aug. 2009.
- PIÑEROS, M. et al. Patient delay among Colombian women with breast cancer. **Salud Pública de México**, México, v. 51, n. 5, p. 372-380, Sept./Oct. 2009.
- PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.
- PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Estudo bioético da informação sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 237-248, jul./set. 2007.
- QUILLIN, J. M. et al. Health care system approaches for cancer patient communication. **Journal of Health communication**, London, v. 14, p. 85-94, 2009. Supplement 1.
- RASK, M. T. et al. Effects of an intervention aimed at improving nurse-patient communication in oncology outpatient clinic. **Cancer Nursing**, New York, v. 32, n. 1, p. E1-11, Jan./Feb. 2009.
- REPETTO, L. et al. Communicating cancer diagnosis and prognosis: when the target is the elderly patient-a GIOGer study. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 45, n. 3, p. 374-383, Feb. 2009.
- RITA, R.; MEGAN, P.; TIM, S. J. Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 8, n. 4, 2008. CD002969.
- RODIN, G. et al. Clinician-patient communication: a systematic review. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 17, n. 6, p. 627-644, Jun. 2007.
- RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 86-91, jan./mar. 2010.
- ROYAK-SCHALER, R. et al. Exploring patient-physician communication in breast cancer care for African American women following primary treatment. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 35, n. 5, p. 836-843, Sept. 2008.
- ROWLAND, J. H. et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. **Breast Cancer Research and Treatment**, New York, v. 118, n. 1, p. 99-111, 2009.

SALLES, O. S.; CASTRO, R. C. B. R. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 182-189, mar. 2010.

SARAIYA, B.; ARNOLD, R.; TULSKY, J. A. Communication skills for discussing treatment options when chemotherapy has failed. **Cancer Journal**, Sudbury, v. 16, n. 5, Sept./Oct. 2010.

SAXE, G. A. et al. Disclosure to physicians of CAM use by breast cancer patients: findings from the women's healthy eating and living study. **Integrative Cancer Therapies**, Illinois, v. 7, n. 3, p.122-129, Sept. 2008.

SCIUBBA, J. J. End of life considerations in the head and neck cancer patient. **Oral Oncology**, Oxford, v. 45, n. 4/5, p. 131-134, Apr./May. 2009.

SCHOFIELD, P. et al. Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: communication recommendations for clinicians. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 2, p. 143-151, 2010.

SHAW, S. J. et al. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. **Journal Immigrant Minority Health**, New York, v. 11, n. 6, p. 460-467, Dec. 2009.

SHEPPARD, V. B. et al. Development of decision-support intervention for black women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 19, n. 1, p. 62-70, Jan. 2010.

SHIELDS, C. G. et al. Na intervention to improve communication between breast cancer survivors and their physicians. **Journal of Psychosocial Oncology**, New York, v. 28, n. 6, p. 610-629, Nov. 2010.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1457-1465, 2011. Suplemento 1.

SIMON, M. A. et al. Using the word "cancer" in communication about an abnormal Pap test: finding common ground with patient-provider communication. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 81, n. 1, p. 106-112, Oct. 2010.

SINGER, S. et al. Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. **Langenbeck's Archives of Surgery**, Berlin, v. 394, n. 4, p. 723-731, Jul. 2009.

SINGH, J. A. et al. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the control preferences scale. **American Journal of Managed Care**, Old Bridge, v. 16, n. 9, p. 688-696, Sept. 2010.

SMITH, M. Y. et al. Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: results from a randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 81, n. 1, p. 79-86, Oct. 2010.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

SURBONE, A.; BAIDER, L. The spiritual dimension of cancer care. **Critical Reviews in Oncology and Hematology**, Maryland Heights, v. 73, n. 3, p. 228-235, Mar. 2010.

STEP, M. M.; SIMINOFF, L. A.; ROSE, J. H. Differences in oncologist communication across age groups and contributions to adjuvant decision outcomes. **Journal American Geriatrics Society**, New York, v. 57, p. S279-S282, Nov. 2009. Supplement 2.

STREET JR, R. L. et al. Improving physician-patient communication about cancer pain with a tailored education-coaching intervention. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 80, n. 1, p. 42-47, Jul. 2010.

TARRICONE JÚNIOR, V. et al. Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2010.

TRICE, E. D.; PRIGERSON, H. G. Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 95-108, 2009. Supplement 1.

TURNER, J. et al. Enhancing the supportive care of parents with advanced cancer: development of a self-direct educational manual. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 44, n. 12, p. 1625-1631, Aug. 2008.

UITTERHOEVE, R. J. et al. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. **European Journal of Cancer Care (Engl)**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 442-457, Jul. 2010.

VASCONCELOS-SILVA, P. R.; NOLASCO, P. T. L. Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões oncológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 839-845, out. 2009.

VENETIS, M. K. et al. 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**, Limerick, v. 77, n. 3, p. 379-383, Dec. 2009.

VOGEL, B. A.; BENGEL, J.; HELMES, A. W. Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 71, n. 1, p. 79-85, Apr. 2008.

ZACHARIAS, D. G.; JENSEN, M. H.; FARLEY, D. R. Long-term survival with metastatic carcinoid tumors: a case report and review of the literature. **Journal of Surgical Education**, Milwaukee, v. 67, n. 2, p. 99-102, Mar. 2010.

WALLING, A. et al. Evidence-based recommendations for information and care planning in cancer care. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 23, p. 3896-3902, Aug. 2008.

WILKINSON, S. et al. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 22, n. 4, p. 365-375, Jun. 2008.

## 2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008. 80 p.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. (Coleção temas sociais). Cap. 4, p. 79-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORSE J. M. Tussles, tensions and resolutions. In: MORSE, J. M. et al. **Developing Grounded Theory**: the second generation. Walnut Creek: Left Coast Press, 2008. Cap. 1, p. 13-22.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada; 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

STARKS, H.; TRINDAD, S. B. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis and grounded theory. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 17, n. 10, p. 1372-1380, Dec. 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

WATLING, C. J.; LINGARD, L. Grounded theory in medical education research: AMEE guide number 70. **Medical Teacher**, London, v. 34, n. 10, p. 850-861, 2012.

### 3 A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

AZU, M. C.; JEAN, S.; PIOTROWSKI, J. M.; O'HEA, B. Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. **American Journal of Surgery**, New York, v. 194, n. 4, p. 488-490, Oct. 2007.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, Henley on Thames, v. 4, n. 2, p. 167-182, Jul. 1982.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica de câncer de mama feminina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 197-204. jan-fev. 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.

MONTAGNER, I. M.; MONTAGNER, M. A. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 2, abr/jun. 2011.

PANOBIANCO, M. S. Significado do linfedema na vida das mulheres com câncer de mama. 2002. 137 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TARRICONE JÚNIOR, V. et al. Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2010.

#### 4 MOBILIZAÇÕES PESSOAIS EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

BOTELHO, J. B. **Medicina e religião**: conflito de competências. Manaus: Metro Cúbico, 1991.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 156-162, 2010.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, Henley on Thames, v. 4, n. 2, p. 167-182, Jul. 1982.

CANESQUI, A. M. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007. 149 p.

DURGANTE, C. E. A. **Ponto de fé na ciência**. Porto Alegre: Doravante, 2007.

FERREIRA, A. B. O. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa, 1999.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007. Suplemento 1.

IBÁÑEZ, N.; MARSÍGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 49-74.

MINAYO, M. C. S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 4, p. 57-72.

MONTAGNER, I. M.; MONTAGNER, M. A. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 2, abr/jun, 2011.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 100-106, 2009.

RABELO, M. C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 3, p. 47-56.

SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SILVA, R. A. R. et al. Forma de enfrentamento de AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 16, v. 2, p. 260-265, 2008.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p.45-52, jul./set. 2009.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, jul./ago. 2008.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 234 p.

## 5 COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 668-674, dez. 2007.

ARORA, N. K.; GUSTAFSON, D. H. Perceived helpfulness of physicians' communication behavior and breast cancer patients' level of trust over time. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 252-255, Feb. 2009.

BAHTI, T. Coping issues among people living with advanced cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 175-182, Aug. 2010.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001.

BEVAN, J. L.; PECCHIONI, L. L. Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 71, n. 3, p. 356-364, Jun. 2008.

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: BRASIL, M. A. A. et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 7, p. 45-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2002. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288)>. Acesso em: 04 mar. 2011.

CAMPOS, E. P. Quem cuida do médico? In: BRASIL, M. A. A. et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 29, p. 218-224.

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 344 p.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. Cap. 1, p. 261-280.

CHAZAN, L. F.; CHAZAN, A. C. S.; BARBOSA, V. L. M. As redes sociais e a sua importância no processo saúde-doença. In: BRASIL, M. A. A. et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 27, p. 203-210.

CLAYTON, J. M. et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 17, n. 7, p. 641-659, Jul. 2008.

CSASZAR, N. et al. Psychosocial Issues in the cancer patient. **Spine**, Hagerstown, v. 34, p. S26-S30, Oct. 2009. Supplement 22.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

FORTES, S.; BALLESTER, D. Saúde mental e a estratégia de saúde da família: construção da integralidade. In: BRASIL, M. A. A. et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 36, p. 266-270.

FUJIMORI, M.; UCHITOMI, Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokio, v. 39, n. 4, p. 201-216, Apr. 2009.

GILBAR, R.; GILBAR, O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. **Bioethics**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 183-192, 2009.

GERSCHMAN, S. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 487-500, jan./mar. 2007.

GLÜCK, S.; MAMOUNAS, T.; KLEM, J. Improving outcomes in early-stage breast cancer. **Oncology**, Williston Park, v. 24, n. 11, p. 5-15, Oct. 2010. Supplement 4.

HEYN, L.; RULAND, C. M.; FINSET, A. Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patient's cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 86, n. 2, p. 158-165, Feb. 2012.

INNES, S.; PAYNE, S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. **Palliative Medicine**, London, v. 23, n. 1, p. 29, Jan. 2009.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARÍLIA. **Histórico**. Marília, 2012. Disponível em: <<http://www.stacasamarilia.com.br/memoria.php>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

JANSEN, J. et al. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 2, p. 218-224, May. 2010.

JONES, J. M. et al. Maximizing your patient education skills (MPES): a multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 84, n. 2, p. 176-184, Aug. 2011.

KIELY, B. E.; TATTERSALL, M. H. N.; STOCKLER, M. R. Certain death in uncertain time: informing hope by quantifying a best case scenario. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 28, n. 16, p. 2802-2804, Jun. 2010.

LAGARDE, S. M. et al. Patient preferences for the disclosure of prognosis after esophagectomy for cancer with curative intent. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 15, n. 11, p. 3289-3298, Nov. 2008.

MINAYO, M. C. S. Palavra, interações e representações. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. Cap. 9, p. 204-260.

MARTINS, B. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, abr./jun. 2008.

NUNES, E. D. A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 287-297, 2003.

PAUL, C. L. et al. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 45, n. 17, p. 2960-2966, Nov. 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. Introdução, p. 23-38.

PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 599-605, out./dez. 2009.

QUILLIN, J. M. et al. Health care system approaches for cancer patient communication. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 85-94, 2009. Supplement 1.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A formação de médicos na cultura contemporânea: desafios. In: \_\_\_\_\_. **Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Unesp, 2012. Cap. VII, p. 237-266.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 86-91, jan./mar. 2010.

ROTER, D. L. et al. Effects of online genetics education on physician assistant interviewing skills. **Journal of the American Academy of Physician Assistants**, Montvale, v. 25, n. 8, p. 34-38, Aug. 2012.

ROYAK-SCHALER, R. et al. Exploring patient-physician communication in breast cancer care for African American women following primary treatment. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 35, n. 5, p. 836-843, Sept. 2008.

SARGEANT, J.; McLEOD, T.; MURRAY, A. An interprofessional approach to teaching communication skills. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, New York, v. 31, n. 4, p. 265-267, Fall 2011.

SILVA, M. J. P. **A comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, nov. 2002.

SILVA, M. M. et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 658-666, jul./set. 2012.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. Cap. 3, p. 243-260.

SINGER, S. et al. Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. **Langenbeck's Archives of Surgery**, Berlin, v. 394, n. 4, p. 723-731, Jul. 2009.

STEFANELLI, M. C. **Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente**. 1985. 163 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

TARRICONE JÚNIOR, V. et al. Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2010.

TRICE, E. D.; PRIGERSON, H. G. Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research. **Journal of Health Communication**, London, v. 14, p. 95-108, 2009. Supplement 1.

VOGEL, B. A.; BENGEL, J.; HELMES, A. W. Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 71, n. 1, p. 79-85, Apr. 2008.

ZACHARIAS, D. G.; JENSEN, M. H.; FARLEY, D. R. Long-term survival with metastatic carcinoid tumors: a case report and review of the literature. **Journal of Surgical Education**, Milwaukee, v. 67, n. 2, p. 99-102, Mar. 2010.

ZIMMERMANN, P. R.; MEDEIROS, J. G. M. Dinâmica da relação médico-paciente. In: BRASIL, M. A. A. et al. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 12, p. 87-99.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004. 234 p.



## **APÊNDICES**

---



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do estudo:** Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama

Informo que sou docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília e, atualmente, sou aluna do curso de doutorado na área de Saúde Coletiva na Universidade Estadual Paulista. Estou desenvolvendo uma pesquisa, sob a orientação do Professor Nelson Filice de Barros, com o objetivo de analisar como as pacientes percebem a comunicação com os profissionais de saúde. Para que esse estudo possa ser desenvolvido, necessito de sua valiosa colaboração em fornecer informações respondendo às perguntas de uma entrevista.

Para sua segurança, informo que você terá garantias de:

Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.

Ter sua identificação preservada.

Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.

Não sofrer nenhum prejuízo por sua participação;

Ser informada dos resultados dos estudos;

Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável

Sua participação não implicará custos financeiros para você ou para o sistema de saúde.

É importante que você saiba que os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu,.....portadora do RG nº ..... após ter sido informado (a) sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma.

Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura do Pesquisador Principal  
Márcia Aparecida Padovan Otani  
RG 17.020.377-3

Av. Monte Carmelo, 800 – Fragata – 17519-030  
Tel: (14) 3402-1744 Ramal 1838 ou (14) 8115-9237  
e-mail: [mm-otani@famema.br](mailto:mm-otani@famema.br)

Assinatura da Entrevistada



## **APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista**

### **1. Dados sócio-demográficos**

Idade..... Sexo:..... Religião..... Etnia .....

Estado civil..... Número de filhos .....

Profissão/ocupação .....

Escolaridade.....

Com quem mora .....

Convênio de saúde que utiliza para o tratamento oncológico .....

Onde realiza tratamento atualmente? .....

Diagnóstico médico referido .....

Há quanto tempo está em tratamento?.....

Fase do tratamento: .....

Quanto tempo levou para começar o tratamento (do diagnóstico ao início do tratamento)?  
.....

### **2. Questões para entrevista**

1. Como você percebe a comunicação dos profissionais de saúde com você nas diferentes fases do tratamento? (especificar: médico, enfermeiro, psicólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem)
2. O que você acha que facilita a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e família?
3. O que você acha que dificulta a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e família?
4. Como você percebe a comunicação entre os profissionais de saúde?
5. Quais assuntos você conversa com os profissionais de saúde? (especificar: médico, enfermeiro, psicólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem)
6. Sente necessidade de conversar sobre outros assuntos? Quais?
7. Conte uma situação em que a comunicação de algum profissional de saúde foi marcante para você.



**ANEXO**

---



## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília

---



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

---

Marília, 07 de Junho de 2011

Ilmo(ª) Sr.(ª)  
Profª Márcia Ap. Padovan Otani  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 524/11, intitulado: "Pacientes em Tratamento Oncológico e a Comunicação com Profissional de Saúde: A Visão de Pacientes e Familiares", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 06/06/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos