



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Bianchini, Daniela; Peuker, Ana Carolina; Bittencourt Romeiro, Fernanda; Kern de Castro, Elisa

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA SOB O ENFOQUE PSICANALÍTICO

Psicologia em Estudo, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 349-358

Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287147424016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA SOB O ENFOQUE PSICANALÍTICO

Daniela Bianchini
Ana Carolina Peuker
Fernanda Bittencourt Romeiro
Elisa Kern de Castro¹

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Brasil.

RESUMO. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório sobre a percepção de pacientes com câncer e a comunicação com sua equipe de saúde. Foram entrevistados 14 pacientes em tratamento oncológico em diferentes estágios da doença. Os instrumentos utilizados foram: ficha de dados sociodemográficos e entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados foram assim analisados: leitura inicial sem julgamentos ("naive"); análise estrutural e categorização do conteúdo; interpretação crítica e discussão. Dois juízes independentes avaliaram os conteúdos das entrevistas e realizou-se o índice de concordância ($Kappa=0,834$). Foram criadas três categorias sobre a comunicação: 1) comunicação técnica; 2) comunicação técnica com suporte emocional; 3) comunicação insuficiente. O embasamento psicanalítico utilizado ofereceu uma visão compreensiva dessa temática e uniu aspectos subjetivos do adoecimento com as evidências empíricas. Os resultados demonstraram que a comunicação com suporte emocional contribuiu para maior satisfação e saúde psicológica do paciente durante o tratamento oncológico. Sensação de bem-estar e amparo foram sentimentos apontados pelos pacientes ao experienciarem esse tipo de comunicação. A comunicação técnica com suporte emocional fornece ao paciente confiança na realidade e amplia a esperança na vida e conforto perante a morte. Percepções mais negativas em relação à comunicação com os profissionais de saúde estavam vinculadas às falhas na troca de informações, sensação de distanciamento emocional e ausência de interesse por aspectos pessoais do paciente.

Palavras-chave: Câncer; comunicação; psicanálise.

COMMUNICATION IN ONCOLOGY: A QUALITATIVE ANALYSIS BASED ON PSYCHOANALYSIS

ABSTRACT. This article discusses the findings of an exploratory qualitative study about patients' perceptions of communication with the health care team during chemotherapy. Interviews were conducted with 14 patients undergoing cancer treatment at different stages of the disease. The instruments used were: sociodemographic data sheet and semi-structured interview. The interviews were audio-recorded and transcribed. The data were analyzed regarding reading nonjudgmental; structural analysis and content categorization; critical interpretation and discussion. Two independent judges evaluated the interviews contents and evaluated concordance index ($Kappa = 0.834$). Three categories of communication were created: 1) Technical Communication; 2) Technical Communication with Emotional Support; 3) Insufficient communication. The psychoanalytic theory offered a comprehensive view of this issue and joined subjective aspects of illness with the empirical evidence. The results showed that communication with emotional support contributed to greater satisfaction and psychological health of the patient during cancer treatment. Wellness feeling and support feelings were mentioned by patients to refer this type of communication. The technical communication with emotional support provides the patient trust in reality and extends hope in life and comfort before death. More negative perceptions regarding communication with health professionals were linked to failures in the exchange of information, sense of emotional detachment and lack of interest on personal aspects of the patient.

Keywords: Cancer; communication; psychoanalysis .

¹ E-mail: elisa.kerndecastro@gmail.com

COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA: UN ANÁLISIS CUALITATIVO BASADO EN EL PSICOANÁLISIS

RESUMEN. El presente artículo trata de un estudio cualitativo exploratorio sobre la percepción de pacientes con cáncer y la comunicación con su equipo de salud. Se entrevistaron 14 pacientes en tratamiento para el cáncer en distintos niveles de gravedad de la enfermedad. Los instrumentos utilizados fueron: ficha de datos sociodemográficos y entrevista semiestructurada. Se grabaron las entrevistas en audio y transcritas. Se analizaron dos datos de la siguiente manera: lectura inicial sin juicios; análisis estructural y categorización del contenido; interpretación crítica y discusión. Dos jueces independientes evaluaron los contenidos de las entrevistas y fue evaluado el índice de concordancia (Kappa = 0,834). Fueron creadas tres categorías sobre la comunicación: 1) Comunicación Técnica; 2) Comunicación Técnica con apoyo emocional; 3) Comunicación insuficiente. La teoría psicoanalítica ofreció una visión comprehensiva del tema e integró aspectos subjetivos de la enfermedad con las evidencias empíricas. Los resultados mostraron que la comunicación con apoyo emocional contribuyó para una mayor satisfacción y salud psicológica del paciente durante el tratamiento oncológico. La sensación de bienestar y amparo fueron sentimientos revelados por los pacientes a partir de la experiencia de este tipo de comunicación. La comunicación técnica con apoyo emocional da al paciente la confianza en la realidad y amplía la esperanza en la vida y el confort delante de la muerte. Percepciones más negativas sobre la comunicación con los profesionales de salud estaban relacionadas a fallos en el cambio de informaciones, sentimiento de alejamiento emocional y ausencia de interés por los aspectos personales del paciente.

Palabras-clave: Cáncer; comunicación; psicoanálisis.

Introdução

A comunicação em oncologia é essencial tanto para o processo como para o resultado do tratamento do câncer (McCarthy, 2014; McCormack et al., 2011). A comunicação desempenha papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade e, consequentemente, melhora os resultados de saúde do paciente (Thorne et al., 2014). É um processo dinâmico, que inclui não só informações, mas, igualmente, emoções e valores daqueles que nela estão inseridos. A comunicação profissional da saúde-paciente em oncologia relaciona-se, entre outros fatores, à criação de um bom relacionamento interpessoal e à troca efetiva de informações entre eles (Skea, MacLennan, Entwistle, & N'Dow, 2014).

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

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

Essa compreensão implica na construção de equipes de saúde aptas a reduzir as vivências traumáticas dos pacientes durante o percurso do tratamento do câncer. Tal alcance facilita o encontro de um nível ótimo de comunicação e mostra-se o ideal na entrega de um cuidado de qualidade. A criação de espaços de reflexão sobre esse tema, com o auxílio do enfoque psicanalítico, amplia a perspectiva de se chegar a esse objetivo. Assim, o presente artigo buscou investigar a comunicação profissional-paciente a partir da visão de pacientes em tratamento oncológico.

Método

Participantes

Participaram 14 pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial para o câncer em diferentes estágios da doença (sete deles pacientes metastáticos). Destes, oito eram homens e seis eram mulheres, em torno dos 50 anos de idade. Os pacientes eram oriundos de um hospital privado de uma cidade de grande porte do Sul do Brasil. A seleção foi por conveniência entre aqueles que estavam no hospital para realização da quimioterapia no momento da coleta de dados, que ocorreu em dias alternados e em horários variados para atingir maior heterogeneidade das características dos participantes. Foram convidados 15 pacientes, dos quais um precisou interromper a entrevista, pois estava emocionalmente afetado para responder às perguntas. Para este paciente, foi realizado um atendimento psicológico em seguida da interrupção e disponibilizado o serviço de psicologia da instituição para que pudesse seguir em acompanhamento ao longo do seu tratamento oncológico. Os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes (N=14)

Pacientes	Sexo	Idade	Idade diagnóstica	Estado civil	Escolaridade	Tipo câncer	M	C	R	Q
1	F	37	37	Casada	Ensino superior	Útero	S	N	N	S
2	F	64	62	Solteira	Pós-graduação	Intestino	S	S	N	S
3	M	70	68	Casado	Ensino superior	Cólon	S	S	N	S
4	M	58	58	Casado	Ensino médio	Cólon	N	N	N	S
5	F	44	44	Casada	Ensino superior	Estômago/Esôfago	N	S	S	S
6	F	65	65	Casada	Ensino médio	Ovário	N	S	N	S
7	M	52	52	Casado	Ensino superior	Intestino	N	N	N	S
8	F	45	44	Separada	Ensino fundamental	Intestino/Cólon	S	N	N	S
9	M	66	63	Casado	Ensino médio	Intestino	S	S	S	S
10	M	65	65	Casado	Ensino médio	Intestino	S	N	N	S
11	M	54	54	Casado	Ensino superior inc.	Melanoma	N	N	N	S
12	M	33	32	Casado	Ensino superior	Testículo	N	S	N	S
13	M	30	30	Solteiro	Ensino superior inc.	Reto	S	S	S	S
14	F	50	49	Solteira	Ensino superior	Útero	N	S	N	S

Nota. F (feminino); M (masculino); S (sim); N (não)

M: metástase

C: cirurgia

R: radioterapia

Q: quimioterapia

Instrumentos

Foram utilizadas uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos para caracterizar os participantes e uma entrevista semiestruturada sobre a relação profissional da saúde-paciente, em que foram formuladas questões norteadoras pelas autoras do estudo, referentes às temáticas: vínculo; trabalho em equipe; sofrimento psicológico; diagnóstico oncológico. Desta entrevista que abarcava um tema mais abrangente, foram analisados os relatos que diziam respeito à comunicação profissional-paciente.

Procedimentos da coleta de dados e éticos

Após concordância da equipe da oncologia para dar início à pesquisa, a coleta de dados se deu com a colaboração da equipe de enfermagem do hospital. A enfermagem indicava os possíveis casos para participação na pesquisa, utilizando o critério de estar em tratamento quimioterápico e em condições físicas para falar. A partir disso, os pacientes identificados foram convidados a participar do estudo por meio de abordagem face a face. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, durante a realização da quimioterapia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora, com experiência clínica hospitalar. Os participantes foram entrevistados individualmente e em uma única ocasião, em local privativo (box de quimioterapia), livre de interferências de terceiros. A entrevistadora explicava os objetivos do estudo e se apresentava a todos os participantes. Seu interesse relacionado à temática era unicamente de pesquisa, isento de conflito de interesses. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 20 min. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, respeitando o sigilo e a não identificação dos participantes. O período de coleta de dados se estendeu de agosto a novembro de 2013.

O estudo foi conduzido considerando-se todos os procedimentos éticos requeridos, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos. A pesquisa derivou de um projeto maior, intitulado “A Relação Profissional da Saúde-Paciente em Oncologia: Um Estudo Transcultural Brasil-Espanha”, que foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição na qual os dados foram coletados, sob processo nº 247.917.

Análise dos dados

Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente. Foi utilizado o protocolo Coreq (Consolidate Criteria for reporting qualitative research), um *checklist* de 32 itens que visa garantir que os critérios de qualidade de um artigo qualitativo que utiliza entrevista ou grupo focal sejam cumpridos (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Ao todo, foram transcritas 4h e 14 min. de gravação. Foi realizada a análise de conteúdo (Hounsgaard et al., 2013) para identificar semelhanças e peculiaridades nos relatos dos pacientes de acordo com a temática proposta pelo estudo: comunicação. Embora o roteiro da entrevista não contemplasse, objetivamente, questões referentes à comunicação, este tema emergiu dos dados (a posteriori) e revelou-se um ponto essencial da discussão. Assim, os dados foram submetidos à análise em três etapas: a) leitura inicial sem julgamentos; b) análise estrutural e categorização do conteúdo; e c) interpretação crítica e discussão. Depois de criadas as categorias e feito treinamento com dois juízes independentes, previamente treinados, os mesmos avaliaram os conteúdos das entrevistas e os categorizaram de acordo com as categorias criadas a partir dos conteúdos emergentes. Os juízes foram pesquisadores do grupo de pesquisa. O grau de concordância entre os juízes foi avaliado por meio do índice Kappa. O valor obtido foi de 0,834, que representa uma excelente concordância.

Resultados e discussão

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

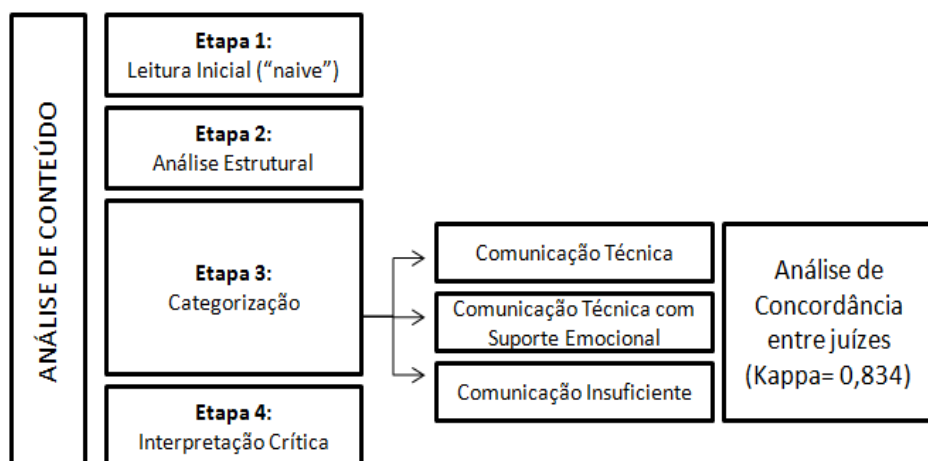


Figura 1. Etapas do processo de Análise de conteúdo

A primeira categoria, denominada comunicação técnica, refere-se ao tipo de provisão de informação de qualquer membro da equipe de profissionais com seu paciente sobre o diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico. Nessa categoria, a informação não possui como objetivo o oferecimento de suporte emocional e, sim, a transmissão direta e objetiva da informação sobre a doença. A segunda categoria, nomeada comunicação técnica com suporte emocional, abrange a provisão de informação orientada para aspectos técnicos relativos ao diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico, porém também abarca aspectos emocionais do paciente. O suporte emocional pode ser caracterizado pela preocupação do profissional com o bem-estar psicológico do paciente. A terceira categoria diz respeito à comunicação insuficiente e relaciona-se à comunicação técnica, porém tendo faltado conteúdo para que o paciente consiga compreender aquilo que lhe foi dito. Relaciona-se à falha na compreensão da comunicação. O paciente sente-se com dúvidas e inseguro. O processo de comunicação profissional-paciente foi explorado ao longo da análise dos dados, considerando-se as diferentes fases do tratamento pelos quais o paciente com câncer passa: investigação, diagnóstico e tratamento.

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

Quando ela (médica) fez o exame, ela tocou... Aí ela disse: 'Realmente tu tem alguma coisa aqui no teu ovário esquerdo. Realmente tu vai ter que investigar'. Aí eu pensei: 'Como assim'? (6); "Fui no médico... na verdade não foi nem o médico, foi a pessoa que fez o exame... não deu o diagnóstico preciso: 'Tem uma alteração, vamos ter que ver o que é. Pode ser desde uma bolinha de gordura, uma batida, ou mesmo um tumor" (12).

Nessa fase de investigação diagnóstica, parece haver, a partir dos relatos dos pacientes, uma carência de cuidado, por parte dos profissionais, de seus aspectos emocionais. Todos os pacientes que relataram o período de investigação da doença percebiam que a comunicação era apenas técnica e/ou insuficiente. A comunicação profissional-paciente possui natureza multidimensional que envolve o conteúdo do diálogo, comportamentos não verbais e o componente afetivo. A comunicação mal estabelecida pode engendrar um encontro essencialmente traumático com a realidade, uma vez que o aparato psíquico do indivíduo não tem condições de integrá-la como uma experiência (Winnicott, 1958/1983; Winnicott, 1958/2000).

Algumas reflexões podem ser feitas no que se refere ao limite da capacidade daquilo que o paciente consegue ouvir em uma investigação diagnóstica e a forma com que será comunicado. Quando há

excesso de informações parece haver uma cegueira psíquica. Lacan (1998) já afirmava que nem o Sol, nem a morte poderiam ser olhados de frente. Para que possa enxergar o Sol, o indivíduo precisa de algum tipo de proteção que filtre a intensidade da luz. Assim, frente a uma possibilidade de diagnóstico de uma doença repleta de estigmas, também o paciente parece precisar proteger-se com algum tipo de “filtro” para que aos poucos possa encarar a realidade que se apresenta. É papel do profissional da saúde servir de filtro e oferecer, ao seu paciente, uma sensação de cuidado na informação transmitida (ex. apresentar postura empática, perguntar se há algum familiar junto, manter a esperança, esclarecer dúvidas etc.).

Esteve presente na fala dos pacientes a forma direta e objetiva com que o médico lhes comunicou a confirmação do diagnóstico do câncer, demonstrando a comunicação de forma técnica: *“Entrei na sala e ele disse: ‘Tira a tua máscara, que tu não precisa disso’. Eu disse: ‘Eu não tô com tuberculose?’. ‘Não’. ‘E tu já sabe o que eu tenho?’. ‘Sei’. ‘Então me diz’. E ele disse: ‘Tu tá com um adenocarcinoma pulmonar’ (2).*

O diagnóstico de câncer escancara a realidade que o ser humano sistematicamente tenta esconder de si próprio: a morte. O medo da morte é natural frente a sua iminência e a angústia surge como consequência dessa ameaça, pois entra em desacordo com os projetos e expectativas de vida construídos até então (Dolto, 1971). O câncer invade o corpo, produzindo também marcas psíquicas. Frente a situações traumáticas como a descoberta de um câncer, a psicanálise indica que a presença de outro ser humano pode servir de apoio para aquele que sofre, podendo segurá-lo e organizá-lo psiquicamente (Winnicott, Shepherd, & Davis, 1989/1994). O médico é quem comunica a confirmação da doença, porém ainda não possui um vínculo formado com seu paciente e, pelo pouco contato estabelecido até então, não poderá evitar o surgimento de sentimentos de angústia e desamparo sentidos pelo paciente. Mas poderá, a partir da forma com que se comunica, proporcionar uma sensação de alívio daquilo que é desconhecido e está por vir (Almeida & Santos, 2013).

Nesse sentido, os pacientes referiram que, no momento do diagnóstico, o médico poderia, além da informação técnica precisa sobre a doença e tratamento, demonstrar preocupação com questões de ordem emocional: *“Ele me deu a notícia depois do almoço, assim de cara. Tu tá com isso, com isso e com isso. E eu não tinha um parente lá, no momento, né?” (8).* Botella e Botella (2002) apresentam o tema da irrepresentabilidade traumática para o psiquismo. A principal característica para o trauma é a insuportável sobrecarga de ansiedade e um excesso de excitação junto a uma ausência de sentido. As ideias psicanalíticas, somadas aos discursos dos pacientes deste estudo, reforçam a importância de se encontrar formas efetivas de comunicação profissional-paciente que facilitem a sensação de vínculo, suporte e segurança para o enfermo.

Um dos pacientes referiu que a comunicação do seu diagnóstico foi insuficiente, pois houve falhas por conta do profissional médico ao transmitir a informação. Para aquele, não houve compreensão do que estava sendo dito: *“O médico me disse: ‘Tu tá com adenocarcinoma pulmonar. Talvez tenha que operar’. Quanto mais ele falava, mais eu chorava, menos eu entendia o que ele tava falando” (2).* Por outro lado, alguns pacientes consideraram a comunicação do diagnóstico como técnica com suporte emocional. Referiram que se sentiram amparados quando o médico orientava o tratamento, demonstrando preocupação com o bem-estar e qualidade de vida.

Pela fragilidade e vulnerabilidade psíquica aos quais estão expostos no momento do diagnóstico, os pacientes sentem-se muitas vezes incapazes de utilizar recursos próprios para lidar com a realidade. Profissionais capazes de desenvolver uma capacidade de identificação com aquele que sofre, indo de encontro às necessidades básicas deste, diminuem a sensação de estar só, referida pelos pacientes (Campos, 2005). Em seu modelo continente, Bion (1967/1994) afirma que a presença de um ser humano que se deixa invadir por sentimentos e emoções que não podem ser pensados pelo paciente e que se mostram assustadores para estes acalma e auxilia na elaboração psíquica da realidade. Todo paciente frente à iminência de morte precisará de outro ser humano, que não se assuste tanto quanto ele, que não se distancie de seu sofrimento e que, portanto, funcione como seu continente (Freud, 1895/1996a; Freud, 1920/1996b; Bion, 1991; Marco et al., 2013).

Após o diagnóstico, ao longo de todo o percurso de seu tratamento, o paciente é exposto a diferentes intervenções, por vezes, invasivas, mutiladoras e dolorosas. Nesse período, as relações estabelecidas são ampliadas, bem como as formas de comunicação com a equipe de saúde. É nesse momento que

se disponibilizam ao paciente diferentes profissionais que podem ofertar atendimento especializado às amplas necessidades dele (Silva & Hahn, 2012). Na fase do tratamento, os pacientes relataram como a inclusão de diferentes profissionais de saúde ao longo do percurso propiciou maior sensação de cuidado. A partir da análise de conteúdo, notamos que os pacientes percebiam profissionais dispostos a estabelecer uma comunicação técnica com suporte emocional: *“Tu tem a confiança de estar no meio de pessoas que vão te cuidar bem. Que tão fazendo aquela coisa ali, por, até por ter uma relação de carinho, de amizade. Quanto mais tu se sentir bem com a equipe, mais o tratamento vai fluir”* (13).

Ainda relacionada à comunicação técnica com suporte emocional, os pacientes relataram perceber, em sua maioria, uma equipe de saúde disposta a se comunicar de forma a ampará-los e acolhê-los em suas dúvidas e ansiedades em relação à doença e às terapêuticas: *“Tu nota que tem um envolvimento mais sentimental. Isso ajuda, te dá aquela coisa boa, aquela sensação boa, que tem alguém preocupado contigo, alguém está te cuidando”* (13). Assim como a comunicação técnica com suporte emocional por parte do médico, também foi referida pelos pacientes, durante o tratamento, como facilitadora de sentimentos de amparo e esperança e de proximidade com o profissional: *“E o cirurgião, que quando se precisou de cirurgião, ele foi excelente. Sempre dando otimismo e esperança”* (09).

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

A sensação de bem-estar emocional pode ter sido possibilitada pela fase do tratamento propriamente dita, na qual já existe maior familiaridade com os profissionais, com a doença e com tudo o que a envolve, como efeitos do tratamento, exames de rotina etc. Além disso, durante o tratamento é possibilitado ao médico dividir os cuidados com sua equipe, não sendo mais o único profissional frente ao paciente com câncer. Assim, o paciente pode encontrar, dentro de uma equipe, profissionais que possam mais facilmente se comunicar de forma técnica, com suporte emocional (Grilo, 2012; Veit & Carvalho, 2008).

Quando havia falhas na provisão da informação, fosse qual fosse a fase em que o paciente se encontrasse, a comunicação era considerada insuficiente. A análise de conteúdo demonstrou que os pacientes percebiam o distanciamento do profissional em relação à sua enfermidade e não se sentiam apoiados em suas necessidades. O profissional comunicava as terapêuticas do tratamento e a percepção dos pacientes era de que não havia interação entre profissional-paciente. A situação causava desconforto e insatisfação no paciente, pois este saía da consulta com dúvidas em relação à enfermidade: *“Eu dizia pra doutora: ‘Eu não paro de sangrar, o dia inteiro. Me dá um remédio, uma coisa, pelo amor de Deus. Eu não aguento mais’. E ela: ‘Não, nós temos que esperar a imunohistoquímica’. O que é isso? E eu sofri muito nesse período”* (1).

Os relatos dos pacientes ao longo deste estudo demonstram a necessidade de se estabelecer ações eficazes para os profissionais de saúde que ofereçam informações técnicas aliadas ao suporte emocional. Winnicott (1963/1990) afirmou que todas às vezes em que se compreende profundamente a necessidade de um paciente, e se demonstra isso a ele por meio de uma comunicação genuína, consegue-se, de fato, sustentar aquele que sofre.

A literatura aponta como os profissionais podem alcançar a comunicação efetiva. Por exemplo, conversas relevantes para o tratamento devem ser realizadas com ao menos mais uma pessoa vinculada ao paciente; comunicar notícias apenas com o paciente presente aumenta a responsabilidade da informação portada e de decisões futuras por parte do paciente, diminuindo sua sensação de apoio nesse momento de crise (Almeida & Santos, 2013; Arbabi et al., 2014). Além disso, a informação técnica deve ser utilizada, aliada a momentos de elaboração do paciente, com o uso do silêncio entre uma fala e outra, e, se possível, que se retome em outras conversas o que já foi falado nas anteriores. Outra ressalva importante relaciona-se à validação das emoções que aparecem diante dessas comunicações, permitindo que o paciente expresse seus medos, fantasias e dúvidas e que estas possam ser reconhecidas e esclarecidas pelos profissionais (Almeida & Santos, 2013).

Considerações finais

Investigamos a comunicação profissional-paciente a partir da visão de pacientes em tratamento oncológico. Constatamos que as fases da investigação da doença e do diagnóstico propriamente dito parecem ser os momentos mais difíceis de se estabelecer uma comunicação efetiva. Profissionais da saúde pouco vinculados com o paciente e que, por vezes, não continuarão fazendo parte do seu tratamento parecem ter maiores dificuldades de fazê-lo sentir-se amparado. Em contrapartida, durante o processo do tratamento, os pacientes referem sentir-se mais facilmente acolhidos em suas demandas emocionais, e a comunicação e o vínculo com os profissionais que cuidam deles já estão mais fortemente estabelecidos.

De forma geral, a análise de conteúdo demonstrou que as percepções dos pacientes acerca da comunicação no período do tratamento foram permeadas por sentimentos de amparo e satisfação. Da mesma forma, a comunicação com a equipe de diversos profissionais obteve papel fundamental no atendimento das diferentes demandas desses pacientes. Nesse sentido, é possível sugerir que o transcorrer do tempo do tratamento pode facilitar o processo de elaboração psíquica e adaptação do paciente à nova realidade de conviver com o diagnóstico de câncer. Por isso, neste caso, a comunicação efetiva profissional-paciente poderia estabelecer-se mais facilmente.

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

Assim, oferecer espaço para que o paciente se comunique sobre o que o aflige, para além dos aspectos físicos da doença, faz com que a experiência do câncer ganhe um novo sentido, menos aterrorizador. A percepção acerca do sofrimento é mais proeminente quando o paciente não consegue reorganizar e comunicar seus sentimentos e angústias com a ajuda daquele que cuida dele. É dando lugar à palavra que se oferece alívio ao sujeito angustiado e a possibilidade de crescimento psíquico. Nesse sentido, propiciar um ambiente de sustentação que permita o processo de integração do sujeito, conforme o pensamento winnicottiano, permite que sentimentos agonizantes transformem-se em palavras e em experiências mais bem elaboradas.

Possivelmente, estudos realizados em outros contextos, como o de assistência pública, poderiam trazer resultados divergentes. O fato de os participantes avaliarem a comunicação com a equipe que os cuidava naquele momento pode ter coibido a livre expressão de sentimentos negativos. Por outro lado, as entrevistas foram realizadas no momento da quimioterapia, o que pode ter sido fator precipitador de emoções. Além disso, questões relativas ao sigilo e à confidencialidade foram explicitadas e reforçadas pela pesquisadora, no sentido de garantir sigilo e confiabilidade aos dados dos pacientes.

Recomendamos o aprofundamento do tema da comunicação profissional da saúde-paciente em oncologia, considerando diversos contextos, diferentes populações e com a inclusão de variáveis que podem ser pertinentes à maior compreensão desse complexo fenômeno. Dos pontos de vista teórico e metodológico, este estudo teve caráter inovador ao compreender o fenômeno, unindo evidências empíricas e conceitos psicanalíticos tradicionalmente aplicados na psicologia clínica.

Referências

- Almeida, M. D. & Santos, A. P. (2013). Câncer infantil: o médico diante de notícias difíceis – uma contribuição da psicanálise. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21(1) 49-54.
- Arbabi, M., Rozdar, A., Taher, M., Shirzad, M., Arjmand, M., Ansari, S., & Mohammadi, M. R. (2014). Patients' Preference to Hear Cancer Diagnosis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(1), 8-13. Recuperado de <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/704/41> 417 em 01 de maio de 2015.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Botella, C. & Botella, S. (2002). *Irrepresentável: mais além da representação*. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul/Criação Humana.
- Campos, E. (2005). *Quem Cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Castro-Arantes, J. & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522.
- Dolto, F. (1971). *Psicanálise e Pediatria: as grandes noções da psicanálise - dezesseis observações de crianças*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Ferreira, D.M. & Castro-Arantes, J.M. (2014). Câncer e corpo: uma leitura a partir da Psicanálise. *Analytica*, 3(5), 37-71.
- Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1996a). Projeto para uma psicologia científica. Em: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 39-189). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996b). Além do princípio de prazer. Em *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol.18, pp. 11-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297. Recuperado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200011&script=sci_arttext
- Hounsgaard, L., Augustussen, M., Moller, H., Bradley, S. K., & Moller, S. (2013). Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 1-7.
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Marco, M. A. D., Degiovani, M. V., Torossian, M. S., Wechsler, R., Joppert, S. M. H., & Lucchese, A. C. (2013). Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 683-693.
- McCarthy, B. (2014). Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 452-458.
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N. K.,..., Street, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72, 1085-1095. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020
- Porto, A. R., Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Gonzáles, R. I. C., & Oliveira, N. A. (2012). A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(2), 231-239. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306008> em 01 de maio de 2015.
- Silva, D. S. D. & Hahn, G. V. (2012). Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. *Caderno Pedagógico*, 9(2), 125-137.
- Skea, Z. C., MacLennan, S. J., Entwistle, V. A., & N'Dow, J. (2014). Communicating good care: a qualitative study of what people with urological cancer value in interactions with health care providers. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 35-40.
- Thorne, S., Hislop, T. G., King-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Support Care Cancer*, 22, 1009-1015.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus group. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.
- Vidal y Benito, M. C. (2010). *La relacion medico paciente: bases para una comunicacion a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1990). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London: Karnac Books, 1990, p. 179-192. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).

Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (Orgs). (1994). *Explorações Psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre: ArtesMédicas. (Trabalho original publicado em 1989).

Recebido em 04/11/2015

Aceito em 16/05/2016

Elisa Kern de Castro: professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Bolsista produtividade CNPq.

Daniela Bianchini: psicóloga clínica, mestre em psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Ana Carolina Peuker: psicóloga, mestre e doutora em psicologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e atualmente é bolsista de pós-doutorado Docfix/Capes/Fapergs no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

Fernanda Bittencourt Romeiro: psicóloga clínica, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).