

# COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: O QUE O MÉDICO DEVE INFORMAR AO PACIENTE?

## COMMUNICATION IN ONCOLOGY: WHAT SHOULD THE PHYSICIAN TELL THE PATIENT?

Recibido: 13 de septiembre de 2017 | Aceptado: 30 de noviembre de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0003.00003

BRUNA MADRID DA ROSA <sup>1</sup>; FRANCIELE CRISTIANE PELOSO <sup>1</sup>; LUISA VITAL <sup>1</sup>

<sup>1</sup>. UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, RÍO GRANDE DO SUL, BRASIL

### RESUMO

**Objetivo:** Examinar a percepção de médicos e de pacientes com câncer sobre a comunicação referente aos sintomas, causas, duração, consequências, controle pessoal e do tratamento, compreensão e representação emocional dos pacientes sobre o seu diagnóstico. **Método:** 68 pacientes adultos com câncer e 58 médicos com experiência no atendimento a esses pacientes responderam a questionários sobre o tema numa plataforma online. **Resultados:** Foram reveladas diferenças significativas em relação às percepções de médicos e pacientes sobre a comunicação do médico. Os médicos mencionaram comunicar os pacientes sobre os sintomas, causas, consequências, duração e controle da doença aos pacientes, porém as respostas dos pacientes são discordantes. **Conclusão:** As avaliações que os médicos fazem de sua comunicação mostram-se mais positivas do que a forma como os pacientes a percebem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação, Relação médico-paciente, Percepção da doença, Neoplasias, Modelo de Senso-comum.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the physicians and cancer patient's perceptions about the communication regarding symptoms, causes, timeline, consequences, personal and treatment control, illness coherence and emotional representation of the patients about their diagnosis. **Method:** 68 adult patients with cancer and 58 physicians who had been working with cancer patients that answered questionnaires in an online platform. **Results:** The results revealed significant differences regarding the perceptions of physicians and patients about the doctor's communication. Physicians mentioned that patients are often informed about symptoms, causes, consequences, timeline and disease control, but the patient's responses are discordant. **Conclusion:** It was concluded that physician's views about their communication are more positives than patients' perceptions about the same phenomena.

**KEY WORDS:** Communication, Physician-patient relationship, Disease perception, Neoplasias, Common - Sense model.

<sup>1</sup>. Afiado a la Universidad de Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil.

### INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda doença crônica que mais mata no mundo, perdendo apenas para doenças cardiovasculares, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2017). Como o diagnóstico de câncer é, na maioria dos casos, vinculado ao medo da morte e do sofrimento, a abordagem deste tema é difícil tanto para pacientes quanto para médicos (Iskandarsyah et al., 2013).

A relação médico-paciente tem sido objeto de interesse na área da saúde, pois uma boa relação está associada a qualidade no cuidado, acordo entre as partes sobre o diagnóstico e tratamento, confiança mútua e comunicação aberta (Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, Herrero, & Ruiz-López, 2008). Em geral, os pacientes com câncer, independentemente de sua classe social, desejam saber os detalhes do seu diagnóstico e as suas possibilidades de cura. Contudo, muitas vezes as informações prestadas pelos médicos são parciais, contrastando com o desejo dos pacientes em saber detalhes sobre a sua doença (McDonald, 2016). Essa dificuldade na comunicação pode gerar muito sofrimento e estresse psicológico para os pacientes com câncer, e pode ser evitado através de uma comunicação eficaz e de apoio (Moore, Rivera Mercado, Grez Artigues, & Lawrie, 2013).

Uma comunicação efetiva entre profissional e paciente pode melhorar a adesão ao tratamento e a satisfação em relação aos seus cuidados (Adán et al., 2008; Frenkel & Cohen, 2014; Gask & Usherwood, 2002; Moore et al., 2013). Porém, além de todas as características essenciais para que esta comunicação tenha sucesso (confiança, escuta, acolhimento, certificar o entendimento do paciente), há também as percepções ou crenças que estes pacientes têm em relação à sua doença e que podem interferir no seu tratamento (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Desta forma, a adaptação à doença depende de diversos fatores, dentre eles as percepções ou representações que o indivíduo tem da

doença, as suas implicações emocionais, as características clínicas e evolução da doença, a experiência prévia direta ou indireta com a doença e o contexto sociocultural (Postolica, Iorga, Petrariu, & Azoicai, 2017). Estudo recente (Husson et al., 2013) mostrou que pacientes com câncer tem percepções mais realistas sobre a doença quando recebem maiores informações sobre a mesma, exames médicos, tratamento e outros serviços.

De acordo com o Modelo teórico de autorregulação do Senso Comum (MSC), os indivíduos criam esquemas mentais sobre as doenças, como o quanto elas afetam as suas funções corporais, o impacto na rotina, quais são as possibilidades de tratamento, quais as chances de cura e como proceder para restabelecer seu estado de saúde. As percepções que os indivíduos possuem de determinadas doenças assemelham-se estruturalmente em pessoas saudáveis e doentes, bem como para diferentes doenças crônicas (Leventhal et al., 1984; Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012). Estas percepções são adquiridas através de experiências vividas pelo o indivíduo com a doença e das experiências de terceiros, assim sendo obtidas através do conhecimento que possuem ao longo da vida (Quiceno & Vinaccia, 2010). Não existe percepção correta ou incorreta sobre a doença, mesmo que sejam imprecisas e inadequadas. Entretanto, percepções que se distanciam da realidade de determinada doença podem fazer com que o indivíduo não compreenda a realidade da doença e do tratamento, impactando nas suas reações diante dos sintomas e diagnóstico, adesão ao tratamento e em suas expectativas em relação ao futuro (Quiceno & Vinaccia, 2010).

A percepção da doença é avaliada a partir das dimensões: identidade (possíveis sintomas da doença), causas (fatores que dão origem à doença), duração (curso da doença ao longo do tempo, p. ex., aguda ou crônica; cíclica), consequências (gravidade da doença e seu impacto no funcionamento

físico, psicológico e social), controle/cura (possibilidade de curar ou controlar a doença), coerência da doença (percepção do quanto o indivíduo compreende a doença) e representação emocional (emoções que envolvem a experiência da doença) (Leventhal et al., 1984; Moss-Morris et al., 2002).

O MSC implica que os pacientes com doença aguda e crônica podem ser ajudados a atingir melhores resultados quando eles têm uma compreensão mais adaptada de sua condição de saúde e são capazes de avaliar os efeitos de agir com base nesse entendimento (Phillips et al., 2012). A utilização deste modelo permitirá ao profissional de saúde compreender e ajudar o paciente a ajustar um conjunto de crenças que podem limitar a sua adesão ao tratamento (Pereira & Roios, 2011). Dessa forma, as representações que o indivíduo tem a respeito da doença estão diretamente associadas com a forma que irá enfrentar a mesma (Postolica et al., 2017).

Um estudo relacionado a mulheres que receberam quimioterapia para câncer ginecológico mostrou que, embora a grande maioria dos profissionais acreditavam que questões sexuais deveriam ser discutidas com pacientes, apenas 21% discutiram estes temas com suas pacientes (Donovan, Hartenbach, & Method, 2005), mostrando que a dimensão causa da doença não foi discutida. Outro estudo realizado por Donovan et al. (Donovan et al., 2005) com mulheres com câncer de ovário mostrou que a comunicação entre pacientes e provedores de cuidado de saúde foram muito pobres, 40% das mulheres com a doença ativa e com contato regular com os profissionais não haviam discutido os sintomas mais significativos no último mês. Apenas metade destas mulheres relataram ter recebido recomendações a respeito de gerenciamento dos sintomas, sendo que a aderência às recomendações é muito superior quando estas pacientes recebem orientações. Portanto, comparar a percepção de

pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo do médico e das dimensões do MSC comunicadas se faz necessário para melhorar qualidade da comunicação entre médico-paciente. O MSC pode ajudar dando diretrizes sobre o tipo de informação que é preciso comunicar aos pacientes para evitar percepções distorcidas ou desajustadas da doença para favorecer o tratamento.

Há diversos estudos (Adán et al., 2008; Bianchini, 2015; Frenkel & Cohen, 2014; McDonald, 2016; Moore et al., 2013) que falam sobre comunicação em saúde, enfatizando a importância de aspectos verbais e não verbais do comportamento comunicativo do médico no momento de comunicar o diagnóstico para o paciente. Porém, há poucos estudos que apontam a importância de compreender a forma como o paciente percebe a doença na hora de comunicar o diagnóstico.

Com base nas ideias expostas, o presente estudo teve como objetivo examinar a percepção de médicos e de pacientes com câncer sobre a comunicação referente aos sintomas, causas da doença, duração, consequências, controle pessoal e do tratamento, compreensão e sentimentos dos pacientes sobre o seu diagnóstico.

## MÉTODO

### Delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento observacional transversal e de comparação de grupos médicos x pacientes (Creswell, 2010).

### Participantes

Participaram desse estudo 68 pacientes adultos, homens e mulheres, com idade entre 23 e 79 anos, com diagnóstico de diversos tipos de câncer e em diferentes estágios da doença. Também participaram 58 médicos, homens e mulheres que trabalhavam diretamente com pacientes

oncológicos há no mínimo um ano e com idade entre 27 e 64 anos, grande parte deles com especialização em oncologia (n=45).

A seleção da amostra se deu através da técnica da bola de neve, com divulgação via redes sociais (Facebook e LinkedIn) e email (Baltar & Brunet, 2012). Segundo esses autores, a técnica bola de neve utilizando redes sociais tem vantagens como a expansão geográfica da amostra e o aumento do seu tamanho em amostras não probabilísticas. Além disso, o fato de que através das redes sociais o participante pode acessar o perfil do pesquisador faz com que aumente seu grau de confiança na pesquisa.

Foram convidados a participar pacientes acima de 18 anos, que possuíam diagnóstico conclusivo de câncer nos últimos cinco anos e que tinham conhecimento sobre seu diagnóstico. Os médicos que foram convidados eram oncologistas. Como critério de inclusão dos profissionais, eles deveriam ter experiência de pelo menos um ano no atendimento a pacientes com câncer.

#### Instrumentos

Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes: fornecidos através de autorrelatos, investigando aspectos relacionados à idade do paciente, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

Questionário dos dados sociodemográficos dos médicos: levantou dados sobre idade, sexo, especialidade, tempo de atuação profissional na Instituição e carga horária de trabalho.

Questionário das Percepções das informações fornecidas no diagnóstico - versão paciente e profissional: instrumento elaborado por Altenhofen (2015), desenvolvido para avaliar a percepção do paciente em relação à comunicação do médico sobre a doença cardíaca, considerando as dimensões do MSC (Identidade; Causas; Consequências;

Controle pessoal; Duração; Coerência; Representação emocional) e adaptado, neste estudo, para avaliar a percepção do paciente em relação à comunicação do médico sobre o câncer. Esse instrumento contém nove questões que compreendem respostas de sim e não, referentes à comunicação por parte dos médicos, as quais investigam: informações sobre a sintomatologia, causas, duração, consequências, controle pessoal, efetividade do tratamento, entendimento da doença e sentimentos do paciente em relação à sua doença. Neste estudo, foi excluída a questão sobre quem informou o diagnóstico, constando então, oito questões.

#### Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética [nome omitido para evitar identificação]. Foram adotados os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos seguindo a resolução nº 466/12 e a resolução de Ética em Pesquisa para Ciências Humanas e Sociais de 06 de abril de 2016.

#### Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados se deu através de um formulário on-line, tanto com pacientes quanto com médicos. Inicialmente, o convite para participação na pesquisa foi divulgado na página do grupo de pesquisa [nome omitido] e também foi divulgado através de e-mails de contatos pessoais dos pesquisadores envolvidos. Era solicitado que as pessoas divulgassem o link para participação da pesquisa entre os seus contatos e em seus perfis nas redes sociais (amostragem de bola de neve) (Baltar & Brunet, 2012). A pesquisadora também fez contato direto com Organizações não-governamentais de pacientes com câncer para convidar pacientes a participar da pesquisa.

O convite para participação continha um link que levava a um formulário google docs, onde tinha disponível o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e, em seguida, os instrumentos a serem respondidos. Os participantes através do TCLE foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, além de ter um esclarecimento nesse termo sobre o caráter voluntário da participação e garantia de sigilo dos dados de identificação. A partir disso, os pacientes e profissionais que concordaram participar da pesquisa clicavam em concordar com a participação online, e, logo após o TCLE, responderam os instrumentos no mesmo formulário. O tempo médio estimado para preenchimento dos questionários era de 20 minutos.

#### Análise de dados

Todos os dados obtidos através dos instrumentos foram tabulados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0. Foram realizadas análises descritivas dos dados sociodemográficos e do questionário sobre comunicação (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher para comparar as respostas sobre a comunicação do diagnóstico de médicos e pacientes e teste. Para todas as análises foram utilizados um valor de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

#### Dados sociodemográficos da amostra e cálculo de tamanho amostral

Dos 58 médicos, 47 (81%) eram homens, 21 (36,2%) eram do estado do Rio Grande do Sul, 115 (25,9%) do estado de São Paulo e os demais 22 (37,9%) de outros estados do Brasil. Em termos de formação, 12 (20,7%) tinham mestrado e outros 12 (20,7%) tinham doutorado. Apenas um dos participantes era residente. A idade média dos médicos participantes foi de 42 anos (DP= 8,06), o tempo médio de prática profissional foi de 15,98 anos (DP = 8,77) e de atuação em oncologia de 12,21 anos (DP = 8,68). O

maior tempo de prática profissional na oncologia foi de 42 anos.

Dos 68 pacientes, apenas 11 (16,2%) eram homens. Grande parte deles ( $n=40$ , 58,8%) eram residentes no Rio Grande do Sul, seguido por 13 (19,1%) de São Paulo e 15 (22,1%) de outros estados. Quanto à escolaridade, 21 (30,9%) tinham apenas o ensino fundamental, 11 (16,2%) o ensino médio e 36 (52,9%) tinham ensino superior. Os pacientes tinham idade média de 50,09 anos (DP= 13,35), sendo que o paciente mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 79 anos. Os diagnósticos com maior frequência foram câncer de mama (60,3%), câncer de colo de útero (7,4%), câncer de intestino (5,9%) e câncer de pâncreas (4,4%) e demais tipos de câncer (22%). Para a análise estatística os tipos de câncer foram agrupados em: 1) câncer de mama (60,3%); 2) Câncer gastrointestinais (10,6%) e 3) outros tipos de câncer (29,1%). Na tabela 1 encontra-se outras informações sociodemográficas da amostra.

Buscando totalizar as respostas sobre as percepções das informações fornecidas no diagnóstico, foi realizado um agrupamento das respostas de cada categoria, obtendo-se desta forma uma única variável representando a totalização. No instrumento, para todas as oito questões foram obtidos os totais de respostas positivas e uma segunda totalização referente às respostas negativas e estes resultados foram comparados entre grupos de profissionais e pacientes. No grupo dos profissionais, das 464 respostas computadas, 94,6% ( $n=439$ ) foram "sim" [ou seja, relataram que prestam a informação], enquanto que, em apenas 5,4% ( $n=25$ ) das respostas foi relatada a não informação (não). Em relação ao grupo dos pacientes, das 544 respostas computadas em 73,3% ( $n=399$ ) delas os pacientes confirmaram que recebiam as informações, enquanto que, em 26,7% ( $n=145$ ) das repostas os pacientes relataram que não recebiam informações. De acordo com o resultado do teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2_{21}=18,323$ ,

$p < 0,001$ ) e assumindo-se um nível de significância de 5% e uma poder amostral de 80%, o número mínimo a ser investigado poderia ser de 108 casos, distribuídos de forma igual entre os dois grupos (profissionais e pacientes, ou seja  $108/2=54$ ). Ou seja, para a questão geral (totalização) o tamanho de amostra considerado neste estudo mostrou-se adequado para reproduzir com robustez e confiança as decisões estatísticas referentes ao teste Qui-quadrado de Pearson (ou Exato de Fisher).

Percepções sobre as informações dadas no diagnóstico a partir das dimensões do MSC

Houve diferenças significativas em praticamente todas as dimensões do MSC, o que sugere diferenças entre as percepções de médicos e pacientes em relação a comunicação. Conforme mostra a tabela 1, a percepção dos pacientes é que, em geral, o médico, no momento do diagnóstico, não comunicou sobre as dimensões da percepção da doença (sintomas, causas, duração, consequências, controle pessoal, controle do tratamento, compreensão). No que se refere à representação emocional, há uma diferença marginalmente significativa entre os grupos, ou seja, é a dimensão em que as percepções dos dois grupos estão mais próximas.

TABELA 1.

Frequência, porcentagem e valor de p dos resultados das percepções de médicos e pacientes a respeito da comunicação do diagnóstico

Informação e investigação		Médicos (n=58)		Pacientes (n=68)		p
		n	%	n	%	
Sintomas (identidade)	Sim	58	100	52	76,5	0,000 <sup>A</sup>
	Não	0	0	16	23,5	
Causas	Sim	56	96,6	41	60,3	0,000 <sup>A</sup>
	Não	2	3,4	27	39,7	
Duração da doença	Sim	52	89,7	42	61,8	0,000 <sup>B</sup>
	Não	6	10,3	26	38,2	
Consequências	Sim	55	94,8	54	79,4	0,012 <sup>A</sup>
	Não	3	5,2	14	20,6	
Controle Pessoal	Sim	58	100	58	85,3	0,002 <sup>A</sup>
	Não	0	0	10	14,7	
Controle tratamento	Sim	58	100	59	86,8	0,004 <sup>A</sup>
	Não	0	0	9	13,2	
Coerência/ Compreensão	Sim	57	98,3	51	75	0,000 <sup>A</sup>
	Não	1	1,7	17	25	
Representação emocional	Sim	45	77,6	42	61,8	0,056 <sup>B</sup>
	Não	13	22,4	26	38,2	

A: Teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo)

B: Teste Qui-quadrado de Pearson

Comparações entre as Percepções sobre as informações dadas no diagnóstico e variáveis sociodemográficas

Foi encontrada diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) em relação à idade do médico e a tendência a informar as causas da doença ao paciente, em que o grupo de profissionais que informam sobre as causas da doença era mais jovem (média=41,4 anos, DP=8,4) quando comparados aqueles que não informam (média=57,0; DP=1,0 anos). Este dado reflete que quanto mais elevada a

idade do médico, menos informações em relação as causas da doença eles fornecem, de acordo com a percepção dos médicos.

No grupo de pacientes, foi possível verificar diferenças significativas referentes à percepção de pacientes com câncer de mama em relação à não comunicação dos sintomas da doença. 14 (87,5%) dos 16 casos que relataram não terem sido comunicados sobre os sintomas eram de mulheres com câncer de mama ( $p < 0,05$ ).

Esse tipo de câncer também prevaleceu no relato sobre não comunicação das causas, 22 casos (81,5%) [ $p < 0,05$ ]; e no controle pessoal em relação a doença, em que 100% (10) dos pacientes que relataram a não comunicação sobre como pode controlar a doença também apresentavam câncer de mama [ $p < 0,05$ ]. Em relação à escolaridade, o relato de ter recebido informações esteve associado ao Ensino Superior, 32 (61,5%), enquanto que o grupo que informou não ter recebido informações a associação ocorreu com o Ensino Médio, 3 (18,8%), e Ensino Fundamental, 9 (56,2%), e a diferença foi significativa ( $p < 0,05$ ). Na questão que corresponde à comunicação sobre as consequências da doença, a diferença significativa ( $\chi^2_{\text{Fisher}}=5,601$ ;  $p=0,045$ ) na comparação com a instrução apontou que os pacientes que confirmaram ter recebido a informação mostraram-se associados ao Ensino Superior, 59,3% ( $n=32$ ), enquanto que aqueles que relataram não ter recebido a informação a associação ocorreu com o Ensino Fundamental, 57,1% ( $n=8$ ).

Em relação às causas, verificou-se que os pacientes que relataram não ter recebido informação ( $\chi^2=8,411$ ;  $p=0,015$ ) mostraram-se associados ao câncer mama, 81,5% ( $n=22$ ), enquanto que no grupo que confirmou ter recebido informação a associação ocorreu com os tipos de câncer abdominal, 19,5% ( $n=8$ ), e outros tipos, 34,1% ( $n=14$ ).

Sobre os sintomas, a associação significativa ( $\chi^2_{\text{Fisher}}=6,130$ ;  $p=0,042$ ) foi novamente entre a resposta negativa e o câncer mama, 87,5% ( $n=14$ ), enquanto que aqueles que relataram ter recebido a informação a associação correu com os tipos de câncer abdominal, 17,3% ( $n=9$ ), e outros tipos, 30,8% ( $n=16$ ). Em relação ao controle pessoal, novamente a percepção de não ter recebido informações ficou associado aos pacientes que têm câncer de mama ( $\chi^2_{\text{Fisher}}=6,963$ ;  $p=0,020$ ).

## DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a percepção de médicos que atuam na oncologia e de pacientes com câncer sobre a percepção da do a partir das dimensões: identidade, causas, consequências, duração, coerência e representação emocional; identificadas na comunicação do seu diagnóstico. O principal achado deste estudo identificar que as percepções de médicos e pacientes se mostraram diferentes, demonstrando que há discrepâncias entre a forma com que os médicos percebem sua própria comunicação e como os pacientes a percebem. Pacientes e médicos diferem em relação à forma como eles entendem a doença e o tratamento e também a respeito do que lembram das conversas em suas consultas com os pacientes, quais informações ele passou (Paschali, Hadjulis, Papadimitriou, & Karademas, 2015).

Diante desse resultado, pode-se pensar em duas hipóteses para ajudar na compreensão desses resultados: 1) O paciente não reconhece que as informações sobre a doença foram fornecidas pelo médico por falta de entendimento ou elas não tiveram impacto nas suas crenças por uma falha de comunicação; 2) Os médicos, por desconhecerem as dimensões da percepção da doença e por limitações em relação à comunicação profissional-paciente, acabam não conseguindo transmitir de forma eficiente informações importantes sobre o diagnóstico e tratamento.

Com base na primeira hipótese, pode-se dizer que a forma como os indivíduos compreendem a sua doença está relacionada com suas experiências pessoais e coletivas. A forma como a pessoa irá adotar medidas para reduzir riscos à saúde são influenciadas pela sua subjetividade ou pelo senso comum que têm a respeito de determinada doença (Leventhal, Brisette, & Leventhal, 2003). A partir dos resultados deste estudo, nota-se que os pacientes não percebem que os médicos comunicam de forma efetiva sobre as causas, sintomas,

duração, consequências e a compreensão que eles têm sobre sua doença. Desta forma, para que a comunicação seja mais efetiva, a prática médica necessita de maior compreensão da realidade do paciente, requer o entendimento das necessidades de saúde além dos aspectos biomédicos. Para que médicos e pacientes possam estabelecer um diálogo efetivo é importante que a comunicação não esteja apenas focada em informações específicas sobre a doença e tratamento, mas interessada também nas crenças dos pacientes sobre ela, nos seus hábitos de vida, nos significados e experiências de saúde, doença e cuidado que cada um deles tem (Moura, 2012).

As dificuldades estão desde questões relacionadas à falta de treinamentos sobre habilidades de comunicação durante o curso de medicina até a comunicação baseada fundamentalmente em conceitos biomédicos (Moura, 2012). Essa dificuldade na comunicação também acontece por parte dos pacientes, pois para que o médico tome decisões mais precisas sobre o curso do tratamento, as informações fornecidas pelos pacientes são essenciais, porém nem sempre os pacientes relatam informações que reflitam seus sintomas e preocupações, levando a uma tomada de decisões insatisfatória (McDonald, 2016).

As discrepâncias na comunicação encontradas nesse estudo podem ocorrer também devido às informações fornecidas pelos pacientes, pois nem sempre eles relatam informações que refletem seus sintomas e preocupações, levando a uma tomada de decisões e comunicação insatisfatória por parte do médico (McDonald, 2016). Isso reforça a ideia de que compreender as crenças e a percepção que o paciente tem a respeito do seu diagnóstico ajudará os médicos a compreenderem seus pacientes e suas crenças, que muitas vezes não correspondem à realidade de sua doença, contribuindo para o autocuidado e adesão ao tratamento desse paciente.

Neste estudo, pacientes com menor nível de escolaridade perceberam que os médicos não prestavam informações dos sintomas e consequências da doença, o que pode sugerir uma dificuldade de compreensão da linguagem utilizada pelos médicos ou uma dificuldade dos mesmos em comunicarem de uma forma que o paciente compreende o seu estado de saúde. Um estudo (Husson et al., 2013) encontrou resultado semelhante em relação à escolaridade, em que pacientes com maior escolaridade perceberam ter recebido mais informações que pacientes com menor escolaridade. Especificamente em relação ao tratamento e cuidado de pacientes com câncer, muitas vezes as informações não são transmitidas de forma satisfatória (McDonald, 2016). A maioria dos pacientes não apenas quer mais informações sobre seu diagnóstico e tratamento, mas também informações que possam compreender. O uso de termos técnicos biomédicos podem dificultar esse entendimento, portanto é essencial que os médicos possam traduzi-los numa linguagem conectada com a realidade do paciente, facilitando o entendimento do mesmo. A interpretação dos pacientes sobre a comunicação é o primeiro passo no processo de lidar com a doença. Uma forma de contribuir para o entendimento do paciente é a informação por escrito, pois é a complementação da verbal, podendo ser útil no aumento de conhecimento do paciente, assim como na capacidade de elaborar perguntas assertivas durante uma consulta (Iskandaryah et al., 2013).

Em relação à segunda hipótese levantada, de que os médicos por desconhecerem as dimensões da percepção da doença e por limitações em relação à comunicação profissional-paciente acabam não conseguindo transmitir de forma eficiente informações importantes sobre o diagnóstico e tratamento, pode-se compreender que talvez a informação tenha sido dada de maneira descontextualizada da realidade do paciente, não fazendo sentido



para ele. O nível de compreensão que um paciente tem sobre uma determinada doença depende do quanto as informações estão de acordo com as representações cognitivas e emocionais do sujeito (Phillips et al., 2012). Como o diagnóstico de câncer está relacionado ao medo da morte e do sofrimento, a abordagem deste tema é algo difícil tanto para pacientes quanto para médicos. Porém é papel dos médicos verificar o entendimento do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento. A provisão de informações é um dos principais elementos de apoio e cuidado durante o tratamento da doença. No entanto, as informações fornecidas pelos profissionais de saúde frequentemente não atendem às necessidades dos pacientes (Iskandarsyah et al., 2013).

Nota-se que, cada vez mais, os pacientes desejam ser ativos na construção do tratamento, fazendo com que as decisões sejam compartilhadas por ele e pelo seu médico. Isso significa que o profissional poderá utilizar uma abordagem com o paciente em que tenha como objetivo informar todos os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e deixando o paciente fazer escolhas sobre as melhores opções. De acordo com McDonald (McDonald, 2016), este tipo de abordagem tem benefícios não apenas para pacientes e profissionais, mas para o sistema de saúde como um todo, pois aumenta o conhecimento do paciente sobre a doença e tratamento, promove a autonomia e reduz a ansiedade.

Quanto mais o paciente compreender sobre o seu diagnóstico, bem como as suas consequências, mais realista será sua percepção sobre sua doença, possibilitando encontrar melhores alternativas para enfrentá-la (Leventhal et al., 2003). Portanto, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades de cada paciente, considerando as suas habilidades, valores, percepção da doença e emoções. As necessidades dos pacientes com câncer

vão além das informações sobre o tratamento, abrangendo questões de bem-estar psicossocial que muitas vezes não são discutidos com seus médicos (Husson et al., 2013). Desta forma, o ajustamento das consequências das crenças sobre o diagnóstico de câncer pode proporcionar uma maior adesão ao tratamento e sentimento de acolhimento.

Com relação à atribuição causal do câncer, para a maioria dos tipos de câncer os pacientes não têm clara sua etiologia, especialmente pacientes com idade avançada e baixa escolaridade (Zhang et al., 2016). No Brasil, um estudo com mulheres com câncer de mama (Carolina, Peuker, Armiliato, De Souza, & De Castro, 2016) mostrou que as mulheres tendem a atribuir o câncer de mama a causas emocionais, culpabilizando-se pela doença. Assim, o papel do médico é essencial no sentido de informar as possíveis causas do tipo de câncer de cada paciente para que não contribua para o surgimento de percepções desajustadas sobre a doença.

A dimensão duração está relacionada às representações em relação ao tempo de desenvolvimento, evolução e duração da doença (Leventhal et al., 2003), em especial se é aguda ou crônica. Assim, é importante que os pacientes entendam que o câncer é uma doença crônica que requer cuidados. Isso é importante para a mudança de hábitos de saúde, pois se eles pensarem que a doença é aguda, poderão se cuidar apenas quando sentirem algum sintoma.

Com relação à identidade ou sintomas da doença, no caso do câncer, é comum que sintomas da doença e do tratamento sejam confundidos, uma vez que a quimioterapia gera muitos efeitos colaterais (Castro et al., 2016). Portanto, é importante que o médico explique o que são os sintomas do câncer e os efeitos colaterais do tratamento a fim de uma maior compreensão do paciente sobre seu estado de saúde.

Em relação ao controle doença, ou o quanto o paciente acredita que pode controlar ou curar a sua doença e o quanto o tratamento pode ser eficaz no controle e cura da doença (Moss-Morris et al., 2002), é imprescindível que o médico deixe claro o que a pessoa pode fazer para sua própria recuperação, o quanto o tratamento é eficiente e quais suas limitações. Também se faz necessário desmitificar a crença de que o próprio paciente 'causou' o câncer e, portanto, ele mesmo pode 'tirá-lo' (Carolina et al., 2016). Pacientes que acreditam no seu controle pessoal mostraram uma melhor compreensão de sua doença e foram menos afetados emocionalmente por ela (Iskandarsyah et al., 2013).

As consequências referem-se às representações atribuídas aos possíveis efeitos da doença na vida do paciente, sejam eles, físicos, sociais, econômicos ou emocionais (Leventhal et al., 2003). Informar ao paciente sobre as possíveis consequências da doença e do tratamento e verificar também as percepções dele acerca das suas representações pode ajudá-lo a ter uma visão mais adaptada da sua realidade. As consequências dizem respeito, inclusive, ao pior desfecho: o medo da morte. Nem sempre os pacientes querem saber e falar sobre isso. Portanto, a evidência de discrepâncias nas percepções de médicos e pacientes sobre as consequências do diagnóstico do câncer mostra a necessidade de que sejam discutidas entre eles questões relacionadas ao prognóstico da doença, sentimentos despertados e possíveis planos de ação para que possa haver um melhor gerenciamento de sua condição (Paschali et al., 2015).

#### Considerações finais

A partir dos resultados deste estudo, foi possível compreender que as percepções sobre a comunicação de médicos e pacientes divergem bastante. Enquanto os médicos acreditam que informam aos pacientes sobre o câncer, os pacientes não percebem desta maneira.

Através de perguntas simples, é possível ajudar profissionais da saúde a identificar as crenças dos pacientes no intuito de ter uma comunicação mais eficaz: o que é isto, o que tenho? (identidade); qual a causa? (causas); quanto tempo durará? (duração); qual será o resultado? (consequências), o que poderei fazer para melhorar? (cura/controle), e como me sinto em relação à doença? (Pereira & Roios, 2011). Estas perguntas, baseadas no MSC, ajudarão o profissional a conhecer as crenças que podem limitar a adaptação do paciente à sua doença, assim como, possibilitar uma nova representação a partir de informações fornecidas pelo médico.

Este estudo apresenta algumas limitações, e uma delas é em relação à falta de controle de seleção da amostra (técnica de bola de neve, coleta de dados online). Além disso, como as informações sobre a comunicação se referiam ao diagnóstico do câncer, e alguns pacientes já estavam diagnosticados há bastante tempo, pode ter havido um viés de memória sobre como ocorreu de fato a comunicação. Nesse sentido, em futuros estudos, seria importante coletar os dados dos pacientes logo após as consultas de diagnóstico do câncer. Outra possível limitação é o fato de que os pacientes não estavam, necessariamente, avaliando os médicos que participaram da pesquisa ao responderem as perguntas. Contudo, esse mesmo aspecto pode ter sido positivo no sentido de que os pacientes podem ter se sentido mais livres para responder o que pensam ao saber que a coleta de dados era online e que seu próprio médico não teria acesso aos seus comentários, diferentemente do que ele poderia pensar caso a coleta de dados ocorresse dentro de uma instituição de saúde.

Apesar dessas limitações, os resultados desse estudo são relevantes ao mostrar as dimensões (sintomas, causas, controle, consequências, compreensão, emoções) que são importantes de serem comunicadas

no diagnóstico e o quanto as percepções sobre a comunicação médico-paciente parecem estar distantes. Entende-se que é essencial que a comunicação entre profissionais da saúde e paciente seja continuamente avaliada, a fim de promover melhores resultados em relação ao tratamento, bem como qualidade de vida e bem-estar.

#### REFERENCIAS

- Adán, J. C. M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Herrero, M. G., & Ruiz-López, P. (2008). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 94–100.
- Altenhofen, V. (2015). A Percepção da Doença em indivíduos cardíacos e sua relação com a comunicação do diagnóstico. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57–74. <http://doi.org/10.1108/10662241211199960>
- Bianchini, D. (2015). A comunicação em oncologia e a percepção da díade profissional-paciente: uma compreensão psicanalítica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Carolina, A., Peuker, W. B., Armiliato, M. J., De Souza, L. V., & De Castro, E. K. (2016). Performance analysis of OFDM modulation on indoor broadband PLC channels. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 29(4). <http://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>
- Castro, E. K. de, Lawrenz, P., Romeiro, F., Lima, N. B. de, Haas, S. A., Castro, E. K. K. de, ... Haas, S. A. (2016). Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(3), 1–6. <http://doi.org/10.1590/0102-3772e32324>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed/Bookman.
- Donovan, H. S., Hartenbach, E. M., & Method, M. W. (2005). Patient-provider communication and perceived control for women experiencing multiple symptoms associated with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 99(2), 404–411. <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.06.062>
- Frenkel, M., & Cohen, L. (2014). Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1), 12–18. <http://doi.org/10.1089/acm.2012.0533>
- Gask, L., & Usherwood, T. (2002). ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7353), 1567–9.
- Husson, O., Thong, M. S. Y., Mols, F., Oerlemans, S., Kaptein, A. A., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-Oncology*, 22(3), 490–498. <http://doi.org/10.1002/pon.3042>
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2013). Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 2999–3007. <http://doi.org/10.1007/s00520-013-1877-5>
- Leventhal, H., Brisette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of

- self-regulation of health and illness. In *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health treats. In Hillsdale (Ed.), *Handbook of psychology and health* (pp. 45–59). New Jersey.
- Mcdonald, A. (2016). *A long and winding road Improving communication with patients in the NHS. Marie Curie: Care and Support through Terminal Illness*. England, UK.
- Moore, P., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochane Database of Sitematic Reviews*, (3). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <http://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Moura, J. . (2012). *Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico*. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo*.
- Paschali, A. A., Hadjulis, M., Papadimitriou, A., & Karademas, E. C. (2015). Patient and physician reports of the information provided about illness and treatment: what matters for patients' adaptation to cancer during treatment? *Psycho-Oncology*, 24(8), 901–909. <http://doi.org/10.1002/pon.3741>
- Pereira, M. G., & Roios, E. (2011). Crenças e ajustamento psicossocial à doença crónica. *Psicologia Na Actualidade*, 3, 36–47.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17(2), 244–257. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x>
- Postolica, R., Iorga, M., Petrariu, F. D., & Azoicai, D. (2017). Cognitive-Behavioral coping, illness perception, and family adaptability in oncological patients with a family history of cancer. *BioMed Research International*, 2017, 1–11. <http://doi.org/10.1155/2017/8104397>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología Desde El Caribe*, 25, 56–83.
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K. K., Tsang, J., Lee, V., ... Lam, W. W. T. (2016). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1295–1304. <http://doi.org/10.1007/s00520-015-2914-3>