



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO
(Hospital Real Militar e Ultramar-1769)**

LUIZA VIEIRA XAVIER

**A PERCEÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA**

Rio de Janeiro

2024

LUIZA VIEIRA XAVIER

**A PERCEÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE EM
UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Hospital Central do Exército como requisito parcial para a conclusão do *Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia*.

Orientadora: Ma. Luiza Medina Tavares

Coorientador: Esp. Jeferson Nascimento dos Santos

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA

X3A Xavier, Luiza Vieira.

A percepção dos pacientes sobre o processo de comunicação em saúde em um ambulatório de oncologia/ Luiza Vieira Xavier. – Rio de Janeiro, 2024.

43p

Orientadora: Luiza Medina Tavares.

Coorientador: Jeferson Nascimento dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Oncologia Hospital Central do Exército, Divisão de Ensino e Pesquisa, 2024.

Referências: f.43.

1. COMUNICAÇÃO. 2. ONCOLOGIA. 3. SAÚDE. I. Luiza Vieira Xavier II. Hospital Central do Exército. III. A percepção dos pacientes sobre o processo de comunicação em saúde em um ambulatório de oncologia.

CDD 353.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Assinatura Luiza Vieira Xavier

Data 28 de fevereiro de 2024

NOME : Luiza Vieira Xavier



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML 1ºRM
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO
(Hospital Real Militar e Ultramar)(1769)

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

EB: 64574.004982/2024-72

Aos 07 dias do mês de fevereiro de 2024 reuniu-se a banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Residência de LUIZA VIEIRA XAVIER, apresentado como requisito parcial de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército, intitulado "A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA". Compuseram a banca examinadora os professores Me. LUIZA MEDINA TAVARES (orientadora), Me. LUDMILLA EUGÊNIO DE SOUZA GUSMÃO CAVALCANTI (avaliador 1), Me. ANDREIA MARTINS DA COSTA RIBEIRO (avaliador 2). Após a arguição da discente, os componentes da banca reuniram-se reservadamente e decidiram por:

- APROVAR, com conceito Exclente, o trabalho de conclusão de residência.
- NÃO APROVAR, com conceito _____, o trabalho de conclusão de residência.
- APROVAR COM RESTRIÇÕES, com conceito _____, o trabalho de conclusão de residência. Dessa forma, a aluna se compromete a realizar as correções indicadas pelos membros da banca, bem como a orientadora se compromete a verificar se as alterações foram devidamente realizadas.

E, nada mais havendo a registrar, lavro o presente documento que segue por todos os membros assinado.

Presidente (orientador): Luiza Medina Tavares

Co-orientador: Jeerson Nascimento da Costa

Avaliador 1: Andréia Martins da Costa Ribeiro

Avaliador 2: Andréia Martins da Costa Ribeiro

Residente: Luiza Vieira Xavier

Dedico este trabalho à Liria e Wallace, por me ensinar a não esquecer o valor de um trabalho humanizado e com autonomia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais, Odete e Alvaro, pelo apoio ao longo destes 26 anos. Continuo afirmando a importância de ter aprendido com vocês sobre disciplina, lealdade, o valor da educação, mas o mais importante: apreciar a vida mesmo em meio aos imprevistos. Agradeço de maneira especial ao meu cachorro, Zeus, por ser o melhor parceiro que alguém poderia ter na vida. Tenho aprendido muito sobre amor genuíno todos os dias com ele.

Agradeço aos meus amigos, que vivenciaram não só essa jornada, mas muitas outras e mesmo em meio às turbulências, permaneceram ao meu lado todo esse tempo. Em especial aos laços feitos ao longo do programa, Danielle e Andressa, pela amizade sincera e leal que tornou os dias mais divertidos em meio ao caos. Agradeço ao soldado Claubert por todas as vezes que precisei de ajuda e ela nunca foi negada. Você realmente é o soldado da multi!

Agradeço a todos os pacientes que passaram por mim, sobretudo aqueles que participaram desta pesquisa. Não poderia deixar de mencionar P. por me ensinar o valor da assistência multiprofissional. Agradeço à minha orientadora e coordenadora de categoria, Luiza Medina e ao meu coorientador e preceptor, Jeferson Nascimento, não apenas pelo suporte técnico viabilizado, mas por todo afeto proporcionado a mim ao longo destes dois anos.

Agradeço ao Patrick, por ter me acolhido nesse final tão conturbado: eu jamais irei esquecer esses dias.

A doença é apenas uma parte da biografia de um
paciente (*Ana Cláudia Q. Arantes, 2023*).

RESUMO

XAVIER, Luiza Vieira. **A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA.** 2024. 44p. Monografia. (Especialização em Oncologia) – Hospital Central do Exército. Rio de Janeiro, 2024

O debate a respeito da comunicação no contexto da saúde, sobretudo das habilidades dos profissionais com os usuários, percorre a literatura há anos, apontando um problema crônico na construção de uma assistência de cuidado humanizada. Uma comunicação eficaz com o paciente é fundamental para fortalecer a relação profissional-paciente e pode ter aspectos terapêuticos que, em algumas situações, são tão cruciais quanto os tratamentos farmacológicos disponíveis, especialmente em casos de pacientes com câncer. Em geral, abordar o tema do câncer continua sendo um desafio devido ao estigma associado ao diagnóstico. Diante deste cenário, esta pesquisa teve como principal objetivo analisar, a partir da perspectiva de pacientes com câncer, o processo de comunicação com a equipe de saúde no ambulatório de oncologia. Neste estudo, foram empregadas entrevistas semi-estruturadas como método de coleta de dados, permitindo uma abordagem mais flexível e aprofundada das experiências dos participantes. A análise dos dados obtidos foi conduzida utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados encontrados demonstraram que a comunicação no ambiente ambulatorial é atravessada por diversas barreiras, sobretudo acerca das habilidades em comunicação entre profissionais e usuários no momento de assistência. Estas dificuldades perpassam, principalmente, pelo uso inadequado de linguagem e falta de acolhimento no momento de assistência. Foi observada a dificuldade da comunicação intersetorial, sobretudo em situações de emergência, o que evidencia que o cuidado com o paciente oncológico é integral e intersetorial. Evidenciou-se o aspecto paternalista e evitativo daquele que fala de um lugar de assistência, dificultando o favorecimento de autonomia dos pacientes diante de seus adoecimentos, tendo como consequência o silenciamento destes sujeitos.

Palavras-chaves: Comunicação. Oncologia. Saúde

ABSTRACT

The debate regarding communication in the context of healthcare, especially regarding the skills of professionals with patients, has been present in the literature for years, pointing to a chronic problem in building humanized care assistance. Effective communication with the patient is fundamental to strengthen the professional-patient relationship and can have therapeutic aspects that, in some situations, are as crucial as the available pharmacological treatments, especially in cases of cancer patients. Generally, addressing the topic of cancer remains a challenge due to the stigma associated with the diagnosis. Given this scenario, this research aimed to analyze, from the perspective of cancer patients, the communication process with the healthcare team in the oncology outpatient clinic. In this study, semi-structured interviews were employed as a data collection method, allowing for a more flexible and in-depth approach to the participants' experiences. The analysis of the obtained data was conducted using Bardin's content analysis technique. The results showed that communication in the outpatient setting is permeated by various barriers, especially regarding communication skills between professionals and users at the time of care. These difficulties mainly stem from the inappropriate use of language and lack of support at the time of care. The difficulty of intersectoral communication was observed, especially in emergency situations, which highlights that care for oncology patients is comprehensive and intersectoral. The paternalistic and avoidance aspect of those who speak from a place of assistance was evident, hindering the promotion of patients' autonomy in the face of their illnesses, resulting in the silencing of these individuals.

Keywords: Communication. Oncology. Health.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	42

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A palavra comunicação, de acordo com o pesquisador Maurício Liesen (2015) teve sua primeira aparição em português catalogada no século XV e tem sua origem na palavra latina *communio*, oriunda da mesma palavra comunhão, assinalado no século XIII como comoyon. Segundo o autor, os dicionários da língua portuguesa moderna, por volta dos anos de 1712 e 1728, já havia a separação latina entre os termos comunhão e comunicação - *communio e communicatio*. Dentre as interpretações mais comuns, a comunicação refere-se à habilidade ou processo de intercâmbio de pensamentos, sentimentos, ideias ou informações através da fala, gestos e imagens. Assim, ao contemplar as diversas conotações válidas para o termo comunicação, o contexto utilizado nesta pesquisa abrange a dinâmica do diálogo, onde duas pessoas dialogam, compartilham ideias e informações (Hohlfeldt, 2007).

A comunicação e a informação não são termos com mesmo significado. A informação é considerada uma componente do processo de comunicação, representando o seu conteúdo. O sentido etimológico de "informar" implica em "dar forma a". Portanto, o termo informação se refere principalmente à materialidade, ou seja, à organização dos elementos materiais ou códigos por uma consciência. Por outro lado, "comunicação" abrange o processo completo que envolve duas ou mais consciências. É inegável que a comunicação não pode ocorrer sem a presença de informação.

De acordo com a OMS (2021) a comunicação eficaz em saúde fornece informações credíveis e confiáveis que são acessíveis, compreensíveis e acionáveis para aqueles que são o público-alvo. A interação humana se manifesta através de dois principais modos de comunicação: verbal e não-verbal. A comunicação verbal compreende a expressão discursiva, seja oral ou escrita, utilizada para transmitir mensagens, ideias ou estados emocionais. Por sua vez, a comunicação não-verbal consiste em formas de expressão não discursivas, transmitidas por meio do corpo, objetos associados a ele e produtos da habilidade humana. Enquanto a comunicação verbal é consciente e intencional, o comportamento não-verbal pode surgir como uma reação involuntária ou como um ato comunicativo intencional.

É válido destacar que a comunicação verbal por si só não é suficiente para garantir a eficácia do processo comunicativo (Silva, 2002). A comunicação verbal atua diretamente na transmissão de informações referentes ao diagnóstico, tratamento e prognóstico e é

complementada pela comunicação não-verbal, como por exemplo o médico olhar nos olhos, a escuta ativa, e o acolhimento. Uma comunicação eficaz com o paciente é fundamental para fortalecer a relação médico-paciente e pode ter aspectos terapêuticos que, em algumas situações, são tão cruciais quanto os tratamentos farmacológicos disponíveis, especialmente em casos de pacientes com câncer.

Em geral, abordar o tema do câncer continua sendo um desafio devido ao estigma associado ao diagnóstico. Persistem crenças e preconceitos sobre a doença, muitas vezes relacionando-a à ideia de terminalidade e sofrimento, apesar de o prognóstico variar de pessoa para pessoa e de nem sempre a enfermidade ser fatal. Neste caso, considera-se a comunicação sobre o câncer uma comunicação de má notícia. De acordo com Araújo e Leitão (2012) uma má notícia ou notícia difícil é caracterizada como qualquer informação que represente uma alteração significativa na perspectiva futura, tendo uma conotação negativa. A comunicação de notícias difíceis pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamentos.

Diante do cenário complexo de adoecimento do sujeito, é comum que o profissional de saúde, sobretudo os médicos, tema que a revelação do diagnóstico ou até mesmo aprofundar-se na temática da doença com o usuário piore seu estado emocional, mesmo que seja desejo desse sujeito saber sobre seu estado de saúde. Esta lógica histórica, onde o saber-médico sobrepõe-se ao saber do paciente é conhecida como uma postura paternalista, sendo ainda uma realidade no cenário de assistência à saúde (Junqueira, 2007).

Atualmente, diversas políticas (PNH 2012, Brasil 2021) contrapõem este modelo de assistência biomédico, em que a centralidade do cuidado está voltada para a doença e retornam o olhar para o usuário. Nas políticas públicas de humanização, o cuidado é orientado com ênfase no estabelecimento de vínculo, a partir de uma comunicação efetiva, priorizando uma assistência singularizada. É neste processo que se pretende promover a autonomia e o protagonismo do sujeito ao longo de seu processo de tratamento. Diante desta nova realidade, o quanto conseguimos superar os antigos modelos de assistência em saúde, em que a comunicação afetiva e efetiva não era praticada e conseguimos colocar em prática novas perspectivas de assistência humanizada? O impacto do sofrimento causado por uma má notícia pode ser diminuído quando o médico ou profissional de saúde demonstra consideração pelos sentimentos do paciente, disponibiliza tempo para responder às

perguntas e oferece um apoio contínuo, mesmo quando a cura não é mais uma possibilidade (Coyle e Sculco, 2003).

Ao longo destes dois anos, enquanto psicóloga residente no programa multiprofissional em oncologia, a questão da comunicação com o usuário sempre atravessou a minha prática profissional. Percebi neste processo de aprendizado pontos de entrave ao longo da assistência na oncologia e principalmente, um certo silenciamento dos desejos dos pacientes durante seus processos de tratamento. Apesar de observar investimento no cuidado técnico na assistência aos pacientes oncológicos, percebia que algo faltava nesta relação de cuidado. Percebia que faltava uma escuta, mas não apenas a escuta como um dos sentidos do corpo humano, faltava a escuta que envolve o afeto, o acolhimento, *o dar sentido para as relações*.

Qual o significado das relações entre profissional e paciente na assistência oncológica pelo olhar dos próprios pacientes? O que eles percebem em nós, profissionais, estando do outro lado da mesa, nos escutando falar sobre assuntos tão complexos, com nomes difíceis e que ao mesmo tempo falam sobre eles mesmos? O que fica para o paciente quando não há uma troca entre profissional e paciente? Onde eles podem se sentir acolhidos, senão no lugar de tratamento? Qual o nosso papel, enquanto profissionais, a partir da visão desses usuários? O que podemos mudar e melhorar para garantir uma assistência integral e humanizada? São questões como essas que percorreram o meu trajeto na residência e me orientaram na construção e realização desta pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, a partir da perspectiva de pacientes com câncer, o processo de comunicação com a equipe de saúde no ambulatório de oncologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a acessibilidade dos usuários às informações sobre sua doença e seu processo de tratamento;
- Analisar os aspectos de interação entre os profissionais de saúde e o paciente;
- Refletir sobre como os processos de comunicação dentro do ambulatório perpassam a subjetividade do paciente e os produtos resultantes dessa dinâmica.

3 PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

A Percepção Dos Pacientes Sobre O Processo De Comunicação Em Saúde Em Um Ambulatório De Oncologia

The Patients' Perception of the Communication Process in Health at an Oncology Outpatient Clinic

Luiza Vieira Xavier, Luiza Medina Tavares, Jeferson Nascimento dos Santos

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Artigo submetido à Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar em 26 de fevereiro de 2024

.

INTRODUÇÃO

O debate a respeito da comunicação no contexto da saúde, sobretudo das habilidades dos profissionais com os usuários, é discutido há anos no contexto acadêmico, apontando um problema crônico na construção de uma assistência de cuidado humanizada (Teixeira, 2004; Coriolano-Marinus et al., 2014). Essa discussão ganha ainda mais relevância diante da crescente complexidade das interações, em que a comunicação não se restringe apenas à transmissão de informações técnicas, mas também desempenha um papel crucial na construção de uma relação de confiança dentro do cenário de saúde, principalmente em cenário de diagnósticos complexos como é o caso do câncer.

O câncer é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, sendo esperados 704 mil casos entre os anos de 2023 e 2025. Dentre os tumores de maior incidência em contexto nacional, o de pele não melanoma encontra-se como o principal (31,3% do total de casos), seguido pelos tumores de mama feminino (10,5%) e próstata (10,2%). Com o avanço desenvolvimento de tecnologias, diversos tipos de tratamentos já estão disponíveis para intervenção, como a quimioterapia e a radioterapia, possibilitando diferentes combinações de abordagens frente às inúmeras manifestações desta doença (INCA, 2022).

Por tratar-se de uma doença multifacetada, o acompanhamento do usuário acometido pelo câncer perpassa por diversos setores da saúde. Dentre os diversos locais possíveis para assistência em saúde oncológica no cenário nacional, o ambulatório especializado ocupa um lugar importante nesta rede. No ambulatório, diferentes especialidades podem atuar a partir de seus saberes, contribuindo na resolução de casos clínicos, realizando consultas de rotina e acompanhamento ao usuário e sua rede de apoio (Brasil, 2010).

A comunicação do diagnóstico de câncer é tratada por pesquisadores (Soares e Polejack, 2016) como uma tarefa perturbadora, uma vez que as repercussões são consideradas desafiadoras para equipe interdisciplinar, sobretudo para os médicos que são responsáveis legais em diagnosticar a doença e indicar os tratamentos possíveis (Conselho Nacional de Medicina, 2009). A literatura destaca que profissionais da saúde diante de cenários de dificuldades de interação com usuários ou poucas possibilidades de intervenção, sentem-se fracassados e impotentes frente a impossibilidade de cura de uma doença. Outro fator existente é o medo de que o paciente piore com a notícia sobre seu quadro de saúde ou que não tenha estruturas psíquicas e emocionais para lidar com uma notícia ruim (Cancilieri et al., 2012 e Gilligan et al., 2017).

Por outro lado, diversos estudos (Paes, 2002, Guinelli et al., 2004, Kugbey et al.,

2019) apontam que o compartilhamento adequado de informações pode ajudar a reduzir o sentimento de isolamento e promover uma relação de cooperação entre médico e usuário, dependendo de como essas informações são compartilhadas entre eles. Atualmente, diversas políticas nacionais como a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003) e a Lei 14.238 (Brasil, 2021), garantem o acesso do usuário ao seu diagnóstico, normatizando o dever ético e legal do médico em transmitir a informação ao usuário acerca de seu cenário de saúde promovendo sua autonomia.

Para além destas atribuições, a comunicação constitui-se enquanto ferramenta essencial no contexto hospitalar, uma vez que, quando executada de maneira efetiva, assegura o fluxo correto de funcionamento dentro da instituição, assim como a segurança dos usuários e dos próprios profissionais envolvidos na rede de assistência (OMS, 2021). Desta forma, a comunicação adequada facilita a troca de informações relevantes sobre o estado de saúde dos pacientes, tratamentos em curso e outras questões cruciais que impactam diretamente na qualidade do atendimento, contribuindo significativamente para a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados.

Portanto, a presente pesquisa propõe-se a analisar o processo de comunicação entre a equipe de assistência do ambulatório em oncologia e os usuários assistidos, sob a perspectiva dos usuários. A escolha pelo ponto de vista dos usuários se deu, sobretudo, por buscar escutar esses sujeitos e dar voz sobre o eles têm a dizer sobre, justamente, terem sido escutados ou não ao longo dos seus tratamentos. Além disso, será investigado a acessibilidade às informações dos usuários sobre seus processos de tratamento, a interação entre os profissionais de saúde e os usuários, os aspectos de dificuldade na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde e por fim, avaliado de que forma o vínculo pode interferir na aderência ao tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um hospital geral militar no estado do Rio de Janeiro. As pesquisas qualitativas destacam-se ao enfatizar os significados relacionados a uma ampla variedade de fenômenos, partindo do princípio de que os significados estão intrinsecamente ligados às ações humanas, sejam elas individuais ou coletivas. De acordo com Minayo (2011), na análise quantitativa, o principal verbo em destaque é compreender e para isso, deve-se levar em conta a subjetividade do indivíduo.

Como critério de inclusão, participaram da pesquisa usuários que estivessem realizando acompanhamento em saúde no ambulatório de oncologia do hospital, não estivesse internado e fosse maior de 18 anos. Com o intuito de preservar a confidencialidade dos participantes, foram designadas siglas durante a análise, as quais correspondem aos números de identificação dos participantes (P1, P2, P3...) para cada entrevistado.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2023 e teve como principal ferramenta as entrevistas semi estruturadas, no intuito de explorar as experiências e perspectivas dos participantes em relação ao tema em estudo. Todo material foi gravado, transcrito na íntegra e tratado com a técnica da análise de conteúdo (Bardin, 1977). A principal função desta técnica é a análise de maneira crítica e aprofundada dos dados. Para isso, são propostas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, cada participante foi orientado acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo todos eles assinado o documento para participação da pesquisa. Além disso, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE 69603323.3.0000.5256, tendo sido aprovado pelo parecer número 6.166.920, de 06 de julho de 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa dez pacientes, totalizando nove mulheres e um homem com os seguintes diagnósticos de câncer: de mama (n=7) sendo uma participante com metástase óssea e pulmonar, de próstata (n=1), de cólon (n=1) e de estômago (n=1). As idades variaram entre 35 a 80 anos.

Com o objetivo de compreender a experiência e os significados atribuídos pelos pacientes de acordo com as suas experiências e vivências ao longo do processo de tratamento, os dados coletados foram divididos em quatro eixos temáticos, sendo eles: 1) Narrativas acerca do recebimento do diagnóstico de câncer; 2) Comunicar também é acolher; 3) Quem comunica o quê a quem? Da portaria ao consultório; 4) Sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: criando novas pontes.

Narrativas acerca do recebimento do diagnóstico de câncer

Este eixo apresenta aspectos importantes que perpassam os discursos dos participantes, destacando-se especialmente as experiências vivenciadas e o processo de revelação do quadro clínico. O primeiro aspecto e, mais prevalente, foi a dificuldade de compreensão sobre as informações acerca do diagnóstico, assim como o funcionamento do tratamento. Mencionou-se a falta de compreensão ou insatisfação em relação às explicações fornecidas, mesmo após a consulta médica. Abaixo seguem dois trechos de entrevistas que abordam sobre o recebimento do diagnóstico de câncer e sobre o tratamento. O primeiro conta como foi o início do tratamento quimioterápico e o segundo como foi o tratamento cirúrgico e o tratamento clínico.

Aí fui, comecei a fazer [o médico] não me explicou o tratamento, não me explicou como é que ele era, o tipo dele [câncer], como se eu não entendesse nada. Ela não explicou o que era triplo negativo, eu não sabia o que era triplo negativo [...] tinha não sei o que positivo, eu fiquei na mesma. É você sair de um lugar pior do que entrou. Eu comecei o tratamento, aí eu olhava pra aquilo [medicação], aí é na veia, né? Você olha pra aquilo, eu falava assim pro enfermeiro: É isso tudo aí? (P6)

Fiquei com dúvida, mas fui operar [...] É o seguinte, eu não entendo é nada. Eu to fazendo a injeção que é pra seguir o trabalho. Graças a Deus que eu cuidei, fiz a operação que tinha que fazer. (P3)

Eu tive problemas com quimioterapia que ninguém me avisou que eu podia estar esquecendo as coisas [efeitos colaterais]. E foi essa surpresa, mas ninguém me avisou que dava. Eu acho que se tivesse uma preparação, nem que fosse em cartaz porque eu leio tudo. (P5)

Partindo do cenário de realização desta pesquisa, de acordo com o Estatuto da Pessoa com Câncer, a informação clara e confiável sobre a doença e o seu tratamento é um dos princípios norteadores no atendimento ao paciente oncológico (Brasil, 2021). Apesar disso, a literatura demonstra diversos contrapontos na realização destas normativas. De acordo com Suborne (2008), a comunicação em oncologia se torna difícil por razões multifatoriais, sobretudo pela gravidade da doença, o estigma relacionado ao diagnóstico e as incertezas referentes ao prognóstico do câncer. Em pesquisa realizada por brasileiros (Soares e Polejack., 2016) a revelação do diagnóstico de câncer foi narrada como o evento mais marcante na vida dos entrevistados.

Dessa forma, é comum observar que reações emocionais como ansiedade, angústia e medo do desconhecido protagonizam os espaços de atendimento. Diante destas manifestações, é papel da equipe de saúde fomentar os questionamentos do usuário, demonstrando interesse em suas dúvidas e, principalmente, iniciar o vínculo do usuário com a equipe de referência. Além disso, em algumas ocasiões, é necessário repetir e confirmar as informações. Isso ocorre porque, além dos aspectos emocionais, a quantidade de informações fornecidas durante o

atendimento pode ser um obstáculo na compreensão do conteúdo, resultando em uma assimilação inadequada por parte do indivíduo.

É válido ressaltar que para o paciente oncológico, apenas saber do diagnóstico, muitas vezes, não é o suficiente para que o mesmo elabore seu processo de doença ou encontre subsídios suficientes para construção do seu modo de regulação emocional, sendo necessário que este esteja implicado no seu processo de cuidado. A ausência desta dinâmica interfere diretamente na construção dos recursos de enfrentamento do sujeito. Ou seja, nas estratégias adaptativas utilizadas para as situações adversas encontradas (Victorino et al., 2007; Pereira e Branco., 2016).

Apesar do processo de comunicação suscitar a participação ativa do usuário no seu processo de cuidado e elaboração, é importante que o profissional de saúde se atente às capacidades de tolerância do sujeito no momento da comunicação. É dever do profissional informar ao indivíduo sobre seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. Contudo, o usuário tem autonomia para decidir sobre aquilo que deseja ou não ter acesso e, portanto, esta troca deve ser dialogada entre o profissional e o usuário.

Ainda acerca da não compreensão do diagnóstico pelos usuários, em casos em que havia informações, mas não eram compreendidas, o principal fator que corroborou para esse cenário foi a linguagem médica utilizada. No relato a seguir, nota-se que o emprego de linguagem desadaptada com a realidade cotidiana do usuário dificultou a assimilação das informações pelo sujeito. Nos casos de insatisfação na comunicação, os participantes entrevistados procuraram a internet como modo auxiliar no entendimento dos termos escutados. O relato abaixo exemplifica a dificuldade de entendimento das informações faladas pelos profissionais.

A primeira vez que eu cheguei [no ambulatório] não sabia nada de tratamento, como é que ia ser, né. Aí ela [a médica] foi e disse que, nesse caso, não adiantava fazer quimioterapia, então tinha que fazer hormonioterapia. Por causa desse infeliz de 0,1 milímetro [referindo-se ao tamanho do tumor]. Ela falou assim: A literatura fala que só acima de tal tamanho que a gente faz quimio. Assim né, eu fui procurar no *Google* né. Eu não entendi. Aí eu fiz os exames e quando eu vim [ao ambulatório], eu já não voltei nela. A gente não marca para uma doutora, mas acabei voltando em outra e achei melhor porque *ela fala a nossa língua*.(P10) [grifo nosso]

O uso de jargões entre os profissionais de saúde, sobretudo entre os médicos, é comum no ambiente hospitalar. De acordo com Monteiro e Quintana (2016) é frequente que os médicos iniciem a interação fornecendo informações sobre o desenvolvimento do estado do paciente, constantemente, utilizando termos técnicos, o que resulta em uma abordagem diretiva e rápida. Segundo um estudo, feito por Caprara e Rodrigues, 2004, no Ceará, 39%

dos médicos ainda enfrentam dificuldades para comunicar de maneira clara e compreensível os problemas de saúde aos seus pacientes. Além disso, em 58% das consultas, não foi possível avaliar adequadamente o grau de compreensão do paciente em relação ao diagnóstico.

Adequar a linguagem para o público-alvo é um dos principais alicerces na realização de uma comunicação efetiva e humanizada. O uso de linguagem inadequada é um fator que pode comprometer a compreensão do sujeito acerca de seu diagnóstico e tratamento, interferindo na adesão ao processo de cuidado (Davis et al.,2001). Vale ainda ressaltar que a linguagem técnica, quando utilizada de maneira desadaptada à realidade de cada sujeito, pode gerar o distanciamento do usuário com o profissional, uma vez que o sujeito pode sentir-se inibido ou envergonhado por não compreender os termos empregados. Desta maneira, a verticalização dos saberes é reforçada, contrapondo com as políticas de humanização em saúde propostas atualmente.

Outro ponto importante observado é o uso da internet como aliada ao usuário na compreensão de termos de saúde. Publicações acerca do tema corroboram com os resultados desta pesquisa, apontando o meio digital como uma ferramenta frequentemente usada pelos pacientes oncológicos (Hesse et al., 2005; Castleton et al.,2011; Shen at.,2015). De fato, a internet oferece oportunidades de que o sujeito obtenha informações sobre inúmeros assuntos de maneira rápida, através de diversas fontes. Contudo, é preciso, para que se alcance informações precisas e verdadeiras, que o indivíduo possua habilidade de interpretação para que este possa dar sentido aos conteúdos disponíveis nas plataformas, capacidade que a Organização Mundial de Saúde (2021) classifica como Literacia em Saúde.

Nesta pesquisa, dos dez participantes entrevistados somente uma afirmou ter compreendido de maneira satisfatória, desde o início, a respeito de seu estado de saúde e o funcionamento do tratamento. Isso lhe permitiu exercer autonomia ao tomar decisões antes de iniciar o processo de cuidado. O trecho a seguir relata a importância que a comunicação com a equipe de saúde teve no percurso desta usuária, que assim que recebeu a informação que estava com câncer pode pausar certos hábitos que tinha antes de iniciar o tratamento oncológico:

Eu entendi que eu estava com câncer. Foi em uma semana. Eu fui à praia sozinha e foi um ponto importante para mim. Eu gosto muito de ir à praia e eu sabia que eu ia ter que me cuidar de muitas coisas. Uma das coisas que eu fiz foi ir ao bar. Eu gostava de beber e eu sabia que com a quimioterapia eu não ia poder fazer nada disso, que é onde a imunidade baixa. Eu tinha que me cuidar melhor. Quando eu comecei aqui, as enfermeiras e a médica me passaram essas informações de que eu tinha que me cuidar um pouco mais. (P8)

Os princípios bioéticos são frequentemente utilizados no manejo de situações de assistência à saúde. A intenção é, principalmente, promover atendimento ético, além de delinear os limites e propósitos da intervenção humana na vida, identificar os valores passíveis de serem racionalmente propostos como referência e alertar sobre os riscos das potenciais aplicações (Junqueira, 2007). Os princípios bioéticos da corrente Principlista, fundamentada por Beauchamp e Childress (1994) são definidos pelos conceitos de autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. No caso acima, foi possível observar que a partir de uma comunicação efetiva, a usuária exerceu o princípio da autonomia.

De acordo com Ugarte e Acioly (2014) a autonomia em saúde refere-se à capacidade de autodeterminação de uma pessoa e para que isso ocorra, dois componentes são fundamentais: a liberdade e a informação. Os autores destacam que a autonomia na ação requer que a pessoa esteja informada e consciente sobre os objetivos e as consequências dessa ação e que sem compreensão, não pode haver autonomia. É a partir desta dinâmica que se constrói o modelo participativo de cuidado, onde o usuário atua enquanto protagonista do seu processo de tratamento, recebendo suporte profissional de sua equipe, onde ambos atuam como agentes ativos do processo de decisão.

Comunicar também é acolher

Este eixo agrega relatos acerca de experiências vivenciadas ao longo do tratamento ambulatorial, sobretudo a partir da perspectiva do uso de tecnologias de cuidado. As narrativas dividiram-se de acordo com o momento do tratamento do sujeito. A maior parte dos entrevistados (n=7) apontou experiências negativas de comunicação nos períodos iniciais de diagnóstico, destacando como principal incômodo a falta de receptividade da equipe médica.

No relato a seguir, a primeira participante relata a falta de iniciativa da profissional que a atendia, caracterizando o cenário como menos humanizado:

Ela [a médica] não conversa muito. Ela não fala muito não. Se você me perguntar, ela não fala. Ela pega, você entra no consultório, ela pega esse papel, olha para o computador e te libera. Ela não é “Como é que você está se sentindo? Como é que você está? Deixa eu ver tua pele, ta sentindo dor onde?” Ela não é de conversar assim. Muito confuso. Hoje eu vou ver se eu consigo conversar melhor com ela. *Eu sou mais humanizada.* (P9) [grifo nosso]

Já a segunda participante conta ter se sentido cerceada quanto às suas dúvidas e questionamentos, o que fez com que a mesma não participasse ativamente de espaços de discussões sobre seu caso.

Ah, é horrível, mesa redonda é horrível porque todo mundo te aperta, né? Aperta daqui, aperta dali e eles ficam entre eles, falam entre eles, não explicam para a gente. Ficam falando em códigos, né [...] A gente parece um monte de bosta, assim, do lado. Não olha para a gente como gente, né? Em uma das mesas redondas, teve uma tenente [...] aí eu perguntando, perguntando, perguntando e eles falando entre eles e eu perguntando. Ela falou que eu estava muito nervosa e que era pra eu procurar um psiquiatra. Falou assim para mim. Para eu não tomar mais fora, não perguntei mais. Empatia zero. (P10)

O termo utilizado pela participante, mesa redonda, foi encontrado nas referências bibliográficas como eventos ou reuniões em que os profissionais, pesquisadores ou interessados em um determinado tema, reúnem-se para discutir questões específicas relacionadas ao assunto, neste caso, a saúde. Esta articulação é frequentemente utilizada no meio acadêmico e em eventos científicos, principalmente pela proposta central destes encontros, que é o desenvolvimento científico e o avanço tecnológico no campo da saúde. A linguagem utilizada neste meio é específica dos grupos presentes, uma vez que trata-se de temas direcionados ao público-alvo.

No cenário de assistência à saúde, quando pretende-se trabalhar com o usuário e sua rede de apoio, de maneira estruturada, principalmente em cenários de doenças complexas ou em níveis avançados, utiliza-se as Conferências Familiares. De acordo com Neto (2003) as Conferências Familiares tratam-se de um tipo de intervenção previamente acordado entre os profissionais participantes, em que estes partilham da informação e de sentimentos pretendendo-se estabelecer vínculos entre os familiares/rede de apoio, usuário e a equipe de saúde. Nestas conferências, principalmente em cuidados paliativos, como é o caso dos pacientes acometidos pelo câncer, os principais propósitos do encontro são: clarificar os objetivos dos cuidados propostos, reforçar a resolução de problemas existentes no cuidado, e explorar as dificuldades na comunicação. É válido ressaltar, entretanto, que as Conferências Familiares possuem indicação de uso, como no caso de agravamento clínico, processo ativo de morte, famílias muito demandantes e existências de conflitos intra-familiares.

Outra possibilidade de assistência similar à descrita pela participante são as interconsultas. De acordo com Mello Filho e Silveira (2005) as interconsultas são ações de saúde interprofissional e interdisciplinar que visam integrar a troca de conhecimento de diferentes profissionais atuantes no serviço de saúde, com o objetivo de aprimorar a assistência em saúde, como elucidar pontos relacionados ao cenário de cuidado em andamento a fim de traçar uma conduta terapêutica. Esta dinâmica reúne, além dos profissionais, o

paciente e sua rede de apoio caso necessário. Esta acontece por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta.

Merhy (1997) ao discorrer acerca dos modelos assistenciais, pressupõe que o trabalho em saúde é sempre relacional, pois depende da dinâmica no momento em que está se produzindo, o que o autor denominou como Trabalho Vivo em Ato. O autor ressalta que a dimensão relacional comporta um tipo de tecnologia, uma vez que é orientado tecnologicamente no modo de estabelecer estas relações. Neste cenário, a palavra tecnologia é utilizada como uma forma de descrever saberes que são constituídos para produção de produtos singulares, organizações de ações humanas e até mesmo as relações interpessoais.

As tecnologias envolvidas na produção de cuidado são as chamadas tecnologias leves, leve-duras e duras. Os equipamentos tecnológicos, como por exemplo as máquinas de radioterapia, bem como as normas da instituição e a estrutura organizacional são exemplos das chamadas tecnologias duras. As tecnologias leve-duras podem ter como exemplo a estruturação do saber especializado, como a clínica médica, a epidemiologia, a própria oncologia, neste caso, dentre outros. Já as tecnologias leves podem ser exemplificadas pela produção de vínculo, o acolhimento, e a autonomização.

Franco e Merhy (2012) afirmam que todo processo produtivo de cuidado irá envolver necessariamente as três tecnologias ao longo do trabalho, mas a orientação tecnológica e a hegemonia do processo produtivo exercido por elas é o que diferencia as práticas profissionais. No contexto descrito pela participante, nota-se a centralidade da assistência direcionada para o ato prescritivo, na produção de procedimentos e na perspectiva médico-centrada, onde o fluxo de assistência é direcionado à consulta médica, dinâmica sustentada essencialmente pelas tecnologias duras e leve-duras, ou seja, uma composição técnica voltada para o Trabalho Morto.

Não é incomum que este arranjo de tecnologias, com ênfase nas tecnologias leve-duras e duras, seja o modelo hegemônico em instituições de saúde, uma vez que esta estrutura tem caráter histórico em sua construção (Fox, 1997). Apesar de necessário e importante na assistência à saúde todos os tipos de tecnologias, as relações de confiança, considerando o sujeito enquanto ser biopsicossocial, produtor de subjetividade e protagonista de seu cuidado, faz-se indispensável que as tecnologias leves estruturadas no Trabalho Vivo estejam no centro do cuidado ao usuário. Franco e Merhy (2012) ressaltam que é neste modelo que a relação intercessora pode ser trabalhada, ou seja as relações entre os sujeitos através do Trabalho Vivo possibilita a construção conjunta dos projetos terapêutico, pois

considera a singularidade do sujeito, aproximando as atividades de trabalho do cuidado às reais necessidades do usuário.

Ainda sobre o segundo eixo, outro ponto em destaque refere-se a forma que o acolhimento afeta o processo de compreensão de cada paciente. Neste caso, quando questionados sobre sentirem-se acolhidos no ambulatório de oncologia, os pacientes que vivenciaram experiências negativas, narraram com clareza acerca dos episódios ocorridos, demonstrando um atravessamento importante sobre seus processos de saúde-doença.

Ao longo da pesquisa, é perceptível identificar que as afirmativas médicas sobre o estado de saúde dos participantes, quando transmitidas de maneira irrefletida, tanto na linguagem verbal quanto na não-verbal, influenciaram diretamente o sujeito na construção de crenças e imaginários sobre o adoecimento. É válido destacar que os casos relatados abaixo tratam-se de atendimentos realizados pela primeira vez no setor oncológico. Nenhuma das participantes prosseguiram com os profissionais referidos, evidenciando, de modo particular, comprometimento na relação profissional-usuário.

Eu escutei ela [a médica] falando que eu, provavelmente, não teria muito tempo de vida. Porque a minha filha, que mora fora, ia vir passar um tempo aqui [...] Ela falou: “Ah, melhor ela vir o mais rápido que ela puder”. Sabe quando a gente faz pensar alto? Foi isso que aconteceu. Ela pensou alto. E falou: “Ah, espero que dê tempo de pegar ela aqui”. Aí, eu vim aqui [no setor de psicologia]. Eu acho que foi o pior dia da minha vida. Porque eu achei que... Quer dizer, apesar de saber que eu ia morrer a qualquer tempo, esse dia era uma certeza de que eu ia passar maus bocados. Eu fiquei muito arrasada com a fisionomia e com o que eu escutei dela. Eu fiquei tipo, po, ela é médica, ela sabe, ela entende. [Eu pensei] nossa, vou sofrer, vou sentir dor. (P2)

Então assim, nesse momento que eu estava, eu achei ela [a médica] seca, eu achei ela muito dura. Ela é direta, é, mas quando você tá com câncer, você não pode ser direto assim. Você pode estar nas últimas, essa é a minha visão, você tem que sentar com a pessoa e dar uma esperança à pessoa [...] Ela disse: Seu câncer de mama é muito pequeno, mas vou falar pra senhora, é um pitbull. Na tua cara! Olha a palavra que usa! Um pitbull? O que é um pitbull? É a pior raça de cachorro que tem! Se você está com um câncer pequenininho, mas é um pitbull, então você está com o quê? É muito difícil, mesmo ele sendo pequeno é agressivo. Isso me marcou [...] eu falei, ainda bem que eu vim a tempo, né? Por quê? Eu ia morrer a qualquer momento, se ele é agressivo desse jeito, a senhora tá falando que ele é pitbull. É, não vou mentir com a senhora [fala da médica]. Eu falei, não to pedindo pra senhora mentir pra mim, mas falar que é um pitbull. (P6)

De acordo com publicações acerca do tema (Zwingmann et al., 2017; Vaughn 2020), não é necessariamente o conteúdo da mensagem que gera um impacto significativo nos sujeitos, mas a forma que o conteúdo é transmitido, tornando o lugar e a experiência interpessoal vivenciada memórias marcantes para o indivíduo. Os resultados referenciados acima corroboram com outras pesquisas realizadas e ratificam que o tempo não atenua a percepção dos pacientes em relação à qualidade da comunicação da má notícia realizada (Neto, 2003; Pereira.2005).

O termo empregado, pitbull, utilizado ao se referir ao tumor encontrado na segunda participante possui um significado importante na interpretação da usuária. Ao longo da

entrevista, foi necessário que a dinâmica fosse pausada diversas vezes para que a mesma pudesse se reorganizar em sua narrativa, uma vez que ao lembrar dos fatos, a participante emocionou-se inúmeras vezes. A formação médica, respaldada em probabilidades e em experiências anteriores, resulta, muitas vezes, em um atendimento genérico, pouco articulado com a realidade do sujeito, onde prioriza-se o saber sobre a doença em detrimento sobre o saber sobre o sujeito.

Apesar das atuais políticas em saúde que visam o atendimento multiprofissional ao paciente oncológico (Brasil, 2021), nota-se ainda os efeitos do discurso médico na formação de concepções sobre o diagnóstico, sobretudo, nas fantasias sobre o processo de adoecimento. Este imaginário não se restringe ao usuário, mas também à própria equipe de saúde. Os artigos de Peleaz et al. (2004), Shanafelt et al. (2014) e Yuguero et al. (2017) referem equipes de saúde que adotam uma comunicação que não oportuniza o usuário a poder expressar a sua subjetividade devido às experiências vividas associadas a morte ou cenários pouco responsivos ao tratamento oncológico e até mesmo como uma forma de autoproteção frente às repetidas exposições de sofrimento.

É fato que a honestidade é primordial na relação médico-paciente, entretanto, a manutenção da esperança é um fator correlacionado ao enfrentamento do câncer (Chi, 2007, Cohen et al., 2021). A esperança tem sido relacionada ainda com maior resiliência, diminuição da passividade, melhor qualidade de vida e menos dor e ansiedade em pacientes com câncer avançado (McClement e Chochinov, 2008; Reincke, et al., 2020). É portanto indispensável que a esperança seja promovida e sustentada ao longo de toda assistência ao usuário.

Outro elemento a se considerar são os tipos de comunicação possíveis ao longo de um atendimento. No relato acima, percebe-se a interferência da postura da profissional no trecho “Eu fiquei muito arrasada com a fisionomia e com o que eu escutei dela”. Neste ponto, a comunicação não verbal assume um papel importante na relação interpessoal. De acordo com Silva, em seu livro “A comunicação tem remédio - a comunicação das relações interpessoais em saúde” (2006) aponta que essa modalidade de comunicação complementa a comunicação verbal. A autora aponta que na comunicação verbal, o sujeito exterioriza o ser social, enquanto na comunicação não-verbal, exterioriza-se o ser psicológico. Assim, observamos um comportamento verbal linguístico, que caracteriza o ser psicossocial, e um comportamento não-verbal, psicobiológico, que delinea o ser individual.

Em contrapartida, ao prosseguirem com os atendimentos ambulatoriais, parte significativa dos entrevistados sentiram-se acolhidos pela equipe de saúde de maneira ampla e apontaram positivamente sobre esta dinâmica influenciar seus processos de cuidado,

incluindo os participantes que vivenciaram experiências negativas nestes espaços. Abaixo estão relatos de pacientes com experiências de acolhimento:

O jeito de vocês. Vocês são muito tranquilas. Ninguém é nervoso aqui, todo mundo tranquilo. A fisioterapeuta é muito sossegada, aquela enfermeira tranquila. Ela uma vez foi tirar meu sangue e depois não parava de sangrar. Ela ficou super tranquila, calma. Já chamou o pessoal da limpeza e botou aqui uns esparadrapos, pressionando um pouco. Mas assim, sabe? Não tinha nem porque eu ficar nervosa de ver tanto sangue, ela estava tão calma. Ai veio a faxineira, limpou tudinho, porque eu sujei toda a sala [...] Eu acho que a importância que vocês dão no atendimento é muito boa. Isso tranquiliza a gente. (P7)

Eu tenho total liberdade de falar aquilo que eu penso, [sobre o] que eu posso, o que eu devo. Na realidade, tudo que eu penso em fazer, eu consulto ela [a médica] antes. E você também. No geral, as meninas também [a equipe de saúde]. Todas vocês me esclarecendo, estando perto de mim, dando apoio, me escutando. Isso me ajuda muito, entendeu? Pelo menos para mim, me ajuda bastante. Qualquer dúvida, qualquer problema, eu sei que eu tenho a atenção de vocês. (P2)

A Política Nacional de Humanização - PNH (Brasil, 2003) propõe alguns conceitos importantes na prática de assistência à saúde humanizada e que compõem os pilares de cuidado almejados pelo Sistema Único de Saúde. Dentre eles, o acolhimento é descrito como um processo de responsabilização dos profissionais, desde a chegada do usuário até sua saída, envolvendo escuta ativa, análise de demanda e garantia de atenção integral e resolutiva. Para que o paciente tenha segurança em relação ao tratamento é necessário que o mesmo se sinta confortável. A escuta ativa reforça o vínculo, permite ao sujeito expor suas fragilidades e angústias, além de permitir ao profissional conhecer mais acerca do usuário.

A ambiência trata-se de outro conceito abarcado pela PNH (Brasil, 2009) e refere-se ao ambiente social, físico e de relações interprofissionais. Apesar de ser marcado pelas tecnologias médicas e por componentes estéticos, como luz e ruídos, existe a perspectiva afetiva, que também é externalizada a partir do acolhimento, da atenção disponibilizada ao usuário, das relações existentes entre os profissionais e do usuário com o espaço de serviço. Isto pode ser observado no primeiro relato, em uma intercorrência, o manejo do profissional ao comunicar pelo ato que estava tudo sob controle, tranquilizou a paciente quanto ao ocorrido no momento.

Quem comunica o quê e a quem? Da portaria ao consultório

Este eixo aborda questões estruturais, referentes à comunicação com a instituição de maneira organizacional, com ênfase nos desafios em relação ao fluxo do paciente dentro do contexto hospitalar. Além disso, neste eixo, foram considerados o acesso a informação sobre o ambulatório de oncologia dentro do contexto hospitalar, as interações dos participantes com profissionais da assistência oncológica e com os demais funcionários do ambulatório, como

os funcionários da secretaria e da limpeza por exemplo, assim como as experiências em outros setores do hospital.

Por se tratar de um hospital de alta complexidade, em situações de emergência, em que o usuário necessita de atendimento imediato, a instituição tratada nesta pesquisa é considerada referência para o público participante deste estudo. Desta maneira, pressupõe-se que por este usuário ser acompanhado de forma ambulatorial pela instituição, a comunicação entre este e sua equipe de referência será facilitada, assim como o acesso a sua história pregressa. Todavia, a falta de conexão entre os setores do ambiente hospitalar foi o primeiro tópico em destaque neste eixo. Abaixo estão trechos de entrevistas, em que os usuários sublinham a falta de conexão intersetorial.

Durante a internação [de emergência], eu comecei a fazer uma diálise, mas nesse dia eu tinha uma consulta com a mastologista. Aí eu falei pra minha mãe pra ir lá avisar que eu estava internada, que eu não sei quando eu vou sair. Minha mãe teve que ir lá avisar. Aí ela veio, me consultou lá no quarto. Realmente acho que faltou um pouco de comunicação. Por exemplo, não teve uma sintonia entre a oncologia, a mastologia e a questão da minha internação. Entendeu? Acho que faltou essa parte. (P8)

Eu passei por um episódio agora de... Tive uma convulsão e fui pra emergência. Na emergência não constava nada sobre mim. Os dados não cruzavam com os dados daqui [ambulatoriais]. Pra mim, isso causa muita insegurança, muito medo, porque eles podem achar que é alguma coisa, me mexer com o outro, sei lá, não sei. Erros médicos podem acontecer em todo lugar. E isso, essa falta de comunicação, me aflige muito, me perturba muito. Por isso que eu gostaria de ficar bem claro, e que tomassem uma providência sobre. (P2)

A partir do entendimento de que o câncer é uma doença com uma possível rápida progressão, a necessidade de rearticulação da rotina e reprogramações são comuns diante do cenário de tratamento do usuário. Entretanto, de acordo com as narrativas, os usuários apresentaram dificuldades em comunicar-se com os profissionais de saúde acerca dos novos acontecimentos, diante de situações de emergência, mesmo estando dentro da instituição comum a todos os serviços.

As referências bibliográficas apontam que esta tem sido uma dificuldade encontrada em outras instituições de saúde de alta complexidade (Moreira et al., 2017; Souza et al., 2020). Conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a comunicação é identificada como um dos cinco principais desafios que impactam a segurança do paciente. Portanto, a implementação de medidas voltadas para aprimorar o processo de emissão e transmissão de informações está alinhada às diretrizes globais, buscando a padronização e implementação de protocolos. Essas iniciativas têm como objetivo reduzir eventos adversos, promover maior segurança e aprimorar a qualidade do atendimento em saúde.

Outro ponto elucidado refere-se a importância dos profissionais gerais do hospital, como os da secretaria e da portaria no funcionamento da instituição. De acordo com as

narrativas, estes participam ativamente do cotidiano do paciente oncológico, sendo agentes mediadores do serviço e, portanto, deveriam possuir mais orientações sobre o funcionamento ambulatorial e hospitalar. Na primeira narrativa, observa-se como a ausência de conhecimento sobre a doença do setor no qual o funcionário trabalha influenciou diretamente no processo de cuidado da paciente. Já no segundo, a usuária destaca a falta de informação desde sua chegada à instituição.

O menino [funcionário da secretaria do ambulatório], me fez ir e voltar quatro vezes no setor. Eu estava que eu não aguentava dar um passo. Eu tava há quatro meses de quimio. Às vezes os meninos não têm o treinamento que deveriam. Entendeu? [...] Eu cheguei e falei: “Menino, eu estou em quimioterapia. Não estou aguentando dar um passo!” Ele falou assim: “Sinto muito senhora, mas a senhora vai ter que voltar lá”. Aí falaram: “Ele é principiante. (P5)

Eu acho que foi tudo em 100% [qualificando o atendimento no ambulatório] porque a única coisa confusa que tem é a portaria ali, né? O atendimento ali eu acho um pouquinho precário. É...eu acho que eles são assim meio assim... eu não sei nem dizer o quê, né? Confusos. Eu acho que é isso. (P1)

O acolhimento e o processo de comunicação efetiva iniciam-se desde a portaria da instituição. Contudo, o rompimento com a hierarquização de saberes dentro de ambientes de alta complexidade ainda se mostra um desafio constante nas práticas de saúde. A lógica de assistência vertical, preconizada no modelo biomédico, reverbera nas ações dos profissionais com menos instruções educacionais, que acabam por se afastar das práticas de assistência, quando no cotidiano, estes sujeitos compõem e atravessam o cenário de cuidado junto com o usuário, criando vínculo afetivo e significativo no processo de tratamento do sujeito (Brasil, 2009).

As capacitações e até mesmo as propostas de educação permanente são articulações possíveis na instrumentalização desses profissionais. A PHN (Brasil, 2009) refere a educação permanente como um dos seus princípios fundamentais, sendo este um processo contínuo de formação e aprendizado com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde e promover a qualidade no atendimento. Esse modelo de educação busca a construção de conhecimentos de forma integrada, valorizando a troca de experiências, a reflexão crítica e a incorporação de novas práticas. A ideia é que a Educação Permanente em Saúde não seja apenas voltada para a aquisição de informações técnicas, mas também para o desenvolvimento de habilidades interpessoais, o entendimento das necessidades dos usuários e a busca constante pela melhoria dos serviços de saúde.

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: criando novas pontes

Este eixo discorre sobre os papéis ocupados pelos profissionais integrantes do programa e a colaboração que estas equipes trazem na garantia de assistência integral do paciente. Ao longo das entrevistas, os participantes mencionam a presença destes profissionais desde o primeiro contato com o hospital, predominantemente relacionado aos períodos pré e pós-cirúrgicos.

Eles [equipe multiprofissional] me procuraram quando eu estava internada. O tempo inteiro, não fiquei sozinha. Entrava nutricionista pra saber o que eu queria comer no almoço e depois também voltava no jantar [...] Aí a fisioterapeuta foi lá, mostrou o plano de exercícios, que é importante que eu fizesse pra poder me mobilizar melhor [...] Aí a dentista também foi lá, examinou a minha boca e falou pra mim: vamos fazer uma limpeza, vamos fazer um tratamento e tal. (P7)

Durante a internação a equipe multiprofissional foi no quarto, me recepcionou e me introduziram o ambulatório. (P10)

Por meio da Lei 11.129 (Brasil, 2005), instituiu-se as Residências Multiprofissionais em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde no cenário nacional. Estas constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, direcionadas a profissionais da saúde, na forma de especialização por ensino em serviço. O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, da referida instituição onde foi realizada a pesquisa, iniciou-se no ano de 2020 composta por sete categorias profissionais, sendo elas: psicologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, enfermagem, odontologia e serviço social. Os trabalhadores-estudantes atuam tanto em âmbito ambulatorial, quanto nas enfermarias do hospital.

A possibilidade de atendimento em ambos os setores possibilita o estreitamento das relações ambulatoriais por parte da equipe multiprofissional, uma vez que o profissional já pode estabelecer algum vínculo com o usuário desde sua internação, conhecendo sua história pregressa, tanto no que se refere ao quadro clínico, quanto aos aspectos subjetivos. Este dinamismo reforça a confiança entre profissional e usuário, articula o fluxo de encaminhamento do usuário entre enfermaria e ambulatório, além de promover, em algum nível, o acesso à assistência multiprofissional desde a chegada do sujeito na instituição.

De acordo com os dados, outro ponto observado trata-se da dinâmica estabelecida pelo programa, que proporcionou para os usuários do ambulatório conhecimentos considerados essenciais para o processo de cuidado. Como exemplo dessas articulações, pode-se considerar a elaboração de materiais educativos de fácil compreensão, que além de acessibilizar o acesso à informação dos pacientes, permitiu-lhes aproximá-los do serviço de maneira cotidiana. A realização das salas de espera também apresentou-se como um instrumento significativo na propagação do saber e da interação com os usuários.

[...] De profissionais? Eu vou em tudo. Antigamente eu não ia em nada, agora eu vou em tudo. Eu vou na nutricionista, eu vou na psicóloga, eu vou na fisioterapia. E agora na assistência social. Quando eu tava internada elas foram no quarto e agora eu encontrei todo mundo aqui [no ambulatório]. Teve uma vez que eu estava aqui esperando a quimioterapia e tinha uma menina ali na frente para falar do serviço social. Eu tinha ido lá também antes da internação, eu tive uma dúvida com ela também no começo que ela me falou do negócio de passagem [...] e essas coisas que a gente tem direito. (P8)

É o que eu te falei, acho que as informações, como eu já vi certas coisas e fui aprendendo lá na recepção e eu sei que é seguro. Entendeu? A gente vai aprendendo, isso deveria ter mais, entendeu? Porque é o que eu te falei, 50% aprendendo é muita coisa. E eu passo o que eu sei daqui adiante [...] Então, é aquele negócio, tem um montão de perguntas, mas eu, às vezes, não lembro tudo, entendeu? Eu acho que a comunicação visual ajuda, entendeu? É importante demais. (P5)

As atividades em “sala de espera” visam maximizar as práticas de educação e promoção em saúde, com o intuito de garantir um cuidado humanizado, considerando as necessidades dos usuários, efetivando a aproximação entre a comunidade e o serviço de saúde. Há pesquisas (Teixeira et al., 2006; Germani et al., 2011) que evidenciam os benefícios de iniciativas realizadas na sala de espera, e consideram este ambiente como um local com amplo potencial para a atuação das equipes e núcleos de apoio ao sujeito e sua rede de apoio. Dentro desse espaço, a comunicação em saúde é fortalecida através de estratégias de promoção e prevenção, com ênfase no empoderamento da população em relação ao autocuidado.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa realizada no contexto hospitalar, especificamente com usuários acometidos pelo câncer, aponta inúmeros desafios no que tange a comunicação em saúde nos seus diversos formatos dentro do cenário de assistência à saúde. A falta de habilidade de comunicação dos profissionais de saúde apresentou-se como o principal obstáculo para uma assistência eficaz e humanizada. Os resultados apresentaram diversos episódios, em que houve dificuldades em transmitir informações de maneira clara, empática e compreensível aos usuários e as suas redes de apoio. Este fator interferiu diretamente em aspectos físicos e emocionais dos participantes ao longo de seus tratamentos, sobretudo na criação de vínculo entre os profissionais e os usuários.

Outro ponto observado refere-se a dificuldade de comunicação entre os diferentes setores de um hospital, o que comprometeu, em partes, a vivência dos usuários e a qualidade do atendimento prestado. Em um ambiente hospitalar, onde múltiplas equipes e departamentos trabalham em conjunto para fornecer cuidados abrangentes, a comunicação fluida e eficaz é essencial para garantir a coordenação adequada do tratamento. No entanto, obstáculos como

falta de canais de comunicação estabelecidos, divergências de prioridades e até mesmo problemas de cultura organizacional podem dificultar a troca de informações entre os setores. Portanto, é fundamental implementar sistemas e protocolos que facilitem a comunicação intersetorial, promover uma cultura de trabalho colaborativa, que considere a integração da instituição de maneira ampla, considerando o atendimento humanizado desde a chegada do usuário no hospital.

É válido ainda ressaltar que este estudo considerou um recorte de espaço ao iniciar sua busca, o ambulatório de oncologia. Entretanto, ao final das análises, entendeu-se a partir das narrativas dos participantes que esta divisão setorial - o ambulatório - não é tão clara por todos os pacientes oncológicos, uma vez que estes entendem a instituição hospitalar abordada como um grande espaço de cuidado, confundindo-se por vezes os setores e suas propostas. Foi observado que o ambulatório de oncologia, inserido no espaço de um hospital quaternário, confunde-se com os outros setores do hospital e que o processo de comunicação em saúde no ambulatório não se dá de uma maneira exclusiva. Dito de outra forma, as questões que se apresentaram na comunicação em saúde relacionada à assistência ao paciente oncológico no ambulatório não são diferentes de outros espaços de cuidado. De fato, a narrativa de vivência destes usuários não pode ser selecionada apenas na vivência ambulatorial, pois é atravessada inúmeras vezes por outros setores ao decorrer do tratamento, devido aos contratempos e emergências próprias da doença.

Por fim, sabe-se que ainda é necessário melhorar as formações de base em relação aos profissionais de saúde acerca do tema comunicação, mas também faz-se necessário rever os modelos de produção no qual estes estão inserido, onde outros fatores interferem no modo de trabalho destes sujeitos, impedindo que estes exerçam suas funções com qualidade, uma vez que são cobrados a partir da lógica do tempo e da quantidade. Ou seja, a gestão do trabalho também precisa proporcionar espaços para que este profissional consiga atuar de maneira efetiva a partir de perspectivas mais humanizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, P. D. S. M. de., & Araújo, L. Z. S.de. (2011). Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 144–152. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200010>
- Alifrangis, C., Koizia, L., Rozario, A., Rodney, S., Harrington, M., Somerville, C., Peplow, T., & Waxman, J. (2011). The experiences of cancer patients. *QJM : monthly journal of*

- the Association of Physicians*, 104(12), 1075–1081.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcr129>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics* (1994). 4 ed. New York: Oxford University Press.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139–146.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
- Castleton, K., Fong, T., Wang-Gillam, A., Waqar, M. A., Jeffe, D. B., Kehlenbrink, L., Gao, F., & Govindan, R. (2011). A survey of Internet utilization among patients with cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(8), 1183–1190.
<https://doi.org/10.1007/s00520-010-0935-5>
- Chi, Grace. (2007). The Role of Hope in Patients With Cancer. *Oncology nursing forum*. 34. 415-24. 10.1188/07.ONF.415-424.
- Coriolano-Marinus, M. W. de L., Queiroga, B. A. M. de ., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. de .. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde E Sociedade*, 23(4), 1356–1369.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Davis, T.C., Fredrickson, D. D., Arnold, C. L., Cross, J. T., Humiston, S. G., Green, K. W., & Bocchini, J. A., Jr (2001). Childhood vaccine risk/benefit communication in private practice office settings: a national survey. *Pediatrics*, 107(2), E17.
<https://doi.org/10.1542/peds.107.2.e17>
- Fox E. (1997). Predominance of the curative model of medical care. A residual problem. *JAMA*, 278(9), 761–763.
- Franco T.B., & Merhy, E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 6(2), Pág. 151-163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Germani A.R.M, Barth P.O, Rosa J. (2011) A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva*. 35(129):121-30.
- Gulinelli, A., Aisawa, R.K., Konno, S.N., Morinaga, C.V., Costardi, W. L., Antonio, R. O., Dumarco, R. B., Moino, R. M., Katz, M., Giavarotti, S., Skarbnik, A. P. Z., Forcione, C. S., Chiba, T., & Martins, M. A. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 41–47.
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100033>
- Health promotion glossary of terms (2021). Geneva: World Health Organization
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the

- Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2618–2624. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2618>
- Junqueira, C.R. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios (2007). *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 22-34.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient education and counseling*, 102(7), 1357–1363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014>
- Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. (2005) Institui Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006
- Lei 14.232 de 19 de dezembro de 2021. (2021) Institui o Estatuto da Pessoa com câncer e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 44(8), 1169–1174. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.031>
- Mello Filho, J. de ., & Silveira, L. M. C. da .. (2005). Consulta Conjunta: uma Estratégia de Capacitação para a Atenção Integral à Saúde. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 29(2), 147–151. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-021>
- Minayo, M. C. de S.. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde. (2003). Política Nacional de Humanização. Brasília.
- Ministério da Saúde [do Brasil]. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Recuperado 05 dez, 2023, de <http://www.saude.gov.br/humanizasus>
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. Hucitec.
- Monteiro, D. T., & Quintana, A. M.. (2016). A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(4). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
- Moreira, G.A., Rodríguez, V.B., & Moscon, D. (2017). Comunicar com Saúde: um estudo da comunicação interna em um Hospital Público. *Comunicação & Sociedade*, 39, 209-236. <https://doi.org/10.15603/2175-7755/cs.v39n2p209-236>

- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2019). Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research. *European journal of cancer care*, 28(1), e12889. <https://doi.org/10.1111/ecc.12889>
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 19(1), 68–74. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i1.9906>
- Pelaez Dóro, M., Pasquini, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A., & Moura, G. L.. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 24(2), 120–133. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000200013>
- Pereira, M. A. G.. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 33–37. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Pereira, T. B., & Branco, V. L. (2016). As Estratégias de Coping na Promoção à Saúde Mental de Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Psicologia E Saúde*, 1(8). <https://doi.org/10.20435/2177093X2016104>
- Reincke, C. M., Bredenoord, A. L., Van Mil, M. H. (2020). From deficit to dialogue in science communication: The dialogue communication model requires additional roles from scientists. *EMBO reports*, 21(9), e51278. <https://doi.org/10.15252/embr.202051278>
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A. E., Chu, Q., Pippin, J., Sloan, J., & Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(7), 678–686. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>
- Shen, M. J., Dyson, R. C., D'Agostino, T. A., Ostroff, J. S., Dickler, M. N., Heerdt, A. S., & Bylund, C. L. (2015). Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 24(11), 1439–1447. <https://doi.org/10.1002/pon.3752>
- Silva, V. C. E. da ., & Zago, M. M. F.. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 58(4), 476–480. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400019>
- Silva, M. J. P. da. (2006). Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola.
- Soares, L .& Polejack, L. (2016). Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. *Ciência & Saúde*. 9. 30. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.1.22448>.
- Surbone A. (2008). Cultural aspects of communication in cancer care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 16(3), 235–240. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0366-0>

- Souza, M. M. de., Xavier, A. C., Araújo, C. A. R., Pereira, E. R., Duarte, S. da C. M., & Valladares Broca, P. (2020). Communication between pre-hospital and intra-hospital emergency medical services: literature review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20190817. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0817>
- Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. <http://hdl.handle.net/10400.12/229>
- Teixeira, E. R., & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 320–325. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>
- Ugarte, O. N., & Acioly, M. A. (2014). The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 41(5), 374–377. <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013>
- Vaughn L. Bioethics: Principles, Issues, and Cases. (2020) 4a edição. Nova York: *Oxford University 616 Press* Cap 4: Truth-Telling and Confidentiality; p. 176-227.
- Victorino, A.B, Nisenbaum, EB, Gibello, J, Bastos, MZN, & Andreoli, PBA. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da SBPH*, 10(1), 53-63. Recuperado em 20 de janeiro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&tlng=pt.
- World Health Organization. (2014). The high 5s project: interim report. Recuperado em 7 de novembro de 2023, de <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241507257>
- Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *The European journal of general practice*, 23(1), 4–10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123(16), 3167–3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, de maneira ampla, são estratégias particularmente singulares por aliarem a prática junto a dinâmica de ensino, o que proporciona ao profissional, uma experiência única de aprendizado e engrandecimento técnico. Entre o saber e o fazer, vivenciamos experiências importantes que nos possibilitam refletir nossa *práxis*, não de forma individual, mas no coletivo, como a saúde deve ser construída.

É a partir desta perspectiva que construímos esta pesquisa. Questionamos nossos métodos, nossas abordagens e nosso fazer desatualizado com as demandas atuais dos usuários. Os resultados desta pesquisa mostram que ainda é necessário melhorarmos nossas habilidades técnicas e assumirmos o compromisso de sairmos do lugar comum, entendendo que estamos lidando com seres multifacetados, que possuem história, opiniões e desejos para além de apenas um diagnóstico clínico. Direitos asseguradas por lei.

Para isso, é preciso que o profissional também tenha um lugar que incentive esta prática, não somente a partir de campanhas, mas de estrutura organizacional, como contratações de profissionais suficientes de acordo com a demanda, assim como educação continuada disponíveis a todos os profissionais presentes na instituição, pois todos fazem parte do cuidado do usuário. Estas necessidades não podem ser substituídas pelos residentes, pois são necessidades próprias da instituição de maneira fixa.

Por fim, acredito que toda forma de educação disponível, baseada no respeito e construída de maneira horizontal, tem potencial de crescimento e sempre resultará em produtos positivos para a sociedade. É o que acredito e desejo para a Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. D. S. M. DE .; ARAÚJO, L. Z. S. DE . Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 144–152, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200010>. Acesso: 26 out. 2023

ALIFRANGIS, C. et al. The experiences of cancer patients. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, [S.l.], v. 104, n. 12, p. 1075–1081, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcr129>. Acesso: 16 ago.2023

BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003. Acesso 08 de jul. 2023. Acesso 08 de jul. 2023 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizacoes>

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Presidência da República, 2005. Acesso 08 de jul. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, 2009. Acesso 08 de jul. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-681224>

BRASIL. Lei 14.232 de 19 de dezembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com câncer e dá outras providências. Presidência da República, 2021. Acesso 08 de jul. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14232.htm

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0935-5>. Acesso 06 jul. 2023

CASTLETON, K. et al. A survey of Internet utilization among patients with cancer. **Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 8, p. 1183–1190, 1 ago. 2011. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0935-5>. Acesso 09 nov. 2023

CHI, G. C.-H.-L. The Role of Hope in Patients With Cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 34, n. 2, p. 415–424, 1 jan. 2007. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.415-424>. Acesso 09 nov. 2023

CORIOLANO-MARINUS, M. W. DE L. et al.. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356–1369, out. 2014. Acesso 09 nov. 2023

COYLE, N., & SCULCO, L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. **The journal of supportive oncology**. 1(3), 206–215, 2003. Acesso em 02 nov 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15334876/>

DAVIS, T. C. et al. Childhood Vaccine Risk/Benefit Communication in Private Practice Office Settings: A National Survey. **PEDIATRICS**, v. 107, n. 2, p. e17–e17, 1 fev. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.107.2.e17>. Acesso: 4 dez 2023

FOX, E. Predominance of the Curative Model of Medical Care. **JAMA**, v. 278, n. 9, p. 761, 3 set. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550090085038>. Acesso: 8 ago 2023

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. ág. 151–163, 2012.

GERMANI A.R.M, BARTH P.O, ROSA J. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**. 35(129):121-30, 2011.

GULINELLI, A. et al.. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 41–47, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion glossary of terms. Geneva, 2021

HESSE, B. W. et al. Trust and Sources of Health Information. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 22, p. 2618, 12 dez. 2005.

JUNQUEIRA, C.R. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 22-34, 2007

KUGBEY, N.; MEYER-WEITZ, A.; OPPONG ASANTE, K. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 7, p. 1357–1363, jul. 2019.

LIESEN, Maurício. Communicatio: communio: koinonia. **Questões Transversais-Revista de Epistemologias da Comunicação**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/13644855/Communicatio_communio_koinonia

MCCLEMENT, S. E.; CHOCHINOV, H. M. Hope in advanced cancer patients. **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 8, p. 1169–1174, 2008.

MELLO FILHO, J. DE; SILVEIRA, L. M. C. DA. Consulta Conjunta: uma Estratégia de Capacitação para a Atenção Integral à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, p. 147–151, 22 abr. 2020.

MINAYO, M. C. DE S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. **Hucitec**, 1997

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M.. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, 2016.

MOREIRA, G. A.; RODRÍGUEZ, V. B. C.; MOSCON, D. C. B. Comunicar com Saúde: um estudo da comunicação interna em um Hospital Público. **Comunicação & Sociedade**, v. 39, n. 2, p. 209–236, 25 ago. 2017.

NIEROP-VAN BAALEN, C. et al. Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research. **European Journal of Cancer Care**, v. 28, n. 1, p. e12889, 18 jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12889>. Acesso em 3 jul 2023

NETO, I. G. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 68–74, 2003. DOI: 10.32385/rpmgf.v19i1.9906. Acesso em: 29 set. 2023.

PELAEZ DÓRO, M. et al.. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 120–133, jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000200013>. Acesso em: 25 out. 2023

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33–37, jan. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>. Acesso em 7 ago 2023

PEREIRA, Thayanne Branches; BRANCO, Vera Lúcia Rodrigues. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>. Acesso em 10 dez 2023.

REINCKE, C. M.; BREDENOORD, A. L.; VAN MIL, M. H. From deficit to dialogue in science communication. **EMBO reports**, v. 21, n. 9, 4 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15252/embr.202051278>. Acesso em 4 nov. 2023.

SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 7, p. 678–686, 1 mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>. Acesso em 10 dez. 2023.

SHEN, M. J. et al. Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. **Psycho-Oncology**, v. 24, n. 11, p. 1439–1447, 28 jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3752>. Acesso em 05 nov. 2023.

SILVA, V. C. E. DA .; ZAGO, M. M. F.. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 476–480, jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400019>. Acesso em 05 nov. 2023.

SILVA, M. J. P. da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2006. 133p.

SOARES, L. S. B.; POLEJACK, L. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 30, 13 maio 2016. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.1.22448>. Acesso em 10 jul. 2023

SURBONE, A. Cultural aspects of communication in cancer care. **Supportive Care in Cancer**, v. 16, n. 3, p. 235–240, 15 jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0366-0>. Acesso em 20 nov. 2023

SOUZA, M. M. DE et al. Communication between pre-hospital and intra-hospital emergency medical services: literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 21 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0817>. Acesso em 25 nov. 2023

TEIXEIRA, J. A. C . Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004. <http://hdl.handle.net/10400.12/229>. Acesso em 20 nov. 2023

TEIXEIRA, E. R., & VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 15(2), 320–325, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>. Acesso em 15 jan. 2024

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 374–377, set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013>. Acesso em 29 out. 2023

VAUGHN L. Bioethics: Principles, Issues, and Cases. 4 ed. Nova York: *Oxford University 616 Press* Truth-Telling and Confidentiality; p. 176-227, 2020.

VICTORINO, AB et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 53-63, jun. 2007 .Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 jan. 2024.

WHO. The high 5s project interim report. Geneva: World Health Organization; 2013. ISBN: 9789241507257.

YUGUERO, O. et al. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. **European Journal of General Practice**, v. 23, n. 1, p. 4–10, 10 out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>. Acesso em 05 jan. 2024.

ZWINGMANN, J. et al. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. **Cancer**, v. 123, n. 16, p. 3167–3175, 5 abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>. Acesso: 18 out. 2023

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Idade:	Sexo:	Tipo de Câncer:
Início do Tratamento:		
Como e onde você descobriu seu diagnóstico de câncer?		
Como você chegou até o ambulatório de oncologia?		
Há quanto tempo você utiliza o serviço ofertado pelo ambulatório?		
Nesta primeira chegada ao ambulatório, como foi seu atendimento?		
Neste momento, você compreende sobre seu adoecimento? Se sim, o que você considera ter favorecido esta compreensão?		
Com qual ou quais especialidades foi seu primeiro atendimento neste espaço?		
Após este primeiro atendimento, quais outros profissionais te atenderam? Você foi encaminhado (a) para estes outros profissionais por encaminhamento ou procurou por conta própria?		
Atualmente, quais especialidades fazem parte de sua rotina de atendimentos?		
Você se sente à vontade para sanar suas dúvidas acerca do seu tratamento com os profissionais do ambulatório? Quais especialidades você se sente mais à vontade para dialogar sobre suas questões?		
Comunicação não é apenas sobre falar, mas também sobre como falamos, nos comportamos, nosso tom de voz, nossa postura e a forma como explicamos algo. Em saúde, isso se torna ainda mais importante, pois enquanto paciente, todos tem o direito de participar ativamente nas tomadas de decisões sobre seu tratamento, assim como obter conhecimento acessível sobre seu real estado de saúde. Sobre os pontos citados acima, você acredita ter tido uma boa comunicação com a equipe de saúde do ambulatório de oncologia?		
A forma como os profissionais se comunicam com você influencia no seu processo de tratamento? Se sim, como?		
Você se sente acolhido (a) no ambulatório de oncologia?		