

Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama

RESUMO | Considerando a relevância e a complexidade do processo comunicativo no cuidado em saúde, o objetivo do estudo foi analisar a percepção de mulheres em tratamento do câncer de mama sobre a comunicação com profissionais e identificar os principais desafios deste processo. Foram realizadas 13 entrevistas com mulheres que realizavam tratamento em dois serviços de oncologia de Marília (SP). Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. As categorias identificadas foram: o impacto da comunicação sobre o diagnóstico e o tratamento, a comunicação do prognóstico da doença e; fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado, destacando-se o preparo dos profissionais, o fornecimento de informações claras e precisas, a disponibilidade para ouvir as necessidades individuais, a compreensão das características pessoais e do contexto de vida, respeito às crenças e interesse pelas pessoas da família. A comunicação representa a dimensão central do cuidado em situações de doenças graves ou de longa duração, no entanto, investimentos são necessários, especialmente no que se refere à formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: comunicação; relações profissional-paciente; neoplasias.

ABSTRACT | Considering the relevance and complexity of the communication process in health care, the goal of the study was to analyze the perception of women going through breast cancer treatment about the communication to professionals and also to identify the main issues of this process. The study involved thirteen interviews with women who have been treated at both oncology services in Marília (SP). The data analyzed was based on the thematic content analysis technique proposed by Bardin. The categories identified were: the impact of communication about diagnosis and treatment, the communication of disease's prognosis and the factors that interferes in the daily care communication highlighting the training of professionals, the purveyance of clean and precise information, the availability to listen the individual needs, the comprehension of personal characteristics and life context and also the respect to beliefs and interests for the people in the family. The communication represents the cultural central dimension of care in grave or long-term illness, however investments are necessary, especially when regards to the training of health professionals.

Keywords: communication; professional-patient relations; neoplasms.

RESUMEN | Teniendo en cuenta la relevância y la complejidad del processo de comunicación en el cuidado en salud, el objetivo del estudio fue analizar la percepción de mujeres en tratamiento del câncer de mama sobre la comunicación con profesionales y identificar los principales desafíos de este proceso. Se realizaron 13 entrevistas con mujeres que realizaban tratamiento en los dos servicios de oncologia de Marília (SP). Los datos fueron analizados con la técnica de análisis de contenido temático propuesta por Bardin. Las categorías identificadas fueron el impacto de la comunicación sobre el diagnóstico y el tratamiento; la comunicación del pronóstico de la enfermedad y, factores que interfieren en la comunicación en el cotidiano del cuidado, destacándose: la preparación de los profesionales, el suministro de informaciones claras y precisas, la disponibilidad para oír las necesidades individuales, la comprensión de las características personales y del contexto de vida, el respeto a las creencias y interés por la personas de la familia. La comunicación representa la dimensión central del cuidado en situaciones de enfermedades graves o de larga duración, sin embargo, las inversiones son necesarias, especialmente en lo que se refiere a la formación de los profesionales de la salud.

Palabras claves: comunicación; relaciones profesionales-paciente; neoplasias.

Márcia Aparecida Padovan Otani

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Maria José Sanches Marin

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Nelson Filice de Barros

Cientista social. Livre docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Adriana Avanzi Marques Pinto

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA).

Introdução

A incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década e a estimativa para o ano de 2018 é de 600 mil casos novos. O câncer de mama é o segundo tipo mais incidente e é o que mais afeta as mulheres. Embora ele seja, atualmente, considerado de relativo bom prognóstico quando tratado precocemente, as taxas de mortalidade ainda continuam elevadas¹.

Sabe-se que, devido à natureza desta doença e do seu tratamento que é, muitas vezes, doloroso e desgastante, as mulheres

Recebido em: 25/04/2018
Aprovado em: 29/05/2018

acometidas podem apresentar mudanças no estado psicológico e interações sociais, decorrentes da incerteza e do medo da morte². Considerando a complexidade do câncer e a necessidade de constante apoio dos profissionais de saúde, a comunicação que se estabelece no relacionamento profissional-paciente, é considerada um dos principais núcleos do cuidado em oncologia.

O processo de comunicação é crucial no tratamento do câncer, embora na prática se observe que, nem sempre, os profissionais estão atentos aos aspectos que interferem negativamente neste processo. Uma revisão da literatura especializada revela que a maioria dos estudos que avaliaram programas de capacitação e treinamento para profissionais de saúde são considerados eficazes como estratégia de intervenção para melhoria da qualidade da comunicação^{3,4}.

No processo de cuidado em saúde deve-se levar em conta que os pacientes, muitas vezes, não têm condições de avaliar o conhecimento técnico dos profissionais, mas são capazes de compreender as características que influenciam no processo de comunicação, na formação de vínculo e no enfrentamento da doença⁵.

Compreender o processo comunicativo e desenvolver habilidades de comunicação é fundamental a todos os profissionais de saúde, no entanto, o reconhecimento acerca do impacto da comunicação em saúde ainda é subdimensionado⁶. Considerando esses aspectos os resultados desta pesquisa poderão contribuir para reflexão e conscientização dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro enquanto principal intermediador do cuidado a essas mulheres e familiares.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de mulheres em tratamento do câncer de mama sobre a comunicação com profissionais, para identificar os principais desafios do processo comunicacional em saúde.

Metódos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizavam

tratamento em um dos dois serviços de oncologia do município de Marília, estado de São Paulo. O município conta com uma população aproximada de 219.000 habitantes e os serviços de saúde organizam-se hierarquicamente, tendo como porta de entrada 12 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) e 30 Unidades de Saúde da Família (USF). A rede hospitalar conta com cinco hospitais que prestam serviços de média e alta complexidade.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi entrevista semi-estruturada, apoiada em um roteiro contendo dados sócio-demográficos e questões norteadoras.

Nas pesquisas qualitativas “a amostra deve estar vinculada à dimensão do objeto de pesquisa que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou grupos a serem entrevistados”⁷. Fizeram parte deste estudo treze mulheres, seguindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos: ter idade superior a 18 anos; ter conhecimento acerca do diagnóstico médico; estar em tratamento do primeiro diagnóstico de câncer de mama (não se tratar de recidivas); ter iniciado o tratamento no serviço de oncologia, há, no mínimo, seis meses, com retornos regulares; residir no município de Marília ou em municípios próximos; e ter condições físicas e de comunicação para responder aos questionamentos.

A saturação teórica foi o critério utilizado para interrupção da coleta de dados e definição do tamanho da amostra. A saturação não deve ser utilizada com a lógica quantitativa ou como mero sinônimo do momento em que os dados se tornam repetidos; o conceito de saturação deve estar associado com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão de um problema, de modo que esses diferentes aspectos possam ser analisados à luz das teorias que fundamentam suas indagações⁷.

Para a análise dos dados utilizou-se os pressupostos da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Essa técnica aprofunda-se na interpretação das falas, depoimentos e documentos, relacionando com as características e significados das variáveis

psicossociais e contexto cultural⁸. Durante a análise foram percorridas as etapas descritas por Bardin⁹: inicialmente, a pré-análise, em que foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de todo material coletado; na segunda etapa, chamada de exploração do material, foi realizada a codificação dos dados, por meio do desmembramento do texto e agrupamento analógico, com divisão em categorias e na terceira etapa, a inferência e a interpretação a partir do tratamento dos resultados obtidos, respaldadas pelo referencial teórico.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Marília, instituição proponente, sob o número de protocolo do estudo 524/11 e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, como instituição coparticipante. As entrevistas foram realizadas no domicílio em dia e horário previamente agendado, com o auxílio de profissionais da Unidade de Saúde da Atenção Básica a qual as participantes pertenciam. Cada entrevista foi iniciada somente após esclarecimentos acerca do objetivo do estudo, da liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano, sobre a garantia de sigilo e anonimato e sobre a divulgação dos resultados em eventos e publicações científicas. As entrevistas foram gravadas em áudio para melhor apreensão das informações obtidas.

Resultados

As mulheres entrevistadas possuíam idade entre 37 e 65 anos e escolaridade variando do ensino fundamental incompleto à formação universitária. Quanto ao estado civil, sete eram casadas, três solteiras e duas divorciadas. Em relação à moradia, duas moravam sozinhas e as demais com o marido e ou com filhos ou netos. Com exceção de uma delas, todas tiveram filhos, com o número variando de 1 a 5. As profissões eram diversas (cozinheira, telefonista, auxiliar de enfermagem, professora, zeladora de escola, auxiliar de polimento) e apenas duas não trabalhavam fora de casa. Em relação ao plano de saúde, cinco utilizavam exclusivamente os serviços do Sistema Único de

Saúde (SUS) e oito utilizavam algum plano de saúde suplementar e também o SUS.

Dos dados coletados nas entrevistas emergiram três categorias analíticas, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

O impacto da comunicação sobre o diagnóstico e o tratamento

Para algumas mulheres a comunicação do diagnóstico foi compreendida como eficiente, sendo caracterizada por afeto, cuidado e palavras de incentivo, como se observa neste extrato do discurso:

“Ele (ginecologista) deu a notícia, dizendo: - Vamos em frente, isso num é nada. Isso é começo, a gente vai lutá e vai passá! E ele foi ajeitando tudo.” (E1)

Nos sentidos atribuídos pelas mulheres acerca da comunicação dos médicos no momento em que são orientadas sobre o tratamento indicado, fica evidente a valorização dessa habilidade e a sua importância para a continuidade do tratamento, como relata uma das entrevistadas afirmando que o profissional *“ajuda sempre que eu preciso falar alguma coisa ou saber uma dúvida, ele tá sempre à disposição. Tenho o telefone dele...”* (E10)

Sabe-se que a maioria dos pacientes com câncer necessita de informações e apoio emocional. No relato abaixo, por exemplo, é possível identificar o sentimento de desamparo vivenciado pela paciente ao perceber que o médico não iria fazer algo para diminuir seu sofrimento.

“Um dia eu estava muito ruim. Eu liguei para o médico e ele falou para ir na Santa Casa tomar soro. Aí eu falei: Mas como é que eu vou tomar soro, se eu não aguento de dor nas veias, não conseguem mais pegar veia? Ele falou: Então não tem o que fazer, não posso fazer nada...” (E3)

O relato a seguir também exemplifica uma condição frequente e incompatível no processo de comunicação entre profissional de saúde e paciente, que pode ter consequências graves à medida que leva ao desestímulo para o enfrentamento da doença.

“Quando eu cheguei lá, eu falei para a recepcionista: - Estou com horário marcado com o doutor. Ela respondeu: - A senhora

veio sob indicação de quem, de que posto? E eu: - Não, eu vim do consultório... Ela falou: - De jeito nenhum... a Secretária da Saúde é que vai agendar o seu tratamento... Não é assim, chegar e já ir sendo atendida não!” (E1)

A comunicação do prognóstico da doença As entrevistadas relataram dificuldades dos médicos na abordagem acerca do prognóstico da doença, sendo ora negado, ora explícito. No depoimento que segue, a abordagem profissional negativa se deu, sobretudo, pela relação autoritária e unilateral e pelo silenciamento intencional do médico buscando evitar discutir com a paciente dúvidas sobre seu processo de saúde-doença-cuidado.

“Um dia, eu perguntei: Quais as chances? É um tipo mais agressivo, não é? É o que mais mata? Ele olhou pra mim: Pelo que estou vendo tem chance altíssima de cura. Eu falei: É um dos que mais mata, doutor? Ele não respondeu. Depois o doutor (outro médico) me disse que 90% dos casos é o que mais... né? Mais o oncologista não me respondeu...” (E1)

Os profissionais de saúde devem compreender as características de cada um, de forma a facilitar a identificação das necessidades de cada pessoa. Nos extratos que seguem percebe-se o valor da dessa habilidade para lidar com as diversas necessidades, pois como elas afirmam: *“Eu não sou muito de conversar e ele (o médico) já percebeu”* (E12); *“Eu sinto muita falta de conversar, eu sou uma pessoa muito solitária”* (E5); *“Eu sou uma pessoa dura de receber palavras, eu sou desconfiada”* (E3).

Fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado

Foram observados relatos de experiências positivas, nas quais as abordagens cuidadosas consideraram a incerteza imposta pelo diagnóstico e respectivo tratamento, ao mesmo tempo em que deram suporte às necessidades das pacientes.

“Ele (o médico) é sempre muito cuidadoso com as palavras, ele é sempre assim. Ele pega você pela mão e fala: - “Levanta e vamos viver, vamos lutar!” (E1)

“Ah, eu perguntava se iria resolver com o tratamento, porque como não foi dissecado tudo... Aí ele sempre falava: A gente tem que esperar o tempo passar, o tratamento terminar, não adianta eu dizer pra você agora que não vai resolver!” (E6)

Na percepção das mulheres a comunicação entre os profissionais é um elemento fundamental para o cuidado integral, pois *“tudo que acontece na quimio, ela (auxiliar de enfermagem) já liga para médica (...). Quando eu ia na médica, ela já me falava o que tinha acontecido comigo, sem eu falar.”* (E6)

A inclusão dos membros da família é outro elemento que pode ampliar a possibilidade de comunicação e a potência do tratamento *“Ah, o doutor sempre pergunta: “Como estão suas filhas? É gostoso, a gente não fica só focada na doença.”* (E6)

No entanto, com base nos depoimentos que seguem, ainda se observa atitudes autoritárias dos profissionais: *“Existem outros médicos que têm uma postura mais assim: eu mando, vocês obedecem, eu sou o médico, eu sei o que eu tô fazendo. Eu percebi isso muito na minha terceira quimioterapia.”* (E1)

No relato abaixo, a abordagem profissional com a paciente associa a falta de habilidade de comunicação com a inexperiência profissional e dificuldades na formação.

“No primeiro dia que ia fazer radioterapia, um médico novo quis conversar. Acho que acabou de fazer faculdade ou está fazendo estágio, porque era mocinho. Ele falou: Você está sabendo que vai ter que operar de novo? Aí eu fiquei tão chocada, me deu vontade de chorar, me deu uma angústia na hora. Aí o (outro) médico chegou e falou: Não! Você vai fazer a rádio, porque talvez melhore. E eu acho também que (o primeiro) não estudou direito porque acho que quem leva o estudo a sério, num trata um paciente assim. Eu penso que mesmo na medicina deve ter uma parte de psicologia, né?” (E6)

Nesse depoimento fica evidente que as pacientes estão atentas a todo comportamento dos profissionais, incluindo palavras, gestos e atitudes, embora os profissionais, nem sempre, reconheçam a grande influência do seu comportamento nas interações que desenvolvem.

Foi possível evidenciar o desrespeito à crença e ao contexto de vida da paciente, com a exposição de valores pessoais interferindo na relação e a orientação prescritiva do profissional. Nos extratos que seguem são relatadas duas abordagens que dificultam o processo comunicacional.

“Ele (psicólogo) perguntou da doença, eu falei: Ah, eu num posso falar nada porque Deus me libertou. Ele falou: Eu não acredito que Deus liberta. E eu respondi: Se você não acredita que Deus liberta, então não vou voltar aqui, se eu estou aqui é porque eu estou curada.” (E9)

“A nutricionista queria que alguém fizesse a comida para mim e eu não tenho mãe ou irmã que faça. Mas ela queria que eu fizesse pão com não sei o quê. Aí, eu falei: - Ah Dra., tenha santa paciência, eu não aguento ficar em pé, vou fazer pão? (risos).” (E3)

A habilidade comunicacional exige que o profissional desenvolva atitudes de interesse, afeto e cordialidade, pois a carência desses aspectos leva a seguintes insatisfações: *“O meu médico (...) ele não te explica, se você pergunta, ele fala, mas, sabe? Fica uma barreira, ele é muito seco...” (E1)*

Discussão

O câncer pode deixar fragilizados os pacientes e os familiares devido ao estigma que possui, e sua forte associação com sofrimento, mutilação e morte. Assim como foi constatado neste estudo, a literatura aponta que a comunicação do diagnóstico de câncer não é uma tarefa fácil. Se constitui no primeiro momento do tratamento, ou seja, na primeira ação que afeta o estado do paciente e, sendo assim, não cabe ao profissional somente informar a pessoa, é preciso ter consciência de que o impacto da notícia depende, também, da forma como se dá essa comunicação. O profissional deve, portanto, considerar que os pacientes não são organismos biológicos que se esgotam na dimensão fisiológica, são sujeitos conscientes de sua existência, com capacidade de pensar, sentir, atuar e decidir sobre o curso da sua vida².

A abordagem adequada sobre a doença contribui para maior cooperação no relacionamento interpessoal entre profissional

e paciente. Isso vai de encontro com a Política Nacional de Humanização que orienta o trabalho com o acolhimento, por meio da escuta ativa e individualizada, com a finalidade de construir vínculos e estabelecer relações de confiança e compromisso entre usuários e equipes de saúde¹⁰. De acordo com essa política, não basta que os profissionais de saúde forneçam informações sobre diagnóstico e tratamento, é preciso, também, que tenham disponibilidade para escutar dúvidas e medos, esclarecer e orientar, de forma que o paciente e a família compreendam a doença, se conscientizem da necessidade de acompanhamento médico e encontrem estratégias de adaptação frente às mudanças impostas pela doença¹¹.

Assim como os pacientes, as famílias têm sua vida alterada frente ao diagnóstico de câncer, vivenciam sentimentos de ansiedade, preocupação, insegurança e tentam fazer o possível para o restabelecimento da saúde e é preciso que seja cuidada em suas necessidades emocionais, por meio da escuta aberta e acolhedora dos profissionais de saúde¹².

Alguns relatos desta pesquisa revelam a expectativa das mulheres de serem tratadas com respeito e empatia, manifestada pelo desejo de serem atendidas por profissionais atenciosos e cuidadosos, especialmente nos momentos em que se encontram fragilizadas devido ao sofrimento físico e sentimentos de medo e insegurança decorrentes da doença. De forma prática, o profissional de saúde pode ser uma fonte de apoio emocional para o paciente fornecendo informações técnicas de forma clara e simples, respeitando o desejo do paciente em aprofundá-las ou não, repetir as informações em diferentes momentos e verificar se o paciente compreendeu, perguntar sobre o sofrimento ou bem-estar, respeitar o silêncio entre uma fala e outra e, utilizar os aspectos positivos da comunicação não verbal, tais como gestos que demonstrem compreensão e apoio empático (olhar atento, assentir com a cabeça, toque gentil), postura corporal (inclinar-se em direção ao paciente, sentar-se ao conversar com o paciente, evitar dividir a atenção entre a fala com o paciente e outras tarefas)¹³.

Em um dos relatos das entrevistadas

percebe-se a forma inadequada de comunicação que exige um esforço extraordinário da mulher para a continuidade do tratamento e, considerando o fato de que muitas delas podem encontrar-se em situação de vulnerabilidade e dificuldade de buscar outros recursos para o tratamento esse tipo de comunicação pode ser decisivo para o abandono do tratamento.

A postura autoritária foi evidente em outro depoimento e permite inferir que se estabeleceu uma relação unilateral, na qual não apenas a habilidade de comunicação é comprometida como também várias outras dimensões relacionais, uma vez que o especialista por profissão produz assimetrias colocando-se em lugar superior ao do especialista pela experiência e do especialista por convívio, este último quase sempre incluído de maneira muito positiva no tratamento¹⁵.

As relações de cuidado devem ser baseadas em interação saudáveis e não em relações de domínio do profissional com o paciente. Para isso é necessário que os profissionais mudem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro, de modo que não valorizem somente a operacionalização técnica dos procedimentos, mas demonstrem interesse pelo paciente e seu contexto¹⁴.

Quanto à comunicação do prognóstico da doença, mesmo a abordagem considerada positiva pode ser aflitiva para o paciente, pois a evolução da doença pode não ser compatível com o que há descrito na literatura. Frente a isso, é importante balancear a honestidade e a esperança, mantendo postura otimista e positiva, pois a perspectiva contrária pode desencorajar os pacientes¹⁶. Portanto, apreender a realidade com sensibilidade para identificar os sentimentos e as vivências do outro é um requisito essencial no processo de cuidar e tem como consequência a solidariedade. Para isso, é importante o desenvolvimento da empatia, desde o período de formação, para que o profissional possa compreender a condição psíquica e social do paciente.

Para trabalhar de forma competente, com abrangência das interfaces técnicas e humanas da profissão, é preciso que, du-

rante a formação inicial e continuada, tais campos se apresentem e se articulem nas diversas situações de ensino-aprendizagem. Estudos que abordam essa temática revelam falhas no processo de formação dos profissionais da área da saúde¹⁷, visto que no campo da saúde, a habilidade de comunicação não se deve a um talento natural, e sim a um programa de capacitação para profissionais de saúde¹⁸. A formação mais centrada na perspectiva da cura do que no cuidado traz aos profissionais da saúde sentimentos de onipotência, com ideias, muitas vezes, equivocadas acerca do seu poder e da sua atuação no cuidado em saúde¹⁹. Há, também, a necessidade de capacitação continuada para facilitar a comunicação efetiva entre profissional e paciente e favorecer o cuidado integral e a recomendação

da utilização de protocolos validados e reconhecidos cientificamente sobre a comunicação do diagnóstico, tratamento e prognóstico em oncologia¹³.

Conclusão

A análise da percepção das mulheres com câncer de mama sobre a comunicação com os profissionais da saúde no processo de tratamento, permitiu identificar sua importância no processo de enfrentamento da doença e cuidado. Assim, embora o avanço da tecnologia e os protocolos estejam estabelecidos e apropriados aos diferentes tipos e estágios da doença, o tratamento precisa ser acompanhado de elementos que individualizem o cuidado, por meio da valorização dos sentimentos e do respeito à forma singular que cada mulher enfrenta o problema.

As mulheres entrevistadas indicaram os fatores que interferem na comunicação no cotidiano do cuidado, destacando-se: preparo dos profissionais de saúde para lidar com o outro; fornecimento de informações claras e precisas; disponibilidade do profissional para ouvir as necessidades dos pacientes; respeito às crenças e compreensão das características pessoais e do contexto de vida; sensibilidade para com os sentimentos e as vivências do outro; demonstração de afeto e interesse pelo paciente e familiares.

Depreende-se que a comunicação constitui uma dimensão central do cuidado em situações de doenças graves ou de longa duração e que investimentos ainda são necessários, especialmente no que se refere à formação acadêmica e educação permanente dos profissionais de saúde. 🐦

Referências

1. Brasil. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [citado 5 fev 2018]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>
2. Puerto Pedraza HM, Gamba Collazos HA. La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Rev Cuid.* 2015;6(1):964-9.
3. Otani MAP, Barros NF. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer. *Brasília Med.* 2012; 49(4): 258-66.
4. Otani MAP. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 221p.
5. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. O problema geral; p. 9-16.
6. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu).* 2009;13(Supl 1):641-9.
7. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualitativa.* 2017;5(7):1-12.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec. 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 5 dez 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
11. Rezende OLC, Mitre RMA Interfaces da relação entre o médico e a dupla mãe-filho em um hospital público. *Rev Bras Oftalmol.* 2013;72(3):159-63.
12. Karkow MC, Girardon-Perlini NMO, Camponogara BSS, Terra MG, Viero V. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *REME • Rev Min Enferm.* 2015;19(3):741-6.
13. Bianchini D, Romeiro FB, Peuker AC, Castro EK. A comunicação profissional-paciente em oncologia: uma compreensão psicanalítica. *Rev Bras Psicoter.* 2016;18(2):20-36.
14. Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia REME • *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):106-15.
15. Andrade APM, Maluf SW. Cotidianos e trajetória de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleischer S, Ferreira J, organizadoras. *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 33-56.
16. Zacharias DG, Jensen MH, Farley DR. Long-term survival with metastatic carcinoid tumors: a case report and review of the literature. *J Surg Educ.* 2010;67(2):99-102.
17. Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):295-300.
18. Heyn L, Ruland CM, Finset A. Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patients' cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. *Patient Educ Couns.* 2012;86(2):158-65.
19. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Supl 1):1457-65.