

A comunicação de más notícias entre médicos e pacientes no universo oncológico¹



Fernanda Cristina de Carvalho Vita¹, fernandavitapsi@yahoo.com.br.

1. Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Minas (FAMINAS),
Muriaé, MG.

RESUMO: A presente investigação buscou conhecer a emissão da comunicação das “más notícias” em oncologia, na perspectiva de médicos e pacientes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com pacientes com diagnóstico de câncer e médicos oncologistas vinculados a um centro de referência para tratamento em oncologia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados indicam que não existe “fórmula de bolo” para o momento da comunicação, que deve ser pautada nas preferências e individualidades do paciente. A partir desses resultados, é possível perceber a importância de ouvir antes de falar.

Palavras-chave: câncer, representações sociais, más notícias.

1. Este artigo é fruto de Trabalho de Conclusão de Curso (TC), orientado pela MS Caroline Oliveira Levate, professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé.



RESUMEN: La comunicación de malas noticias entre los médicos y los pacientes en el universo oncológico.

Este estudio tuvo como objetivo conocer el tema de la comunicación de “malas noticias” en oncología, desde la perspectiva de los médicos y los pacientes. Se trata de una investigación cualitativa realizada con pacientes diagnosticados con cáncer y oncólogos vinculados a un centro de referencia para el tratamiento oncológico. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas. Para el tratamiento de los datos se usaron el contenido de Bardin para analizar. Los resultados indican que no existe una “receta” para el momento de la presentación de informes, que deben basarse en las preferencias y la individualidad del paciente. A partir de estos resultados, es posible darse cuenta de la importancia de escuchar antes de hablar.

Palabras llave: cáncer, las representaciones, las malas noticias.

ABSTRACT: The bad news communication between doctors and patients in the universe of oncology.

This study aimed to know the issue of communication of “bad news” in oncology, from the perspective of physicians and patients. This is a qualitative research conducted with patients diagnosed with cancer and oncologists linked to a referral center for oncology treatment. Data were collected through semi-structured interviews. For treatment of the data the content of Bardin was used to analyze. The results indicate that there is no “recipe” for the time of reporting, that should be based on preferences and individuality of the patient. From these results, it is possible to realize the importance of listening before speaking.

Keywords: cancer, representations, bad news.

Introdução

O câncer é um dos maiores causadores de óbitos da história da humanidade, sendo responsável por 12,5 % das mortes, por ano, no mundo. Atualmente, é a principal causa de morte em países desenvolvidos e a segunda maior causa em países em desenvolvimento. As estimativas apontam que no ano de 2008 ocorreram 12.7 milhões de casos novos de câncer no mundo e um total de 7.6 milhões de mortes pela doença (JEMAL, 2011). Cerca de 12 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer por ano, e estima-se mais de 15 milhões de casos novos para 2020 e um total de 12 milhões de mortes (BRASIL, 2006).

Apesar das estatísticas atuais estimarem que cerca de 80% de todas as causas de câncer possam ser teoricamente evitáveis, as estimativas globais de câncer continuam a aumentar em grandes proporções por causa do envelhecimento e crescimento da população mundial e da acentuada adoção de estilos de vida “cancerígenos” (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2012a), as estimativas para o ano de 2012 apontam para a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer, 257.870 em homens e 260.640 em mulheres, sendo que ocorrem aproximadamente 110.000 óbitos por câncer a cada ano, o que faz com que esta seja a segunda principal causa de morte por doença no país.

Partindo da importância epidemiológica do câncer, seu controle atualmente é considerado uma questão de saúde pública² (BRASIL, 2010; MARUYAMA et al., 2006), sendo assim, a Política Nacional de Atenção Oncológica tem concentrado esforços na construção de políticas públicas e ações voltadas à prevenção e ao diagnóstico precoce, e à garantia do acesso aos meios de tratamento. Não obstante, o panorama nacional aponta para um alto percentual de casos de doença avançada que chega aos serviços especializados com chances reduzidas de cura, contribuindo para os altos índices de mortalidade (BRASIL, 2010).

Considerando o aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e reconhecendo o momento do diagnóstico como um instante de crise, o presente estudo teve como objetivo investigar a emissão da comunicação das

2. “A definição para um problema de saúde pública é quando determinado tipo de doença representa: causa frequente de morbidade e mortalidade, mesmo quando existem métodos eficientes para sua prevenção e controle; e/ou , ao ser objeto de campanha e/ou programa destinado a erradicá-lo, persiste além do previsto” (BRENTANI, 2003, p. 9).

más notícias, na perspectiva de médicos e pacientes, em um centro de referência para tratamento em oncologia. Para tanto, elencou-se a seguinte questão norteadora: como se constrói a comunicação da má notícia em oncologia entre médicos e pacientes?

No que tange aos objetivos específicos traçados neste trabalho, destacam-se: avaliar o quanto o paciente quer saber sobre sua doença, identificar quem é o encarregado da comunicação da má notícia e como ocorre a comunicação, conhecer o processo de escolha do receptor da má notícia, identificar quais são os fatores que os médicos consideram facilitadores ou dificultadores no processo de comunicação da má notícia e identificar a má notícia em oncologia. Sendo assim, pretendeu-se, ao buscar atingir os objetivos propostos, responder à questão norteadora apontada anteriormente para o desenvolvimento da presente pesquisa.

I – Revisão de literatura

1.1 – O câncer

Fósseis de 8.000 a.C com vestígios de câncer, papiros do Egito datados de 1.600 a.C com descrições de tumores, e documentos da Índia de 600 a.C com conteúdo similar são apenas algumas evidências que apontam que o câncer não é, apesar do aumento no número de diagnósticos nos últimos tempos, produto da vida moderna, mas uma doença que acompanha o homem desde a origem da espécie (LANDSKRON, 2008 apud PINHEIRO, 2012).

Cerca de 400 a.C., na Grécia, Hipócrates conhecido como “o pai da medicina” usou a palavra *karkinos* (*cancer*, no latim) para descrever uma doença de mau prognóstico. A palavra grega que significa caranguejo em português foi escolhida para nomear a doença pela semelhança das veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo, há referências também ao fato da doença evoluir de modo análogo ao movimento do animal. Há ainda menção ao fato do câncer aprisionar sua vítima tal qual o crustáceo que lhe empresta o nome faz com suas presas. Caranguejos são animais noturnos, que vivem em profundidade, escondidos, se deslocam de lado, de forma mal coordenada e imprevisível, são agressivos, apoderam-se de suas presas que torturam até a morte. Galeno, médico e pesquisador, alguns séculos mais tarde, foi quem ressaltou a característica destruidora da doença considerando-a como um mal incurável (ANGERAMI-CAMON, 2009; BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003; PINHEIRO, 2012; SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008; VENÂNCIO, 2004).

Por volta do século XVII, o câncer foi considerado por pesquisadores como contagioso e associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral. Data de 1740, na França, a criação do primeiro hospital especializado em câncer com o

objetivo de manter os doentes isolados do convívio social para evitar o contágio. Diversos estudiosos, ao longo dos anos, levantaram hipóteses sobre a origem e o possível tratamento para os tumores cancerígenos. Ocorreram vários insucessos, contudo, algumas descobertas como a ineficácia da extirpação incompleta do tumor serviram de base para o desenvolvimento dos procedimentos utilizados ainda hoje (PINHEIRO, 2012; SILVA, 2008; MARUYAMA et al., 2006).

Atualmente, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que apresente algum tipo de descontrole proliferativo celular, ou seja, a célula alterada passa a se proliferar de forma anômala formando uma massa de células desordenadas que são capazes de invadir outros tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Logo, o câncer é uma doença genética, resultante de mutações acumuladas no genoma, sendo que as alterações genéticas relacionadas à doença podem ser herdadas ou adquiridas somaticamente durante a vida do indivíduo (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003; BRASIL, 2012b).

A origem do câncer é simultânea à do próprio homem, ele não é um atributo da revolução industrial e suas consequências, mas sim o resultado da origem e desenvolvimento do próprio homem e suas inter-relações com o meio, modulado por fatores históricos e culturais. Assim, os indivíduos de risco para o câncer são um subproduto de seu próprio risco, uma vez que, no câncer muitos fatores são relativos aos hábitos de vida, cultura e exposição a fatores ambientais, enquanto outros se referem a uma predisposição pessoal, como a reação do metabolismo individual aos compostos carcinógenos, capacidade de reparo de DNA, fatores imunológicos, dentre outros. O mais comum é a multicausalidade na formação do câncer (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003; BRASIL, 2012c).

O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, que foi o primeiro procedimento a alterar, significativamente, o curso da doença e se constitui ainda hoje em um dos principais métodos para o tratamento. Outros procedimentos são a radioterapia, a quimioterapia e o transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade para que o tratamento seja satisfatório. É a situação do paciente que determina qual proposta terapêutica será mais adequada ao seu caso, levando-se em consideração o tipo de câncer e suas condições de saúde. A partir do diagnóstico, é possível estabelecer metas para o tratamento que pode ser a cura, visando à erradicação completa do tumor; tratamento de controle que visa à busca da sobrevida prolongada com a contenção do crescimento da célula; e, o tratamento paliativo, com o intuito de promover alívio dos sintomas associados à doença (BRASIL, 2012d; PINHEIRO, 2012).

Com esses progressos terapêuticos, o câncer vai deixando de ser uma doença frequentemente fatal e assumindo características de uma doença crônica (VENÂNCIO, 2004; BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003; BRASIL, 2010).

1.2 – As representações sociais e a subjetividade do câncer

Segundo a literatura, o câncer é uma doença culturalmente estigmatizada e com representações sociais³ negativas. Essas definições são a herança de um longo processo acumulativo do conhecimento e experiência, adquiridos pelas gerações anteriores. As concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade que, desde o momento dos primeiros diagnósticos, com Hipócrates e Galeno, atribuía-lhe o *status* de doença incurável, promotora de dor, sofrimento e morte. Foi a própria medicina a primeira a construir, e divulgar a compreensão que o senso comum adquiriu sobre ela.

Embora o câncer seja uma doença que acompanha a humanidade ao longo da história, sua origem e os mecanismos envolvidos no desenvolvimento dos tumores continuaram desconhecidos durante muito tempo. É recente a ideia de que o câncer é uma doença que pode ser controlada e curada, fato que contribuiu para que o tabu do câncer enquanto sentença de morte permanecesse intocado (PINHEIRO, 2012; MARUYAMA et al., 2006).

3. As representações sociais são aqui compreendidas como um fenômeno de criação coletiva com o propósito de tornar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade, familiar. As representações possuem duas funções: tornar convencional objetos, pessoas e acontecimentos, dar-lhes uma forma, categorizá-los - essas convenções permitem às pessoas conhecer o que representa o quê; as representações também são prescritivas, se impõem sobre nós como uma força irresistível, elas são impostas, transmitidas, partilhadas por todos, penetram e influenciam a mente sem serem pensadas, são o produto de uma extensa sequência de elaborações que ocorrem no decurso do tempo. As representações se constituem em uma forma singular de compreender e comunicar uma vez que elas “corporificam ideias” em experiências coletivas criando tanto a realidade como o senso comum. As representações sociais são formas de conhecimento prático, ou seja, o saber do senso comum (MOSCOVICI, 2003; SPINK, 2010).

A cristalização deste estigma⁴ repleto de representações negativas parece não se dissolver apesar do grande avanço tecnológico no campo da saúde, da enorme influência da medicina no desenvolvimento de técnicas e no tratamento de doenças graves como o câncer. A história dessa patologia é tão repleta de medo que faz o imaginário recuar a receios ancestrais cristalizando temores e expectativas que resistem aos avanços da ciência (BARBOSA; FRANCISCO, 2007; SILVA, 2008).

As representações a respeito do câncer foram construídas ao longo do tempo, *a priori* pela falta de conhecimento e recursos para tratar a doença, *a posteriori* pelo fato de, na maioria das vezes, as pessoas serem diagnosticadas em fase avançada da doença, quando não há mais perspectiva de controle ou remissão (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008). Os altos índices de mortalidade por câncer, verificados atualmente, contribuem para que, apesar de se constituir numa doença prevenível e curável, na maioria dos casos, carregue ainda, no imaginário social, uma intensa carga de ameaça de morte.

Apesar de se caracterizar como uma doença grave e de risco, o câncer já é considerado uma doença popular, e, portanto, não é vista apenas como sinais e sintomas reunidos, mas como uma enfermidade carregada de significados simbólicos, morais, sociais, psicológicos, capaz de produzir ressonâncias na forma do indivíduo vivenciá-la, interferindo no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença (BARBOSA; FRANCISCO, 2007; SILVA, 2008; MARUYAMA et al., 2006).

Outro fator preponderante é que, independente da intervenção adotada, o tratamento deixa marcas no paciente como incapacidade laboral, dificuldades para reabilitação, mutilação, etc., e como toda doença abarca, ao mesmo tempo, um elemento orgânico e outro psicológico. O indivíduo com câncer precisa também lidar com seus sentimentos relacionados à doença, suas fantasias e

4. Os gregos criaram o termo estigma (marca ou impressão) para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o *status* moral de quem o apresentava. Hoje, o termo estigma é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, que inabilita o sujeito para a aceitação social plena. O estigmatizado é uma perspectiva gerada em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas (intencionalmente ou não) (GOFFMAN, 2008).

preocupações relacionadas à morte, ao tratamento, às mutilações e à dor (VENÂNCIO, 2004). O que se observa em relação ao câncer é que o medo não é de morrer e sim medo de morrer de câncer pelas possibilidades do morrer que se tem (BARBOSA; FRANCISCO, 2007).

Uma pesquisa realizada no país, em 2003, verificou entre os entrevistados a crença na fatalidade da doença, e na impossibilidade de cura. A doença foi apontada como terrível, trágica, capaz de deteriorar o corpo, como um verme que vai comendo a pessoa por dentro, e capaz de causar invalidez, sofrimento (CESTARI, 2005).

Em 2007, o Instituto Nacional do Câncer realizou uma pesquisa em todo o país que veio comprovar que o estigma da doença continua. Ao responder a pergunta “Quando você pensa em câncer, qual é a palavra que vem a sua cabeça?”, a maioria dos entrevistados usou termos que remetem à morte e a emoções negativas, como tristeza, desespero, sofrimento, perda, dor, medo, maldição, desgraça. A pesquisa também evidenciou que uma grande parcela da população acredita que o câncer possa ser tratado e um número menor acredita que é possível viver bem. Outro dado significativo é que as pessoas já não acreditam mais que o câncer seja contagioso (BRASIL, 2007). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas entre 2006 e 2008 com o intuito de conhecer a estrutura representacional do câncer para seus portadores (OLIVEIRA; GOMES, 2008; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

É possível perceber que o significado da doença tem uma dimensão temporal, está sempre em transformação, contudo o estigma negativo permanece enraizado ao câncer tal qual o tumor no enfermo. Frente a todas as representações e estigmas vinculados ao câncer, nota-se no paciente oncológico uma sucessão de crises que se inicia pelo impacto do diagnóstico, seguida da carga emocional gasta durante o tratamento.

A adaptação do paciente ao câncer, suas reações frente à doença, ao tratamento e à reabilitação depende muito de quem ele é, de suas características individuais, da sua idade, sexo, ocupação, sua história de vida, contexto cultural e social, antecedentes educacionais, espiritualidade, atitudes filosóficas frente à vida e de inúmeras variáveis psicológicas. Essas individualidades, ou seja, a construção subjetiva são determinantes na forma do paciente avaliar sua doença e se portar frente a ela (BARBOSA; FRANCISCO, 2007; VENÂNCIO, 2004).

Outro fator imprescindível para a longa jornada do paciente na busca pelo equilíbrio e pela saúde está vinculado à comunicação adequada feita pelo especialista, que deve ser sensível às respostas do paciente que precisa desesperadamente de seu suporte no sentido de aplacar seus medos e lhes dar esperança nesse momento devastador de sua vida (LINVER, 2009).

II – Material e métodos

2.1 – Participantes

Participaram da pesquisa dois pacientes um do gênero feminino e o outro masculino, com diagnóstico de câncer. O critério de inclusão na amostra para os pacientes foi ser portador de algum tipo da doença e ter conhecimento de seu diagnóstico. Também foram entrevistados dois médicos oncologistas, do gênero masculino, o critério de inclusão para os médicos foi de uma experiência mínima de cinco anos em oncologia, e tempo de atuação na instituição de pelo menos um ano. Os médicos e pacientes da amostra estavam vinculados a um Centro de Alta Complexidade em Oncologia⁵ do interior de Minas Gerais.

Além disso, a escolha dos entrevistados não se deu de forma aleatória, foi realizada com pacientes e médicos que estivessem disponíveis no momento e aceitassem participar do trabalho.

Ao escolher como objeto de investigação médicos e pacientes, consideraram-se estes os protagonistas da comunicação das más notícias, ou seja, emissor e receptor.

2.2 – Instrumento

Para a coleta de dados, os pesquisadores elaboraram, a partir dos dados sócio-bio-demográficos, perguntas referentes à idade, gênero, escolaridade, estado civil, profissão, religião, tempo de diagnóstico e tipo de câncer (pacientes), especialidade e tempo de experiência em oncologia (médicos) além de dois roteiros preliminares de entrevista.

Os roteiros foram elaborados pela pesquisadora com base no livro **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde, escrito por profissionais do Instituto Nacional do Câncer em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

5. Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) foram implantados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aumentar a capacidade de rede de serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se por CACON o hospital que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer e com capacidade de oferecer assistência integral aos pacientes (BRASIL, 2010).

O entrevistador conduziu a entrevista por meio dos seguintes eixos norteadores: médicos: a quem se comunica, a relevância da comunicação, preparo emocional e prático; pacientes: como ocorreu a comunicação, busca por informações, relevância da comunicação, desejo de ser informado, o que são más notícias. Esses eixos norteadores permitiram que fossem coletadas as informações no sentido de atingir os objetivos deste estudo.

2.3 – Procedimento

Após a autorização da instituição e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes, teve início a aplicação dos instrumentos, sendo respeitados todos os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos.

A entrevista foi organizada em duas partes. Em um primeiro momento, foi realizada uma caracterização dos sujeitos do estudo, através de uma identificação geral dos mesmos por meio da coleta dos dados sócio-bio-demográficos. Na segunda parte, procedeu-se à realização da entrevista propriamente dita, recorrendo-se ao uso do roteiro. Todos os participantes seguiram a mesma seqüência da entrevista.

Optou-se por realizar a entrevista semiestruturada, visto que este tipo de entrevista permite ao entrevistador acrescentar novas questões ao roteiro preliminar de perguntas com o intuito de aprofundar pontos considerados relevantes aos objetivos do estudo (MOURA; FERREIRA, 2005).

Durante as entrevistas, foi utilizado um gravador de voz a fim de registrar integralmente todo o conteúdo da fala e deixar o entrevistador livre para prestar atenção ao entrevistado. As entrevistas foram realizadas de forma individual. Com os pacientes, ocorreu à beira do leito, com os médicos, foi realizada em uma sala reservada do hospital, e tiveram em média 30 minutos de duração. Estas foram transcritas na íntegra e categorizadas, tendo por base a análise de conteúdo de Bardin (2004).

A partir da análise dos dados, foram elaboradas duas categorias para discussão: o processo de comunicação e os dilemas da comunicação.

III – Resultados e discussão

Considerando-se a relevância do tema, a presente investigação buscou traçar o caminho da emissão da comunicação das “más notícias”, através do discurso de médicos e pacientes sobre suas vivências em um centro de referência para tratamento em oncologia.

Para alcançar este objetivo, foram abordadas duas categorias, elaboradas a partir da análise dos dados. São elas: o processo de comunicação e os dilemas da comunicação.

No intuito de ilustrar a discussão dos dados, foram utilizados fragmentos das falas dos entrevistados, que direta ou indiretamente, se referem às categorias de análise.

3.1 – O processo de comunicação

Nesta categoria, foram apresentadas duas subcategorias, que perpassam a comunicação da má notícia, a saber: a má notícia em oncologia; e o porta voz e o receptor da má notícia.

3.1.1 – A má notícia em oncologia

Em relação ao câncer, a primeira má notícia, que passa pela cabeça ou não do paciente, porque é inconcebível pensar na sua possibilidade, é a morte. Fato que fica explicitado no discurso dos entrevistados.

A pior notícia com certeza seria se o tumor voltasse e ele (o médico) chegasse a dizer: olha realmente a gente já viu que não tem jeito que o tumor que veio agora é agressivo que ele tá se alastrando; com certeza seria a pior, porque a gente saberia que era [...] um fim (P1).
[...] ah eu não sei te dizer, a pior notícia, é que é tudo tão difícil, ehh não sei não (P2).

No que diz respeito ao câncer, as notícias nem sempre são boas, e considerando essa peculiaridade fica um questionamento: em relação ao câncer, a má notícia é sempre da morte?

Diagnóstico de tumor maligno; recidiva da doença; efeitos de cirurgias mutiladoras e incapacitantes (para o trabalho, para a vida de relações, para a sexualidade, para a autonomia na vida diária); a toxidade, e muitas vezes, ineficácia dos tratamentos quimioterápicos e os efeitos adversos da radioterapia; finitude das possibilidades terapêuticas; morte; perda de acesso venoso; algum benefício negado; falta de transporte; férias do profissional, gerando quebra de vínculo com o paciente; diagnosticar crianças, adolescentes, jovens adultos; constatar doença avançada em mulheres grávidas; prescrever tratamentos esterilizantes ou gravemente incapacitantes; anunciar aos pais a morte de seus filhos (BRASIL, 2010).

Apesar de ser estereotipicamente associado ao diagnóstico terminal, os exemplos supracitados são apenas algumas das inúmeras outras más notícias vinculadas ao câncer, apontadas por profissionais do INCA, exemplos estes que levam a questionar: A notícia é difícil para quem? Para quem emite ou para quem recebe?

Más notícias são qualquer notícia que drasticamente e negativamente alteram a visão de um paciente sobre si e seu futuro (VANDEKIEFT, 2001; BAILE et al., 1999). É consensual o entendimento da má notícia como difícil para o paciente e sua família, uma vez que altera seu ciclo de vida, sua organização e dinâmica.

Contudo, caminha-se para a ampliação do conceito de má notícia ao considerar que o profissional de saúde é o primeiro a receber a má notícia e ainda lhe cabe a árdua tarefa de comunicar ao paciente e seus familiares a notícia que para eles também se apresenta como má e difícil, mesmo não se tratando do seu adoecimento.

Enquanto você se dedica à clínica médica, a morte aparece, mas como algo a ser incansavelmente combatido. Na clínica oncológica, ela nos surpreende de outro jeito: a gente tem uma sensação como que de passividade, deparar-se com a impotência de ter que deixar a morte fazer, por assim dizer, o que quiser com o paciente (BRASIL, 2010, p. 23).

Ter que comunicar uma má notícia cria nos médicos um sentimento de impotência frente à doença que segue seu fluxo. Sua formação é baseada na busca incessante pela cura e a má notícia se apresenta como um empecilho ao alcance dessa meta.

3.1.2 – O porta-voz e o receptor da má notícia

Atualmente, a comunicação é considerada um instrumento fundamental para o relacionamento entre médico e paciente e para o alcance das metas terapêuticas. A definição do termo comunicação em um dicionário da língua portuguesa é “processo de emissão, transmissão e recepção de informações por meio de métodos e/ou sistemas convencionados”, sendo que informação é definida como “dados acerca de alguém ou de algo” (FERREIRA, 2000).

“A comunicação é um processo que envolve codificação (formação de um sistema de códigos) e decodificação (a forma de procurar entender a codificação) de mensagens. Essas mensagens permitem a troca de informações entre os indivíduos” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002, p. 136).

Dadas suas características, pode-se dizer que toda comunicação necessita de uma informação, contudo não basta uma informação para haver comunicação. A comunicação é um encontro entre emissor e receptor, portanto, é a “intenção e o desejo daquele que emite em contato com o desejo e defesa daquele que recebe, criando um sentido próprio” ao que se comunica (BRASIL, 2010, p. 60).

Considerando que para haver comunicação é necessário um emissor e um receptor da informação, a presente pesquisa buscou conhecer quais indivíduos ocupam esse lugar na comunicação em oncologia.

As falas evidenciam o médico como o porta voz da má notícia, por ser ele o primeiro profissional a obter as informações que permitem a elaboração e confirmação do diagnóstico e prognóstico do paciente.

[...] eu procurei um médico, o médico acessou lá o procedimento né e pediu uns exames, [...] foi um passo a passo ahã à medida que fomos investigando as coisas eram esclarecidas (P1).

[...] quando procurei o médico e fiz os exames e a biópsia ele falou que era câncer (P2).

O Código de Ética Médica (CFM, 2009) brasileiro dispõe que é dever do médico informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento. O código também já evidencia o paciente como o receptor das informações. As falas colhidas, por sua vez, demonstram que usualmente o receptor da mensagem é o próprio enfermo, em consonância com o código de ética.

3.2 – Os dilemas da comunicação

Nesta categoria, foram abordadas as subcategorias que expressam as questões que envolvem os dilemas enfrentados pelos profissionais com relação à comunicação de más notícias. São elas: o desejo de ser comunicado e o preparo para comunicar.

3.2.1 – O desejo de ser comunicado

O Código de Ética Médica (CFM, 2009) brasileiro dispõe que cabe ao médico esclarecer ao paciente os procedimentos a que pretende submetê-lo e garantir a este o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar. A não comunicação só se justifica nos casos em que a comunicação

direta possa provocar dano, como em casos de pacientes pediátricos ou quando suas condições físicas ou psicológicas não permitem uma correta compreensão de sua doença, nestes casos, a comunicação deve ser feita à família ou ao responsável legal. Portanto, a não comunicação é uma conduta de exceção sendo que o profissional deve reconhecer para quais pacientes a verdade deve ser omitida respeitando as disposições do código vigente.

[...] as consultas (ambulatoriais com o médico) [...] eu já trazia minha esposa e meu irmão, a comunicação se dava pra todo mundo em conjunto (P1).

Cada caso eh um caso, no Brasil é assim [...] a lei manda que se o paciente estiver em sã consciência ele deve saber de tudo, caso ele não esteja em sã consciência [...] eu preciso recorrer ao responsável legal [...]. Quando você vai dar a notícia aí você tem uma criança, você tem uma pessoa de maior, você tem um especial, um paciente com distúrbio psiquiátrico, você tem um idoso, então assim, você vai ver, você percebe normalmente qual é a postura da família, vai ter família que quer blindar o paciente e quando você percebe que a blindagem não vai fazer mal pro paciente [...] ou acaba até concordando que a blindagem talvez faça bem pro paciente às vezes você conversa só com a família [...] quando a família quer blindar o paciente [...] mas você percebe que a informação deve ser dada você quebra a blindagem [...] o médico por si só dificilmente ele deixa de dar a má notícia [...] é muito mais fácil quando o paciente sabe (M1).

Se você fosse um familiar meu e o médico chegasse aqui na porta e falasse dá uma chegadinha aqui, eu me sentiria mal se essa chegadinha aqui fosse isolado, se eu não estivesse participando porque, além de certa forma, perder um pouco de confiança ehh uma vez aqui dentro é uma relação íntima de confiança eu entrego minha vida nas mãos dele [...] se não for um caminho de ida e volta, uma troca, ele informa e eu recebo, [...] eu preferiria que a verdade me fosse dada por ele, mesmo porque um milhão de questionamentos vai passar na minha cabeça e eu vou perguntar pra quem? (P1).

Evidencia-se pelas falas colhidas que a comunicação é feita ao paciente respeitando-se as exceções previstas pelo código. O discurso revela que o

paciente espera que o médico o comunique honrando a confiança nele depositada. Os pacientes são contra o “pacto de silêncio” entre médico e família, capaz de gerar a quebra do vínculo. Mais devastador que a má notícia é o desmentido por parte daqueles em quem mais se confia (BRASIL, 2010).

Numerosos estudos mostram que pacientes geralmente desejam franca e empática revelação de más notícias. Apontam também que é crescente o desejo de pacientes com câncer de receber informações com respeito a sua doença e relacionadas às opções de tratamento (VANDEKIEFT, 2001; BAILE et al., 1999; BUTOW et al., 1996).

Os resultados do presente estudo vêm evidenciar que o paciente já não ocupa mais o lugar de paciente, ao contrário, busca cada vez mais exercer sua autonomia, pondo fim à relação paternalista com o médico. Em dias atuais o “Dr. Google” é o primeiro a ser consultado sobre a saúde, em grande conta também são levadas as informações televisionadas, assim como os “palpites” de parentes e amigos, e enfim chega-se ao profissional de saúde.

[...] busco me informar tanto com os profissionais aqui de dentro quanto na internet, que a gente sempre fica com o pé atrás, né, porque a gente nunca sabe o que vai colher de verdadeiro ou não, então a gente pesquisa lá e traz pra cá (P1).

[...] eu estava assistindo o “Bem Estar” (Globo) e eles estavam falando de câncer, explicando tudo, e era igual ao que estava acontecendo comigo, eu já tinha marcado médico, mas ali eu já sabia que devia ser câncer (P2).

Apesar do desejo de ser informado, é importante ressaltar a dificuldade do paciente de fazer perguntas ao médico pela vergonha e/ou dificuldade de entendimento (BRASIL, 2010), fator que deve ser considerado ao se adotar o critério de esperar pelo questionamento do paciente.

Eu acho muito importante que nada seja omitido na medida em que o paciente pergunta, se o paciente quer ser informado toda informação deve ser dada [...] não se deve falar mentira nunca, né, então que... a gente tem que ter cuidado de responder apenas o que foi perguntado a gente não deve muito ehh informar mais do que o paciente gostaria de saber, mesmo o paciente perguntando claramente às vezes ele não está pronto pra ouvir (M2).

No discurso médico, é possível perceber que, muitas vezes, os profissionais procuram proteger os doentes de possíveis danos psicológicos em detrimento de potencializarem o conhecimento sobre a sua realidade.

Costa (2008) declara que começa no século XX uma tendência a ocultar e poupar o moribundo da gravidade de seu estado. A morte torna-se interdita porque apesar de ser parte integrante e inseparável da existência humana, a morte é capaz de gerar temor e angústia tanto para quem a enfrenta quanto para quem presta assistência a este.

Desde o primeiro código de ética médico americano, que data de 1847, essa preocupação já se fazia presente. O código dizia que a vida de uma pessoa pode ser encurtada não apenas pelas ações, mas também pelas palavras do médico, sendo assim, o médico devia guardar para si tudo aquilo que pudesse desencorajar o paciente e deprimir seu espírito (VANDEKIEFT, 2001).

O câncer é uma desordem orgânica que traz para o sujeito uma ameaça de morte real e iminente, ele faz com que o sujeito tenha que se defrontar com a própria finitude, e pensar na própria morte é algo da ordem do impossível para qualquer sujeito (PERALVA, 2008). “É muito raro o paciente perguntar se vai morrer” (M2).

O fato é que o ser humano não está preparado para a má notícia: nem para informar nem para receber, ninguém está preparado psiquicamente para a iminência da morte (BRASIL, 2010).

3.2.2 – O preparo para comunicar

Para o profissional de saúde, a comunicação constitui-se em instrumento básico para o cuidar, e apesar de ser *sine qua non* ao cuidar, a comunicação de más notícias é considerada como uma das situações mais difíceis na relação médico-paciente (VANDEKIEFT, 2001).

Além da preocupação comum de como as notícias irão afetar o paciente, outro fator que contribui para o momento da comunicação ser considerado tão difícil é o fato de a escola médica oferecer pouco, ou nenhum, treinamento formal em como discutir más notícias com pacientes e suas famílias, e em como manejar suas reações emocionais e comportamentais frente à comunicação (VANDEKIEFT, 2001; BAILE et al., 1999).

Butow et al. (1996) afirmam que a falta de preparo acadêmico para a entrevista de más notícias, conseqüentemente, faz com que os médicos dependam largamente de sua pouca experiência e juízo pessoal na hora de definir quando, onde e como comunicar, e destaca que devido à falta de preparo destes profissionais isso seja pouco recomendado.

Tivemos aulas de psicologia [...], tanatologia, foi muito discutido eutanásia, foi discutido ortotanasia [...] o curso não foi fraco neste ponto não (M2).

A gente tem a cadeira de psicologia médica e tem a cadeira de sociologia médica e, mas ela é uma cadeira que fica com uma restrição de tempo muito grande dentro da nossa formação [...] habitualmente a gente também não tem a bagagem de vivência dentro da medicina e nem dentro do ser humano pra gente perceber o quanto aquilo ali é importante (M1).

[...] você tem muito mais certo que se você opera um cara errado você mata um paciente do que se você dá uma notícia de forma errada você tá matando o paciente e acaba que você polariza a sua formação (M1).

Caixeta (2005) confessa em seu livro que de nada adiantaram os ensinamentos da faculdade de medicina uma vez que na cadeira de psicologia médica não tinha nem teoria pertinente nem prática, e menciona que como todo estudante cresceu sem conhecer a psicologia médica. No entanto, aprendeu a negar os sentimentos, transformar emoção em frieza e em distância.

Cabe ressaltar que no que diz respeito à comunicação não basta saber “o que fazer”, é preciso descobrir “como fazer”. O que deve ser dito? Quem deve dizer? Como deve dizer? Em que momento? Para quem? Tais questionamentos vêm intrigando médicos em sua prática clínica. Com o intuito de minimamente nortear esse momento, alguns estudiosos vêm criando protocolos, intervenções padronizadas, com o intuito de otimizar o processo. Dentre os protocolos, o mais conhecido é o SPIKES (BAILE et al., 2000), que pretende habilitar o médico a preencher os quatro objetivos mais importantes da entrevista de transmissão de más notícias: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro.

Apesar de existirem protocolos para orientar a comunicação de notícias difíceis, Linver (2009) ressalta que muitas das técnicas envolvidas no processo de comunicação são intuitivas, o próprio Baile et al. (2000) afirmam que seu protocolo não é completamente baseado em evidências empíricas.

Muitas vezes a gente pensa que o paciente tá preparado, a gente acha que vai ter uma reação dele e na verdade a gente tem uma coisa eh, não é na maioria dos casos, mas

às vezes a gente quebra a cara quando pensa que o paciente tá preparado, pensa que ele fez a pergunta certa na hora certa e a gente deixa as coisas claras e às vezes acontece, a avaliação dá gente não é sempre 100% correta nesses casos em que o paciente tá querendo uma resposta diferente da real né (M2).

O protocolo SPIKES coloca como tarefa do médico perceber a subjetividade, o desejo do paciente, mas tendo em vista que o médico não recebeu preparo para isso cabe questionar se essa função realmente deveria ser desempenhada por ele. Este questionamento abre a possibilidade de pensar no trabalho multi e interdisciplinar na área da saúde. A presença do psicólogo é obrigatória nos CACON, seu trabalho pode ser anterior ao momento da comunicação, a fim de investigar disponibilidade de escuta, sobrecarga emocional, apoio familiar, rede de apoio social, recursos de enfrentamento, dinâmica de personalidade, conhecimento sobre a doença, entre outras possibilidades; ferramentas estas de domínio do psicólogo, não do médico (IGNACIO; FAVARIN, 2010).

Profissionais do INCA encararam os protocolos como ferramentas com as quais se divide responsabilidade pela tomada de decisões, é como se pela primeira vez eles não tivessem que decidir tudo sozinhos (BRASIL, 2010). E não tem! O Ministério da Saúde tem implantado em todo o país a Política Nacional de Humanização que adota o conceito da Clínica Ampliada, que propõe considerar o doente como sujeito, no sentido de que ele tenha mais autonomia em relação à sua doença e seu tratamento, e do trabalho transdisciplinar valorizando a integração entre os vários profissionais que assistem ao paciente, favorecendo o trabalho em equipe, o diálogo entre os profissionais e favorecendo a troca de conhecimentos, de forma que cada saber seja reconhecido em sua especificidade e onde nenhum saber dá conta de tudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quando perguntados se receberam apoio após a comunicação das más notícias, os pacientes disseram:

Preocupação sempre tem [...] o que eu percebo mais durante todo o processo é uma alteração do ponto de vista emocional, às vezes eu me descontrolo mais [...] a reação de saber a notícia, de ouvir a notícia, foi assim de certa forma tem a estranheza da verdade de saber a verdade. Um apoio profissional psicológico eu não tive não [...] uma consulta com um profissional de psicologia aqui dentro eu

não tive [...] mas os médicos que estão me tratando, tudo que eu pergunto me explica (P1).

Ah o médico pegou os exames e me explicou que era câncer e que eu ia fazer cirurgia, quimio e tal, apoio mesmo eu recebi da família, e me peguei muito com Deus, a gente sabe que aqui no hospital é muita correria, o médico fala rapidinho e vai (P2).

[...] a gente devia ter mais tempo pra poder passar com o paciente, o volume de atendimento é muito grande, as exigências burocráticas são muito grandes [...] e isso é um obstáculo pra que a gente tenha tempo de conversar com o paciente [...] esgotando todas as questões que o paciente tem não deixando nada pra trás, não permitindo que o paciente volte pra casa com dúvidas (M2).

O protocolo prevê que o médico deve ser empático frente às manifestações emocionais do paciente durante a comunicação, manifestando sua solidariedade. Pesquisas apontam que o apoio posterior à comunicação é esperado pela maioria dos pacientes. Mas atribuir essa função ao médico não significa reforçar seu lugar de onipotência e onisciência? (IGNACIO; FAVARIN, 2010). As entrevistas demonstram que os médicos mal têm tempo para a emissão da comunicação da má notícia, função que cabe a eles tão somente por serem os profissionais de referência, como exigir desses profissionais apoio emocional e suporte psicológico para os pacientes?

Os dilemas relacionados à comunicação vão para além do “o que fazer” - que é orientado pelo código de ética - e do “como fazer” - que vem sendo orientado pela intensa produção de protocolos - os dilemas também perpassam o âmbito do “fazer ou não fazer, eis a questão”. No meio médico, há divergências quanto à conduta a ser tomada em relação à comunicação da notícia difícil. Em alguns lugares do mundo, defende-se que os pacientes devem saber tudo, enquanto que em outros, os médicos preferem revelar o diagnóstico eventualmente, ou para a família do doente (CAVALCANTI, 2005).

O ideal é que a gente sempre informe ao paciente e tem paciente que não quer saber e talvez seja direito dele também, e talvez eu esteja sendo estúpido falando pra ele cumprindo meu código de ética médica então é muito difícil [...] acho que não tem fórmula de bolo (M1).

Apesar de haver consonâncias em algumas preferências dos pacientes como nos mostram algumas pesquisas, por exemplo, com relação ao desejo de ser informado, definitivamente as preferências não são unânimes, variam em função da idade, gênero, escolaridade, nível social, cultural e econômico (BUTOW et al., 1996;CAVALCANTI, 2005). Por essa razão, Butow et al. (1996) consideram ser demasiada simplista a tentativa de aproximação de uma lista de recomendações padronizada à gama de individualidades representada pelos pacientes.

IV – Considerações finais

Longe de querer esgotar o tema, esta discussão sugere muito mais uma provocação ao leitor, uma vez que se está diante do subjetivo, falando de pessoas, que não são previsíveis, que não se encaixam em um protocolo padrão, por terem uma história de vida particular, por serem únicas.

Quanto à comunicação sabe-se que o paciente tem direito de saber de sua saúde, entender seu tratamento e procedimentos a que será submetido, conhecer seu diagnóstico e as reais possibilidades de recuperação. Seus direitos de saber sobre si e tomar decisões sobre sua vida não podem desaparecer quando o indivíduo se torna um paciente, e é dever do médico informá-lo sobre sua situação. Os resultados demonstram que os pacientes desejam ser informados, e que, na medida do possível, os médicos têm buscado comunicar tão logo as informações se confirmem.

O esforço no sentido de compreender as preferências do paciente com câncer e compará-las com a prática médica da comunicação de más notícias se justifica, uma vez que o adoecer é uma vivência que ultrapassa o corpo e acarreta mudanças significativas na vida de quem o enfrenta.

O maior desafio no que se refere à comunicação da má notícia parece residir no hiato existente entre o que o médico tem a dizer e o que o paciente suporta saber. A comunicação das más notícias se assemelha a abrir a Caixa de Pandora⁶, deixando escapar todos os males que atormentariam a existência do

6. Uma das versões do Mito da Caixa de Pandora conta que Zeus com desejos de vingança cria Pandora, a primeira mulher, e dá a ela uma caixa na qual estavam contidos todos os males dos quais a humanidade ainda estava liberta. Cedendo à sua curiosidade Pandora abre a caixa e deixa escapar todos os males que atormentariam os humanos. Assustada, ela fecha a caixa a tempo de manter aprisionado o único dom ali armazenado, a esperança (CABRAL, s/d).

homem, tudo aquilo que deveria ser mantido em segredo. E a grande questão que se apresenta é como fazer para manter o único dom positivo ali depositado: a esperança.

O que se conclui com esse estudo é a necessidade de uma “revelação individualizada” através da qual o profissional considere a individualidade de cada paciente quanto ao seu desejo e à sua capacidade de lidar com informações detalhadas sobre sua doença, para que não haja discordância entre o que o profissional quer dizer e o que o paciente quer saber.

Referências

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BAILE, Walter F. et al. Communication skills training in oncology: Description and Preliminary Outcomes of Workshops on Breaking Bad News and Managing Patient Reactions to Illness. **Cancer**, v. 86, n. 5, sept. 1999. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19990901\)86:5%3C887::AID-CNCR27%3E3.0.CO;2-X/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(19990901)86:5%3C887::AID-CNCR27%3E3.0.CO;2-X/pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2012.

_____. SPIKES – Um protocolo em seis etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. Tradução Rita Byington. **The Oncologist**, v. 5, 2000. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/24808814/977869905/name/SPIKES+tradu%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BARBOSA, Leopoldo N. F.; FRANCISCO, Ana L. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100003>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.

BOCK, Ana M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **INCA divulga pesquisa de opinião dos brasileiros sobre o câncer.** 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1396>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Instituto Nacional do Cancer. **Magnitude do câncer no Brasil.** 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_magnitude_cancerbrasil.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** 2012a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tbregioes_consolidado.asp>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer?** 2012b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção e fatores de risco.** 2012c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento do câncer.** 2012d. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

BRENTANI, Maria M.; COELHO, Francisco R.G.; KOWALSKI, Luiz P. **Bases da Oncologia.** 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Ed. Tecmedd, 2003.

BUTOW, Phyllis N. et al. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. **Cancer**, v. 77, n. 12, jun. 1996. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960615\)77:12%3C2630::AID-CNCR29%3E3.0.CO;2-S/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(19960615)77:12%3C2630::AID-CNCR29%3E3.0.CO;2-S/pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2012.

CABRAL, João F. P. **Caixa de Pandora.** s/d. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/filosofia/caixa-de-pandora.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2012.

CAIXETA, Marcelo. **Psicologia Médica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

CASCAIS, Ana F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a07.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

CAVALCANTI, Desiree R. Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê?. **Pan-American Family Medicine**

Clinics, v. 1, 2005. Disponível em: <http://www.apamefa.com/publicacoes/vol012005/vol012005_Comunicacao_diagnostico.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

CESTARI, Maria E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. Londrina, 2005, 167p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa interinstitucional USP/UEL/UNOPAR. Disponível em: <http://projektoradix.com.br/arq_artigo/teses/Cestari_MEW.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM n. 1931/2009. Brasília, 17 de set de 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

COSTA, Maria L. P. da. A morte: evolução e desafios da finitude. **NEArco Revista Eletrônica de Antiguidade**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.nea.uerj.br/nearco/arquivos/numero1/arquivo10.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2012.

FERREIRA, Aurélio B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Tradução de Márcia B. M. L. Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

IGNACIO, Michele G.; FAVARIN, Rafael N. Más notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. **Boletim eletrônico SBPO**, v. 7, n. 1, jan/fev/mar 2010. Disponível em: <http://www.sbp.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012.

JEMAL, Ahmedin et al. Global cancer statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, n. 2, march/april 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

LINVER, M. N. Delivering bad news: a vital skill for professionals involved in breast cancer care. **Breast Cancer Online**, v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=5915632&jid=BCO&volumeId=12&issueId=02&aid=5915624&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

MARUYAMA, Sônia A. T. et al. O corpo e a cultura como locus do câncer. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 2, mai/ago 2006. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../4886>. Acesso em: 14 jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, Maria L. S. de.; FERREIRA, Maria C. **Projetos de pesquisa**: elaboração, redação e apresentação. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2005.

OLIVEIRA, Ana P.; GOMES, Antônio M. T.A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a12.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

PERALVA, Elisa L. M. O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida. **Práxis e Formação UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXI/pdf/a0607ar11.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.



PINHEIRO, Úrsula M. S. **Más notícias em oncologia**: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros. Rio Grande do Sul, 2012. 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao%20Ursula%20Pinheiro.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

SILVA, Shirley S.; AQUINO, Thiago A. A.; SANTOS, Roberta M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000200006&script=sci_abstract>. Acesso em: 18 jul. 2012.

SILVA, Lucia C. da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005>. Acesso em: 11 jul. 2012.

SPINK, Mary J. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VANDEKIEFT, Creeg K. Breaking bad news. **American Family Physician**, v. 64, n. 12, dec. 2001. Disponível em: <<https://www.communitycarenc.org/elements/media/files/breakingbadnews-communication-skills.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.



VENÂNCIO, Juliana L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.