

O processo de informação e comunicação em saúde com usuários em tratamento oncológico

The health information and communication process with users undergoing oncology treatment

El proceso de información y comunicación en salud con usuarios en tratamiento oncológico

Luiza Vieira Xavier^{1,a}

psi.luizaxavier@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-5106-8430>

Luiza Medina Tavares^{1,b}

luizamedina@hotmail.com | <https://orcid.org/0009-0005-1133-5054>

Jeferson Nascimento dos Santos^{1,c}

jefersonmcr@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-8183-2962>

¹ Hospital Central do Exército. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^a Especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército.

^b Mestrado em Clínica e Pesquisa em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

^c Especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer.

RESUMO

O debate a respeito da comunicação na 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. Esta pesquisa teve como principal objetivo conhecer, a partir da perspectiva dos usuários, o processo de comunicação com a equipe de saúde no ambulatório de oncologia. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, na qual foram empregadas entrevistas semiestruturadas como método de coleta de dados. Os resultados demonstraram que a comunicação no ambiente ambulatorial é atravessada por diversas barreiras, sobretudo acerca das habilidades em comunicação dos profissionais. A pesquisa aponta como conclusão a existência de uma persistente hegemonia biomédica e a verticalização dos saberes, que afetam a autonomia dos usuários, dificultando os processos de informação e comunicação e, como consequência, contribuindo para o silenciamento dos usuários.

Palavras-chave: Oncologia; Informação e comunicação em saúde; Pacientes ambulatoriais; Psico-oncologia; Equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

The debate regarding communication in health, especially the skills of professionals dealing with users, has been running through the literature for years, pointing to a chronic problem in the construction of humanized care assistance. The main objective of this research was to understand, from the users' perspective, the process of communication with the health team in the oncology outpatient clinic. This is a descriptive research, qualitative in nature, where semi-structured interviews were used as a data collection method. The results demonstrated that communication in the outpatient environment has several barriers, especially regarding the communication skills of professionals. The research points out as a conclusion the existence of a persistent biomedical hegemony and the verticalization of knowledge, which affect the autonomy of users, hindering information and communication processes and, as a consequence, contributing to the silencing of users.

Keywords: Medical oncology; Health communication; Outpatients; Psycho-oncology; Patient care team.

RESUMEN

El debate sobre la comunicación en salud, especialmente las habilidades de los profesionales con los usuarios, recorre la literatura desde hace años, señalando un problema crónico en la construcción de la asistencia humanizada. El principal objetivo de esta investigación fue comprender, desde la perspectiva de los usuarios, el proceso de comunicación con el equipo de salud en el ambulatorio de oncología. Se trata de una investigación descriptiva, de carácter cualitativo, donde se utilizó como método de recolección de datos la entrevista semiestructurada. Los resultados demostraron que la comunicación en el ambiente ambulatorio está atravesada por varias barreras, especialmente en lo que respecta a las habilidades comunicativas de los profesionales. La investigación señala como conclusión la existencia de una persistente hegemonía biomédica y la verticalización del conocimiento, que afectan la autonomía de los usuarios, dificultando los procesos de información y comunicación y, como consecuencia, contribuyendo al silenciamiento de los usuarios.

Palabras clave: Oncología médica; Comunicación en salud; Pacientes ambulatorios; Psicooncología; Grupo de atención al paciente.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção ou desenho do estudo: Luiza Vieira Xavier; Luiza Medina Tavares; Jeferson Nascimento.

Coleta de dados: Luiza Vieira Xavier.

Análise de dados: Luiza Vieira Xavier.

Interpretação dos dados: Luiza Vieira Xavier; Luiza Medina Tavares; Jeferson Nascimento.

Todos os autores são responsáveis pela redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do texto, pela versão final publicada e por todos os aspectos legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: não houve.

Considerações éticas: cada participante foi orientado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e todos assinaram o documento para participação na pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Naval Marcílio Dias, sob CAAE 69603323.3.0000.5256, e aprovado pelo parecer n. 6.166.920, de 6 de julho de 2023.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: não há.

Histórico do artigo: submetido: 1 abr. 2024 | aceito: 1 out. 2024 | publicado: 28 mar. 2025.

Apresentação anterior: sim.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Recis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

INTRODUÇÃO

O debate a respeito da comunicação no contexto da saúde, sobretudo das habilidades dos profissionais com os usuários, se dá há anos no contexto acadêmico, apontando um problema crônico na construção de uma assistência de cuidado humanizada (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014; Teixeira, 2004). Essa discussão ganha relevância diante da crescente complexidade das interações, em que a comunicação não se restringe 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.

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

A comunicação do diagnóstico de câncer é tratada por pesquisadores (Soares; Polejack, 2016) como uma tarefa perturbadora, uma vez que as repercussões são consideradas desafiadoras para a equipe interdisciplinar, sobretudo para os médicos, que são os responsáveis legais em diagnosticar a doença e indicar os tratamentos possíveis (Conselho Nacional de Medicina, 2009). A literatura destaca que, diante de cenários em que há dificuldade de interação com usuários ou poucas possibilidades de intervenção – ou mesmo impossibilidade de cura de uma doença –, os profissionais da saúde sentem-se fracassados e impotentes. Outro fator influente é o medo de que o usuário piore com a notícia sobre seu quadro de saúde ou de que ele não tenha estrutura psíquica e emocional para lidar com uma notícia ruim (Cancilieri *et al.*, 2022; Gilligan *et al.*, 2017).

Por outro lado, diversos estudos (Gulinelli *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 (PNH) (Brasil, 2003) e a lei n. 14.238 (Brasil, 2021), garantem o acesso do usuário ao seu diagnóstico, normatizando que o médico tem o dever ético e legal de informar o usuário sobre seu cenário de saúde, dessa forma promovendo sua autonomia. Para além dessas 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 profissionais envolvidos na rede de assistência (Barcellos, 2019).

Portanto, esta pesquisa propõe-se a conhecer o processo de comunicação entre a equipe de assistência do ambulatório em oncologia e os usuários assistidos, sob a perspectiva dos usuários. A decisão de realizar a pesquisa a partir da perspectiva dos usuários se deu, sobretudo, pela intenção de escutá-los e permitir que opinassem sobre o processo de comunicação e informação ao longo do tratamento. Serão investigados 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 usuários e profissionais de saúde; e, por fim, como o vínculo pode interferir na aderência ao tratamento.

MÉTODO

Este estudo, de caráter descritivo e qualitativo, foi realizado em um hospital geral militar no estado do Rio de Janeiro, composto por diversas especialidades profissionais, incluindo a oncologia voltada para adultos, uma vez que a instituição não apresenta um setor oncológico pediátrico. Até o momento desta

pesquisa todos os diagnósticos oncológicos em adultos eram acolhidos pelo hospital, com destaque para os cânceres de mama, de próstata e ginecológicos. As pesquisas qualitativas destacam-se ao enfatizar os significados relacionados a diversos fenômenos, baseando-se no princípio de que esses significados estão intrinsecamente ligados às ações humanas, sejam elas individuais ou coletivas. Segundo Minayo (2012), a análise qualitativa busca compreender os processos sociais e culturais, considerando a subjetividade do indivíduo e as complexidades dos elementos envolvidos. Neste caso, volta-se o olhar para as experiências do sujeito, reconhecendo suas narrativas e perspectivas.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2023, de maneira sigilosa, nas salas de atendimento ambulatorial de psicologia do setor de oncologia do hospital. A ferramenta utilizada foi a entrevista semiestruturada, visando explorar as experiências e perspectivas dos participantes em relação ao tema. Todo o material foi gravado, transcrito na íntegra e tratado com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977), que permite uma análise crítica e aprofundada dos dados. Essa técnica valoriza as narrativas de cada participante, ao tentar encontrar pontos em comum nos relatos.

A perspectiva do usuário é fundamental para a construção desta pesquisa, permitindo dialogar com a literatura existente e o contexto social das experiências dos participantes. Foram seguidas três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Participaram da pesquisa usuários maiores de 18 anos em acompanhamento no ambulatório de oncologia, que não estiveram internados. Para preservar a confidencialidade dos participantes, foram designadas siglas (P1, P2, P3 etc.) durante a análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa dez usuários, 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 dos participantes variaram entre 35 e 80 anos. Dos dez participantes, cinco têm ensino superior completo; três, ensino médio completo; e dois, ensino fundamental incompleto.

Com o objetivo de compreender a experiência e os significados atribuídos pelos usuários de acordo com suas experiências e vivências, ao longo do processo de tratamento, os dados coletados foram divididos em quatro eixos temáticos: 1) Narrativas acerca do recebimento do diagnóstico de câncer; 2) Comunicar também é acolher; 3) Quem comunica o quê e 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

Esse eixo apresenta aspectos importantes que perpassam as narrativas dos participantes, destacando-se as experiências vivenciadas e o processo de revelação do quadro clínico. O primeiro aspecto, e o 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. A seguir, seguem três trechos de entrevistas. O primeiro conta como foi o início do tratamento quimioterápico, já o segundo, como foram o tratamento cirúrgico e o tratamento clínico. Por fim, no terceiro trecho, percebe-se o atravessamento gerado pela ausência de informações entre paciente e equipe de saúde.

“Aí, fui, comecei a fazer. [A médica] não me explicou o tratamento, não me explicou como é que ele era, o tipo dele [de 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 quê 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 tô 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 [os 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)

Conforme o Estatuto da Pessoa com Câncer, a informação clara e confiável sobre a doença e seu tratamento é fundamental no atendimento ao paciente oncológico (Brasil, 2021). No entanto, a literatura revela vários desafios na implementação das normas. Segundo Surbone (2008), a comunicação em oncologia é dificultada por múltiplos fatores, como a gravidade da doença, o estigma associado ao diagnóstico e as incertezas sobre o prognóstico. Em uma pesquisa brasileira (Soares; Polejack, 2016), a revelação do diagnóstico de câncer foi descrita 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. Nessas situações, é papel da equipe de saúde fomentar os questionamentos do usuário, demonstrando interesse por suas dúvidas e, principalmente, iniciando 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 e complexidade de informações fornecidas durante o atendimento pode ser um obstáculo à compreensão do conteúdo, resultando em uma assimilação pouco esclarecida por parte do indivíduo.

Vale ressaltar que, para o usuário oncológico, muitas vezes o conhecimento do diagnóstico não basta para que ele elabore seu processo de doença ou encontre subsídios suficientes para construção do seu modo de regulação emocional, sendo necessário que ele esteja implicado no seu processo de cuidado. Segundo Valla (1996), a experiência do profissional não ocorre da mesma forma que a da população. Ou seja, a narrativa que pode ser suficiente para o profissional pode não atender às necessidades do sujeito, principalmente, porque o processo dialógico não se estabelece e a compreensão mútua não é verificada. A ausência dessa dinâmica interfere diretamente na construção dos recursos de enfrentamento do sujeito (Pereira; Branco, 2016).

Apesar de o processo de comunicação requerer a participação ativa do usuário no seu processo de cuidado e na elaboração do diagnóstico, 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. Contudo, o usuário tem autonomia para decidir sobre aquilo que deseja ou não acessar. No relato a seguir, nota-se que o uso de linguagem técnica, utilizada pela profissional, e a falta de diálogo com a usuária dificultaram a assimilação das informações. Nos casos de insatisfação na comunicação, os participantes entrevistados procuraram a internet como solução para auxiliar no entendimento dos termos escutados.

“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 [a médica] falou assim: “A literatura fala que só acima de tal tamanho que a gente faz quimio”. [...] 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 [essa] fala a nossa língua.” (P10)

O uso de jargões entre os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, é comum no ambiente hospitalar. Monteiro e Quintana (2016) afirmam que os médicos frequentemente iniciam as interações utilizando termos técnicos, o que resulta numa abordagem diretiva e rápida. Caprara e Rodrigues (2004) afirmam que 39% dos médicos no Ceará têm dificuldades de comunicar claramente os problemas de saúde aos pacientes. A comunicação eficaz é fundamental, e o uso de linguagem inadequada pode comprometer a compreensão do diagnóstico e o tratamento, prejudicando a adesão ao cuidado (Davis *et al.*, 2001).

Além disso, a linguagem técnica tende a afastar o paciente, que pode se sentir inibido ou envergonhado por não entender os termos. A internet é uma aliada na compreensão de termos de saúde, especialmente para pacientes com câncer (Castleton *et al.*, 2011; Shen *et al.*, 2015). Contudo, o indivíduo precisa ter certa habilidade para acessar informações precisas e verdadeiras, entender diferentes formas de enunciação, para dar sentido aos conteúdos disponíveis nas plataformas e aplicá-los em seu próprio cuidado de saúde, capacidade que a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) classifica como literacia ou letramento em saúde. Cabe aos profissionais tornar acessíveis aos usuários as informações sobre saúde, de forma flexível, buscando compreender as dificuldades que possam advir (Davis *et al.*, 2001).

Nesta pesquisa, dos dez participantes entrevistados somente uma afirmou ter compreendido de maneira satisfatória, desde o início, as informações sobre seu estado de saúde e o funcionamento do tratamento. Isso permitiu a ela exercer autonomia ao tomar decisões, antes de iniciar o processo de cuidado. O trecho a seguir relata a importância da comunicação com a equipe de saúde no percurso dessa usuária.

“O atendimento foi tranquilo. Ela [a médica] deixou tudo muito claro. Não teve medo de falar que eu tinha câncer. 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. Na consulta, eu perguntei se eu poderia beber. Elas [a médica e as enfermeiras] me disseram que eu não poderia beber, elas me disseram que eu não podia. Foi onde eu soube. 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)

No trecho, a usuária relata a importância dada às suas dúvidas pelas profissionais. Nota-se ainda que o diálogo foi fortalecido pelas profissionais, que desde o início estabeleceram um diálogo honesto com a usuária acerca de seu diagnóstico clínico. Posteriormente, acolheram os questionamentos da usuária e contextualizaram as dúvidas, explicando os motivos das mudanças de hábitos que fariam parte de seu cotidiano. Embora a usuária tenha ensino superior completo, esse fator não parece ter influenciado na estabilização do diálogo entre profissional e paciente, pois outros participantes com o mesmo nível de escolaridade não tiveram a mesma experiência.

Os princípios bioéticos da corrente principialista, fundamentada por Beauchamp e Childress (2019), são definidos pelos conceitos de autonomia, de beneficência, de não maleficência e da justiça. No caso anterior, observa-se que, a partir de uma comunicação efetiva, a usuária exerceu o princípio da autonomia. Os princípios bioéticos são frequentemente utilizados no manejo de situações de assistência à saúde. A intenção é, acima de tudo, promover atendimento ético, além de delinear os limites e propósitos da intervenção humana na vida (Junqueira, 2007).

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 dos objetivos e das consequências dessa ação e de que sem compreensão não pode haver autonomia. É a partir dessa dinâmica que se constrói o modelo participativo de cuidado, no qual o usuário atua enquanto protagonista

do seu processo de tratamento, recebendo suporte profissional de sua equipe, ambos atuando como agentes ativos do processo de decisão.

É importante ressaltar que o conceito de autonomia elencado enquanto propositivo no cuidado do sujeito é sempre relacional. Isto é, o desejo e saber do usuário, assim como o saber técnico do profissional, deve ocupar espaço e ser respeitado no processo de troca. De acordo com Soares e Camargo Jr. (2007), mesmo que o usuário se encontre fragilizado e necessitando de cuidados no momento de seu adoecimento, a autonomia tem potencial de fortalecimento, mas para isso se faz necessário reconhecer as pluralidades na relação, sobretudo evitando que a relação profissional-usuário seja não de dependência, mas, sim, de cooperação.

Comunicar também é acolher

Esse eixo agrega relatos acerca de experiências vivenciadas ao longo do tratamento ambulatorial, sobretudo a partir da perspectiva do uso de tecnologias de cuidado. 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.

“Ela [a médica] não conversa muito. Ela não fala muito, não. Se você me perguntar, ela não fala. [...] 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, tá 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)

A segunda participante conta ter se sentido cerceada quanto às suas dúvidas e aos seus questionamentos, o que a fez não participar 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)

No cenário de assistência à saúde, especialmente em casos de doenças complexas ou avançadas, utilizam-se as conferências familiares para um trabalho de estruturado com o paciente e sua rede de apoio. Segundo Galriça Neto (2003), essas conferências são intervenções previamente acordadas entre os profissionais. Nelas, compartilham-se informações e sentimentos, visando estabelecer vínculos entre os familiares, o paciente e a equipe de saúde. Em cuidados paliativos, como no caso de pacientes oncológicos, os principais objetivos dessas conferências são: clarificar os objetivos dos cuidados propostos, resolver problemas no cuidado e explorar dificuldades na comunicação.

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 – por exemplo, ao elucidar pontos relacionados ao cenário de cuidado em andamento, para então traçar uma conduta terapêutica. Essa dinâmica reúne, além dos profissionais, o usuário e a sua rede de apoio, caso necessário. A interconsulta acontece por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta.

A PNH também dispõe de diretrizes e dispositivos potentes diante de situações complexas de saúde, como a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular. A clínica ampliada parte da perspectiva de integração e articulação dos diferentes saberes, visando possibilitar um manejo mais eficiente da complexidade do

trabalho em saúde, entendendo-o como uma dinâmica multiprofissional. Um dos dispositivos que permitem a articulação da clínica ampliada é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), conjunto de condutas terapêuticas combinadas que resulta de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar, as quais são direcionadas para um indivíduo ou para um grupo (Brasil, 2010).

Merhy (2002, p. 48), ao discorrer acerca dos modelos assistenciais, pressupõe que o trabalho em saúde apresenta sempre uma dimensão relacional. O autor ressalta que a dimensão relacional comporta um tipo de tecnologia, uma vez que é orientado tecnologicamente no modo de estabelecer essas relações. Nesse cenário, a palavra tecnologia é utilizada como uma forma de descrever saberes constituídos para a produção de produtos singulares, organizações de ações humanas e até relações interpessoais.

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

Franco e Merhy (2012) afirmam que todo processo produtivo de cuidado envolverá necessariamente as três tecnologias ao longo do trabalho, mas a orientação tecnológica e a hegemonia do processo produtivo exercido por elas são o que diferenciam 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, na qual 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.

É comum que esse arranjo de tecnologias, com ênfase nas tecnologias leve-duras e duras, seja o modelo hegemônico em instituições de saúde, uma vez que essa estrutura tem caráter histórico em sua construção (Fox, 1997). Apesar de necessário e importante na assistência à saúde, de todos os tipos de tecnologias, além das relações de confiança, considerando o sujeito um 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 nesse modelo que a relação intercessora pode ser trabalhada, ou seja, as relações entre os sujeitos através do trabalho vivo possibilitam a construção conjunta dos projetos terapêuticos, pois consideram 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 é a forma como o acolhimento afeta o processo de compreensão de cada usuário. Nesse caso, quando questionados sobre se sentiram acolhidos no ambulatório de oncologia, os usuários que vivenciaram experiências negativas narraram com clareza os episódios ocorridos, demonstrando um atravessamento importante sobre seus processos de saúde-doença.

Ao longo da pesquisa, é perceptível 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. Vale destacar que os casos relatados a seguir são atendimentos realizados pela primeira vez no setor oncológico. Nenhuma das participantes prosseguiu com os profissionais referidos, evidenciando 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: “Pô, 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 [...] [para] a senhora” [fala da médica]. Eu falei: “Não tô pedindo pra senhora mentir pra mim, mas falar que é um pitbull...” (P6)

De acordo com publicações acerca do tema (Vaughn, 2020; Zwingmann *et al.*, 2017), não é necessariamente o conteúdo da mensagem que gera um impacto significativo nos sujeitos, mas a forma como o conteúdo é transmitido, transformando o lugar e a experiência em memórias marcantes para o indivíduo. Os resultados referenciados anteriormente corroboram com outras pesquisas realizadas e ratificam que o tempo não atenua a percepção dos usuários em relação à qualidade da comunicação da má notícia (Galriça Neto, 2003; Pereira, 2005). Os artigos de Shanafelt *et al.* (2014) e Yuguero *et al.* (2017) referem equipes de saúde que adotam uma comunicação que impede que o usuário expresse sua subjetividade devido às experiências vividas associadas à morte ou a cenários pouco responsivos ao tratamento oncológico e até como uma forma de autoproteção frente às repetidas exposições de sofrimento.

É fato que a honestidade é primordial na relação médico-usuário, entretanto, a manutenção da esperança é um fator correlacionado ao enfrentamento do câncer (Chi, 2007; Cohen *et al.*, 2021). A esperança tem sido relacionada com maior resiliência, diminuição da passividade, melhor qualidade de vida e menos dor e ansiedade em usuários com câncer avançado (Reincke; Bredenoord; van Mil, 2020). Apesar dessas análises, é importante ressaltar que a construção do conceito de esperança no cenário oncológico pode estar intrinsecamente relacionada aos aspectos culturais (Good *et al.*, 1990).

De acordo com Good *et al.* (1990), em algumas regiões da América, a noção de esperança apresenta um papel significativo, não só na construção da narrativa do sujeito enquanto ser individual, capaz de influenciar seus processos corporais através de seus desejos, mas também no atravessamento de todo o padrão de prática e desenvolvimento de terapias anticancerígenas. Em contrapartida, no Japão e no Oriente Médio, onde as relações usuários-profissionais são marcadas pela hierarquia e, principalmente, pelo paternalismo, revelar o diagnóstico para um paciente pode ser considerado cruel e inapropriado. Ou seja, a perspectiva da esperança, através de um olhar cultural, perpassa por toda a construção do cuidado que será fornecido em determinada sociedade. De acordo com Good e colaboradores (1990), é possível que as diferentes perspectivas não se resumam a apenas se dizer a verdade ou não, mas sim que elas partam de concepções diferentes acerca da natureza das comunicações e de como a relação se constrói com cada sujeito.

Outros elementos a serem considerados são os tipos de comunicação possíveis ao longo de um atendimento. No relato anterior, percebe-se a interferência da postura da profissional no trecho: *“Eu fiquei muito arrasada com a fisionomia e com o que eu escutei dela.”* Nesse ponto, a comunicação não verbal assume um papel importante na relação interpessoal. Em seu livro *Comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde* (2006, p. 47), Silva aponta que essa modalidade de

comunicação complementa a comunicação verbal e que, na comunicação verbal, o sujeito exterioriza o ser social, enquanto, na comunicação não verbal, exterioriza-se o ser psicológico.

Em contrapartida, ao prosseguirem nos atendimentos ambulatoriais, os entrevistados – incluindo os participantes que vivenciaram experiências negativas nesses espaços – ampliam sua percepção em relação ao acolhimento da equipe de saúde, apontando, como aspecto positivo, o fato de essa dinâmica influenciar seus processos de cuidado. A seguir, apresentamos dois relatos de usuárias 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 supertranquila, calma. Já chamou o pessoal da limpeza e botou aqui uns esparadrapos, pressionando um pouco. Mas assim, sabe? Não tinha nem por que 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 PNH (Brasil, 2003) descreve o acolhimento 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. A ambiência é outro conceito abarcado pela PNH (Brasil, 2010), que se refere aos ambientes social, físico e de relações interprofissionais. Apesar de ser marcada 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. Isso pode ser observado no relato anterior da P7, quando o manejo do profissional, ao comunicar por sua postura que tudo estava sob controle, tranquilizou a usuária quanto ao ocorrido no momento.

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

Esse eixo aborda questões estruturais, referentes à comunicação com a instituição de maneira organizacional, com ênfase nos desafios em relação ao fluxo do usuário dentro do contexto hospitalar. Além disso, nesse eixo, foram considerados o acesso à 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 – e as experiências em outros setores do hospital.

Em situações de emergência, nas quais os usuários necessitam de atendimento imediato, a instituição abordada neste estudo é considerada o lugar para o qual esses sujeitos devem se dirigir. Dessa maneira, pressupõe-se que, pelo fato de o usuário ser acompanhado de forma ambulatorial pela instituição, a comunicação entre ele e sua equipe de referência será facilitada, assim como o acesso à sua história pregressa. Todavia, a falta de conexão entre os setores do ambiente hospitalar foi o primeiro tópico em destaque nesse eixo. A seguir, destacamos trechos de entrevistas nas quais 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 confundir com outro [usuário], 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 que ficasse bem claro [as informações], e que tomassem uma providência sobre.” (P2)

A partir do entendimento de que o câncer é uma doença em que pode haver uma rápida progressão, a necessidade de rearticulação da rotina e as reprogramações são comuns no 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.

A literatura aponta que essa tem sido uma dificuldade encontrada em outras instituições de saúde de alta complexidade (Moreira; Rodríguez; Moscon, 2017; Souza *et al.*, 2020). Conforme estabelecido pela OMS (WHO, 2013), a comunicação é um dos cinco principais desafios que impactam na segurança do usuário. Portanto, a implementação de medidas voltadas para aprimorar o processo de emissão e transmissão de informações está alinhada às diretrizes globais, ao buscar a padronização e implementação de protocolos. Essas iniciativas têm como objetivos reduzir eventos adversos, promover maior segurança e aprimorar a qualidade do atendimento em saúde.

Outro ponto elucidado é a importância dos demais profissionais que atuam no hospital, como os da secretaria e da portaria no funcionamento da instituição. De acordo com as narrativas, esses profissionais participam ativamente do cotidiano do usuário adoecido pelo câncer, sendo agentes mediadores do serviço, portanto deveriam ter mais orientações sobre o funcionamento ambulatorial e hospitalar. Nos trechos a seguir, nota-se que, na primeira narrativa, o desconhecimento dos funcionários sobre a doença tratada no setor em que trabalhavam influenciou diretamente no processo de cuidado da usuária. No segundo trecho, 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 efetivos iniciam-se na 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. No cotidiano, esses sujeitos compõem e atravessam o cenário de cuidado junto com o usuário, criando vínculos afetivos e significativos no processo de tratamento do sujeito (Brasil, 2010).

As capacitações e até as propostas de educação permanente são articulações possíveis na instrumentalização desses profissionais. A PNH (Brasil, 2010) refere a educação permanente como um dos seus princípios

fundamentais, 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 (EPS) não seja apenas voltada para a aquisição de informações técnicas, mas também para o desenvolvimento de habilidades interpessoais.

Sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: criando novas pontes

Esse eixo discorre sobre os papéis ocupados pelos profissionais integrantes do programa e a colaboração dessas equipes para a garantia de assistência integral do usuário. Ao longo das entrevistas, os participantes mencionam a presença desses 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)

Por meio da lei nº 11.129 (Brasil, 2005), instituíram-se as Residências Multiprofissionais em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde no cenário nacional. Essas residências constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, direcionadas a profissionais da saúde, na forma de especialização por ensino em serviço. A possibilidade de atendimento em diversos setores permite o estreitamento das relações ambulatoriais por parte da equipe multiprofissional, uma vez que o profissional pode estabelecer vínculo com o usuário desde sua internação, ao conhecer sua história pregressa, no que se refere tanto ao quadro clínico quanto aos aspectos subjetivos. Esse dinamismo reforça a confiança entre profissional e usuário, articula o fluxo de encaminhamento do usuário entre enfermagem e ambulatório, e promove, em algum nível, o acesso à assistência multiprofissional desde a chegada do sujeito à instituição.

De acordo com os dados, outro ponto observado é a dinâmica estabelecida pelo programa, que proporcionou aos usuários do ambulatório conhecimentos considerados essenciais para o processo de cuidado. Um exemplo dessas articulações é a elaboração de materiais educativos de fácil compreensão, que, além de contribuir para o acesso à informação dos usuários, permite aproximar os usuários do cotidiano do serviço. A realização das salas de espera também se apresentou como um instrumento significativo na propagação do saber e na 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 [...], 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 [...]. É importante demais.” (P5)

Há pesquisas (Rosa; Barth; Germani, 2011; Teixeira; Veloso, 2006) que evidenciam os benefícios de iniciativas realizadas na sala de espera e que consideram esse ambiente um local de grande potencial para a

atuação das equipes e dos núcleos de apoio ao sujeito e à sua rede de apoio. Nesse espaço, a comunicação em saúde é fortalecida por estratégias de promoção e prevenção, com ênfase no empoderamento da população em relação ao autocuidado.

CONCLUSÃO

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 nos quais houve dificuldades na transmissão de informações de maneira clara, empática e compreensível aos usuários e às suas redes de apoio. Esse 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 foi a dificuldade de comunicação entre os diferentes setores do hospital, o que comprometeu parcialmente a vivência dos usuários e a qualidade do atendimento prestado. Nota-se que esse aspecto interfere no processo de consolidação da confiança entre usuário e hospital, podendo ser um fator de risco na segurança desses usuários. Obstáculos como falta de canais de comunicação estabelecidos, divergências de prioridades e até 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 e promovam uma cultura de trabalho colaborativa, que considere a integração da instituição de maneira ampliada (Bohrer *et al.*, 2016; Soares *et al.*, 2020).

Também vale ressaltar que este estudo considerou um recorte de espaço ao iniciar sua busca, o ambulatório de oncologia. Entretanto, ao final das análises, entendeu-se que essa divisão setorial – a do ambulatório – não é tão clara para todos os usuários, uma vez que eles entendem a instituição hospitalar abordada como um grande espaço de cuidado, confundindo-se por vezes os setores e as suas propostas.

Por fim, sabe-se que ainda é necessário melhorar o processo formativo em relação aos profissionais de saúde acerca do tema comunicação. A proposta da residência multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar, neste estudo, provoca o diálogo entre diferentes saberes e suas práticas. Essa articulação contínua promove uma perspectiva de transformação social, inerente ao trabalho de cuidados em saúde, proposta pelo SUS.

Entretanto, faz-se necessário rever os modelos de produção no qual os profissionais de saúde estão inseridos, como também avaliar outros fatores que interferem no modo de trabalho desses profissionais, impedindo-os de exercer 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 esses profissionais consigam atuar de maneira efetiva, a partir de perspectivas mais humanizadas.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, Guilherme Brauner. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA Paulo; MENDES, Walter (org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. 268. 149-168. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2>. Acesso em: 8 fev. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 8 ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- BOHRER, Cristina Daiana *et al.* Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50-60, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769219260>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>. Acesso em: 26 jun. 2024.

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 n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 22 nov. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/14238.htm. Acesso em: 3 fev. 2025.

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. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2025.

CANCILIERI, Rafaela *et al.* Facilidades e dificuldades na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes internados: percepção de pacientes. **Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 10, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32749>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32749>. Acesso em: 7 fev. 2025.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rXYfsjZY6H3cz7WMghp89dk/>. Acesso em: 3 out. 2023.

CASTLETON, Kimra *et al.* A survey of internet utilization among patients with cancer. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 19, n. 8, p. 1183-1190, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0935-5>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20556435/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

CHI, Grace Chu-Hui-Lin. The role of hope in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 34, n. 2, p. 415-424, mar. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1188/07.ONF.415-424>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573305/>. Acesso em: 5 ago. 2023.

COHEN; Michael G. *et al.* Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? **Cancer**, Hoboken, v.128, n. 6, p.1339-1345, 2021. DOI: DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.34034>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34787930/>. Acesso em 7 fev. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2025.

CORIO-LANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2023.

DAVIS, Terry C. *et al.* Childhood vaccine risk/benefit communication in private practice office settings: a national survey. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 107, n. 2, p. e17, fev. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.107.2.e17>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11158491/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

FOX, Ellen. Predominance of the curative model of medical care. A residual problem. **JAMA**, Chicago, v. 278, n. 9, p. 761-763, set. 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9286838/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 26 mar. 2023.

GALRIÇA NETO, Isabel. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 19 n.1, p. 68-74, 2003. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906>. Acesso em: 7 out. 2023.

GILLIGAN, Timothy *et al.* Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 35, n. 31, p. 3618-3632, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1200/jco.2017.75.2311>. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.75.2311>. Acesso em: 14 fev. 2025.

GOOD, Mary-Jo del Vecchio *et al.* American oncology and the discourse on hope. **Culture, Medicine and Psychiatry**, Dordrecht, v. 14, n. 1, p. 59-79, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00046704>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2340733/>. Acesso em: 27 jun. 2024.

GULINELLI, André *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**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100033>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/FLbrjzS5g5zT89M5PTB78FR/#>. Acesso em: 17 jul. 2023.

JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: RAMOS, Dalton Luiz de Paula (ed.). **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 2-14.

KUGBEY, Nuworza; MEYER-WEITZ, Anna; ASANTE, Kwaku Oppong. 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**, Limerick, v. 102, n. 7, p. 1357-1363, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399119300394>. Acesso em: 18 jul. 2023.

MELLO FILHO, Júlio de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a Atenção Integral à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 147-151, maio-ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PCvjMKkxFt9wwLjGyLJSMJw/#>. Acesso em: 15 set. 2023.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2023.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324221.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2025

MOREIRA, Geovana Andrea; RODRÍGUEZ, Vanessa; MOSCON, Daniela Campos Bahia. Comunicar com saúde: um estudo da comunicação interna em um hospital público. **Comunicação & Sociedade**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 209-236, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2175-7755/cs.v39n2p209-236>. Acesso em: 7 out. 2023.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 33-37, jan.-mar. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4mQQBv8qVYVnvYkF5hrMKVC/#>. Acesso em: 8 jul. 2023.

PEREIRA, Thayanne Branches; BRANCO, Vera Lúcia Rodrigues. As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, jan.-jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 ago. 2023.

REINCKE, Cathelijne M.; BREDENOORD, Annelien L.; VAN MIL, Marc Hw. From deficit to dialogue in science communication: the dialogue communication model requires additional roles from scientists. **EMBO Reports**, Oxford, v. 21, n. 9, p. e51278, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15252/embr.202051278>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32748995/>. Acesso em: 6 nov. 2023.

ROSA, Jonathan da; BARTH, Priscila Orlandi; GERMANI, Alessandra Regina Müller. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**, Erechim, v. 35, n. 129, p. 121-130, mar. 2011. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

SHANAFELT, Tait D. *et al.* Burnout and career satisfaction among US oncologists. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 32, n. 7, p. 678-686, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470006/>. Acesso em: 6 jun. 2023.

SHEN, Megan Johnson *et al.* Cancer-related internet information communication between oncologists and patients with breast cancer: a qualitative study. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 24, n. 11, p. 1439-1447, nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3752>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631285/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2006.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan.-abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SOARES, Larissa Sorayane Bezerra; POLEJACK, Larissa. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência & Saúde**, [Porto Alegre], v. 9, n. 1, p. 30-37, jan.-abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.1.22448>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/22448>. Acesso em: 5 jul. 2023.

SOARES, Mirelle Inácio *et al.* Estratégias para o desenvolvimento da comunicação em um hospital de urgência e emergência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. e-1308, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200045>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49984>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SOUZA, Melorie Marano de *et al.* Communication between pre-hospital and intra-hospital emergency medical services: literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, suppl. 6, p. e20190817, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0817>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TFLpCVHwXCzWXM4G4q7NNnb/#>. Acesso em: 24 ago. 2023.

SURBONE, Antonella. Cultural aspects of communication in cancer care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 16, n. 3, p. 235-240, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0366-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18196291/>. Acesso em: 9 jul. 2023.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr.-jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z4Jy4KyrH9Xp5rLfGvNybb/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

TEIXEIRA, José A. Caralho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/229>. Acesso em: 27 jul. 2023.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it... **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 274-277, set.-out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/?lang=en>. Acesso em: 23 jul. 2023.

VALLA, Víctor Vincent. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul.-dez. 1996. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71626>. Acesso em: 26 jun. 2024.

VAUGHN, Lewis. **Bioethics**: principles, issues, and cases. 4. ed. Nova York: Oxford University Press, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary of terms**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>. Acesso em: 7 fev. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The high 5s project**: interim report. Geneva: WHO Press, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241507257>. Acesso em: 7 nov. 2023.

YUGUERO, Oriol *et al.* Association between low empathy and high burnout among Primary Care physicians and nurses in Lleida, Spain. **European Journal of General Practice**, Amersfoort, v. 23, n. 1, p. 4-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774288/>. Acesso em: 15 set. 2023.

ZWINGMANN, Jelena *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**, New York, v. 123, n. 16, p. 3167-3175, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28378366/>. Acesso em: 15 set. 2023.