



COMUNICAÇÃO DE UMA MÁ NOTÍCIA: O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NA PERSPECTIVA DE PACIENTES E PROFISSIONAIS

COMMUNICATION OF A NEW MESSAGE: THE DIAGNOSIS OF CANCER IN THE PERSPECTIVE OF PATIENTS AND PROFESSIONALS

COMUNICACIÓN DE UNA MALA MOTICIA: EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y PROFESIONALES

Maria Cláudia Maia Costa¹, Cynthia de Freitas Melo², Darli Chahine Baião³, Ana Karine Sousa Cavalcante⁴

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos pacientes e profissionais da saúde sobre o diagnóstico de câncer e sua relação com a morte. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo, com quatro profissionais da saúde e quatro pacientes, que responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado, avaliado por meio da técnica de Análise de conteúdo. **Resultados:** o corpus geral foi dividido em dois blocos de análises. No primeiro, as entrevistas dos pacientes contabilizaram 273 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), distribuídas em seis categorias, que evidenciam que os pacientes no momento em que foram diagnosticados com câncer pensaram na morte como prognóstico. O segundo, as entrevistas com os profissionais, contabilizou 452 UCEs, distribuídas em seis categorias e quatro subcategorias, mostrando que os profissionais reconhecem a associação câncer-morte. **Conclusão:** o cuidado na notificação e esclarecimento sobre o diagnóstico é importante no processo de aceitação da doença e tratamento do câncer. **Descritores:** Diagnóstico; Comunicação; Câncer.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of patients and health professionals about the diagnosis of cancer and its relation to death. **Method:** this is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach with four health professionals and four patients, who answered a semi-structured interview script, evaluated through the technique of content analysis. **Results:** the general corpus was divided into two blocks of analysis. In the first block, the patient interviews counted 273 Elementary Context Units (UCEs), distributed in six categories, which show that patients diagnosed with cancer, thought of death as a prognosis. In the second block, the interviews with the professionals counted 452 UCEs, distributed in six categories and four subcategories, showed that the professionals recognize the cancer-death association. **Conclusion:** the care in the notification and clarification on the diagnosis is important in the process of acceptance of the disease and treatment of cancer. **Descriptors:** Diagnosis; Communication; Cancer.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los pacientes y profesionales de la salud sobre el diagnóstico de cáncer y su relación con la muerte. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, con cuatro profesionales de la salud y cuatro pacientes, que respondieron una guía de entrevista semi-estructurada, evaluada por medio de la técnica de Análisis de contenido. **Resultados:** el corpus general fue dividido en dos bloques de análisis. En el primero, las entrevistas de los pacientes contabilizaron 273 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), distribuidas en seis categorías, que mostraron que los pacientes en el momento en que fueron diagnosticados con cáncer, pensaron en la muerte como pronóstico. En el segundo, las entrevistas con los profesionales contabilizaron 452 UCEs, distribuidas en seis categorías y cuatro subcategorias, mostró que los profesionales reconocen la asociación cáncer-muerte. **Conclusión:** el cuidado en la notificación y aclaración sobre el diagnóstico es importante en el proceso de aceptación de la enfermedad y tratamiento del cáncer. **Descritores:** Diagnóstico; Comunicación; Cáncer.

¹Psicóloga, Universidade de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. Email: mariacaudia.5@hotmail.com; ²Psicóloga, Doutora em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. Email: cf.melo@yahoo.com.br; ³Psicóloga. Mestre em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: darlibaiao@gmail.com; ⁴Psicóloga. Mestranda em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: karine_cavalcante@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No início da Idade Média, a morte fazia parte do cotidiano das pessoas e os velórios se davam em casa com a família e os amigos. Assim como o nascimento, a morte era aberta ao público. As crianças participavam dos velórios, das conversas e não eram excluídas dos cortejos, aprendendo desde cedo a ver a morte como algo natural. Nessa época, a chamada “morte tradicional” era causada por epidemias e por sua falta de tratamento, havendo altas taxas de mortalidade e baixa expectativa de vida.¹

Ao longo do tempo, a visão sobre a morte e suas causas mudaram. A ciência médica progrediu, conseguindo diminuir as taxas de mortalidade e prolongar a expectativa de vida. A morte passou a ser um tema socialmente interdito, silenciado e, por vezes, negado. Também diminui o número de mortes por doenças ocasionadas por falta de cuidados sanitários ou atenção em saúde, aumentando o número de pessoas que morrem vítimas de “doenças modernas”, como doenças crônicas e câncer.²

O câncer é hoje uma dessas doenças que a ciência tem dedicado mais esforços, criando tecnologias em forma de equipamentos, medicamentos e técnicas médicas, que conseguem tratar e até curar os pacientes. Por outro lado, os procedimentos invasivos e o número ainda significativo de mortes por câncer o tornam uma doença temida e ainda vista como sinônimo de morte por seus pacientes.³⁻⁴ Por esse motivo, a comunicação do diagnóstico de câncer representa um momento muito sofrido para o paciente, seus familiares e para o profissional. Para pacientes e familiares, a ocorrência da doença e seu tratamento doloroso são marcados por pequenas perdas diárias (da saúde perdida, do cabelo que cai, do corpo mutilado, da separação do convívio familiar e dos planos de vida adiados ou perdidos) e pelo receio da possibilidade de morte.⁵⁻⁶

Faz-se necessário o cuidado atento da equipe interdisciplinar de saúde sobre os aspectos subjetivos do paciente e da relação equipe-paciente-família. Reconhece-se, pois, que uma efetiva comunicação profissional-paciente realizada desde o diagnóstico e durante todo o processo de tratamento e de perdas permite o reconhecimento das dúvidas e dos sentimentos associados à doença, representando a oportunidade de oferecer informação e apoio ao paciente e seus familiares.⁷

Para o profissional de saúde, a comunicação com o paciente ainda é algo difícil e falho, principalmente quando se refere à comunicação de algo indesejado, como o diagnóstico de câncer. A comunicação de “más notícias” é uma das tarefas mais difíceis e angustiantes na prática de profissionais da saúde, principalmente para os médicos, pela deficiência na capacitação das habilidades necessárias na formação acadêmica. Além disso, o medo da morte e a visão desta como sinônimo de fracasso provocam também o distanciamento emocional dos profissionais da saúde para com pacientes com prognóstico negativo.⁷

Além de planejarem estes momentos, faz-se necessário que os profissionais também trabalhem os seus próprios medos e estejam preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Reconhece-se, portanto, que um diagnóstico cuidadoso marca o início de uma boa relação entre paciente e equipe, facilitando a adesão ao tratamento.⁸

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender o olhar do paciente oncológico e dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico de câncer e a sua relação com a morte.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo. O estudo contou com dois grupos de participantes: quatro profissionais da saúde e quatro pacientes, seguindo o critério de saturação. Os critérios de inclusão foram: profissionais da saúde, que trabalham com pacientes oncológicos; e para os pacientes, homens ou mulheres com diagnóstico de câncer, maiores de 18 anos. Estes responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões sobre a compreensão do significado do diagnóstico de câncer e a sua relação com a morte.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com parecer N° 1.228.028, de 15 de setembro de 2015, foram contatados participantes previamente conhecidos e a partir destes indicados novos participantes por meio da técnica da bola de neve. Solicitou-se que estes lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo modelo foi elaborado de acordo com a resolução n° 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, informando ao participante que se trata de um estudo científico e que todas as informações serão mantidas em sigilo, bem como o anonimato de

sua participação. Em seguida, foram feitas entrevistas individuais, em ambiente reservado, de escolha dos mesmos, com o auxílio do gravador.

As entrevistas foram compreendidas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo, que se ocupa da análise das mensagens e possui como característica a orientação empírica, exploratória, vinculadas a fenômenos reais e de finalidade preditiva. Para o desenvolvimento da técnica foi utilizada a estrutura de etapas recomendadas: 1) organização da análise; 2) codificação da mensagem; 3) categorização; e 4) inferência.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpus geral foi composto por oito entrevistas, constituindo as Unidades de Contexto Inicial (UCI), divididas em dois blocos de análises. O primeiro bloco contemplou quatro entrevistas realizadas com os pacientes que contabilizaram ao todo 273 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), distribuídas em seis categorias: 1- Primeiras suspeitas acerca da doença; 2- Postura do profissional na comunicação do diagnóstico; 3- Reação sobre o diagnóstico; 4- Medos sobre a doença; 5- O tratamento; e 6- Percepção de si e sobre o câncer.

O segundo bloco é composto por quatro entrevistas com os profissionais. Contabilizaram-se 452 UCEs, distribuídas em seis categorias e três subcategorias: 1- O diagnóstico; 2- A comunicação do diagnóstico e suas repercussões; 3- As reações sobre o diagnóstico; 4- O tratamento; 5- Suporte psicológico para os profissionais; e 6- Imagem sobre a doença e seu prognóstico.

♦ Análise das categorias abordadas nas entrevistas com os pacientes

♦ **A categoria 1** - “Primeiras suspeitas acerca da doença”, composta por 29 UCEs, mostra que dois dos pacientes suspeitaram da doença após detecção de nódulo e buscaram investigar com profissional especializado; e dois foram surpreendidos, um através de exame de rotina e outro após uma cirurgia de hérnia.

Porque na realidade eu suspeitei, eu achei né o carocinho. (Participante 4)

Eu descobri através de um exame de rotina, quando eu bati a ultrassom que a médica suspeitou. (Participante 1)

Corroborar a literatura¹⁰, que mostra como a descoberta dessa patologia muitas vezes é retardada por envolver etapas extremamente significativas que precedem o seu diagnóstico. Esse percurso fica obscuro aos olhos de muitos profissionais, que iniciam o processo de

tratamento a partir apenas da comprovação da doença por exames laboratoriais e outros métodos.

♦ **A categoria 2** - “Postura do profissional na comunicação do diagnóstico”, composta por 59 UCEs, mostra que três dos pacientes sofreram pelo despreparo do médico em comunicar o diagnóstico, enquanto apenas uma relatou ter sido bem orientada na hora da comunicação.

O médico que me operou, ele me deu a notícia friamente quando eu tava numa situação, num quadro nervoso muito intenso, a pressão bem alta e ele disse que tinha tirado um tumor de dentro de mim que provavelmente era câncer. (Participante 2)

Assim como mostra a literatura⁵, a comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde, especialmente quando dirigida a pacientes que enfrentam um diagnóstico amedrontador como o câncer. Nesta situação, a comunicação e a interação são momentos importantes que podem provocar reações no paciente e profissional que podem influenciar na futura relação entre os dois, no estabelecimento de confiança e na adesão ao tratamento.

Eu gosto muito dele, assim, ele foi uma pessoa de Deus esse médico [...] ele foi tentando acalmar a gente, que a gente não se preocupasse. (Participante 3)

Corroborar a literatura¹¹, que mostra que para além do suporte técnico-diagnóstico, os profissionais necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. Observa-se que os modelos comunicacionais estão relacionados ao espaço terapêutico, a aspectos do paciente (sintoma, expectativa, medos e ansiedades etc.), como também aspectos do médico (habilidade comunicacional, experiência profissional, estresse, ansiedade etc.), que assim vão constituindo uma relação.

♦ **A categoria 3** - “Reação sobre o diagnóstico”, composta por 71 UCEs, mostra o quanto o diagnóstico provoca reações negativas e pensamentos de eminência de morte.

E nesse momento me faltou as pernas. Eu entrei, assim, em pânico, mas um pânico calado porque eu estava no trabalho. Ai pensei logo nos meus meninos porque realmente é o que mais me preocupa são eles dois. (Participante 4)

Corroborar a literatura¹⁰, que mostra como o recebimento do diagnóstico de câncer

constitui o momento considerado como um dos piores da vida do paciente, uma vez que se deparam com uma avalanche de sentimentos que os colocam em um dilema perante a aceitação da doença, que muda todo o contexto familiar, precisando elaborar novos conceitos e se adaptar à nova realidade.

♦ **A categoria 4** - “Medos sobre a doença” é composta por 34 UCEs; aborda os medos que os pacientes têm sobre a doença, que aparece em sua maioria o medo da morte.

Na hora que você recebe a notícia, é uma palavra muito pesada. Câncer, você só acha que é morte, no momento que eu recebi eu digo, meu Deus, os meus filhos que ainda precisam de mim, só de quem eu lembrei no momento, assim, eu ainda tenho dois filhos que precisam de mim. Mas, quando você vai acalmando, as coisas vão, você vai absorvendo mais a ideia, as coisas vão mudando. E assim, é todo tempo meu Deus eu não posso achar que eu vou morrer, eu não posso entrar em depressão, eu tinha medo demais da depressão. (Participante 1)

Corroborar a literatura¹², que mostra que, muitas vezes, a vivência de câncer pode levar à morte, mas pode ser também o momento de se reformular a vida. A pessoa vivencia a incerteza e insegurança quanto ao que vai acontecer, ainda sob efeito do impacto do diagnóstico. Suas atitudes e comportamentos vão depender do significado por ela atribuído ao câncer, das suas relações e interações sociais e, ainda, dos papéis por ela desempenhados.

♦ **A categoria 5** - “O tratamento”, é composta por 47 UCEs; aborda os tratamentos aos quais os pacientes foram submetidos e suas vivências quanto a ele.

É um tratamento muito dolorido, a quimioterapia mexe com tudo que você imaginar. E o dia a dia, olhe, dá uma falta de paciência, tem horas que você pensa que vai correr. (Participante 1)

Ele é um tipo de nódulo que eu não precisei passar por quimioterapia, nem radioterapia. O tratamento dele é cirúrgico. Quando eu recebi o resultado que era maligno, com sete dias eu fui operada de novo pra tirar o resto. Foi muito complicada a cirurgia porque quando eu entrei pra fazer o Doutor chamou até minha mãe, ele ia cavar bem a minha língua, que eu não ia poder mais falar. (Participante 3)

Confirma a literatura¹³ que mostra como, para além do rótulo de uma doença dolorosa e mortal, o paciente comumente vivencia no tratamento, geralmente longo, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro. Muitas fantasias e

preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes neste momento.

♦ **A categoria 6** - “Percepção sobre si e sobre o câncer”, é composta por 33 UCEs; mostra como os participantes passaram a ver o diagnóstico e a si mesmos depois de ter passado pelo tratamento.

Eu acho que eu saberia lidar melhor. Eu acredito que pelo fato de eu ter saído curada, né? E eu saberia lidar mais, não ficaria tão revoltada como eu fiquei no primeiro dia. Mas claro, ainda vem o medo, as incertezas, né? Claro, sempre tem. (Participante 3)

De acordo com a literatura¹², atualmente, muitos são os casos de sobrevida. É fundamental, então, compreendermos a experiência de se viver com o câncer, pois a incerteza é presença constante nas vidas dessas mulheres e se manifesta, geralmente, pelo medo de recorrência da doença. O medo e a proximidade da morte levam a pessoa a manifestar diversos sentimentos, os quais podem ou não ser superados.

Eu tive mais medo antes de ser paciente do que agora, mas, por outro lado, eu vejo ainda muitas pessoas ‘indo embora’, aí nesses momentos baixa um pouco a minha autoestima e eu volto a ver o câncer como uma doença mesmo muito devastadora. (Participante 2)

Corroborar a literatura⁶, que mostra que, além da ideia que se projeta sobre a própria morte, também, o impacto da morte que se testemunha tem um grande efeito sobre a vida desses pacientes.

♦ **Análise das categorias abordadas nas entrevistas com os profissionais**

♦ **A categoria 1** - “O diagnóstico”, composta por 63 UCEs, mostra como os profissionais percebem o significado do diagnóstico para os pacientes.

O recebimento em si do diagnóstico do câncer, eu acredito que seja sempre relacionado a uma crise e em geral por perda porque ele sempre está associado a muitas mudanças na vida do paciente. (Participante 8)

Corroborar a literatura⁷, que mostra como a comunicação de “más notícias” está sempre relacionada com situações que modificam radical e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro.

♦ **A categoria 2** - “A comunicação do diagnóstico e suas repercussões”, composta por 69 UCEs, mostra como é feita a comunicação e a sua importância.

Os pacientes que receberam o diagnóstico de uma forma mais tranquila, mais conversada, mais respeitosa, eles aderem

muito mais facilmente ao tratamento do que pacientes que receberam a notícia de qualquer jeito ou não tiveram espaço pra tirar suas dúvidas, pra fazer questionamentos e isso a gente percebe na realização do tratamento, na adesão dele. (Participante 5)

Realidade mostrada na literatura¹², que afirma que os pacientes vivenciam a incerteza e insegurança quanto ao que vai acontecer, ainda sob efeito do impacto do diagnóstico. Suas atitudes e comportamentos vão depender do significado por ela atribuído ao câncer, das suas relações e interações sociais e, ainda, dos papéis por ele desempenhados. É muito importante para a tomada de atitudes a relação que se desenvolverá com o profissional de saúde, visto que o paciente se encontrará vulnerável e dependente. Naquele momento, ele necessita de uma relação de confiança com vistas a sua melhor aceitação, adaptação e tomada de decisões.

É abordada ainda a atuação do psicólogo no momento da comunicação.

Nós somos solicitados a estar nesse momento, por uma questão do médico, para dar um suporte e para a família. Então assim, a gente se pronuncia nesse sentido de apoio, de clarificar, de acolher, né. (Participante 6)

Corroborar a literatura⁷, que mostra que a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais da saúde, uma vez que estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. A prática do psicólogo é exercida em todas as etapas do tratamento, habilitando o paciente a confrontar-se com o diagnóstico e com as dificuldades dos tratamentos decorrentes, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes.¹³

♦ **A categoria 3** - “As reações sobre o diagnóstico”, composta por 56 UCEs, refere-se às formas que os pacientes lidam com o diagnóstico.

Nós estamos falando aqui de crianças, né. Então normalmente é dado só à família, o pai ou a mãe, a cuidadora em geral. É um momento de choque, algumas famílias se comportam chorando e outras não acreditam, então é aquele momento de catástrofe, literalmente né. (Participante 6)

Confirma a literatura⁷, que mostra que a comunicação de “más notícias” está sempre relacionada com situações que modificam de forma radical e negativa a imagem que o

doente faz do seu futuro. Os prestadores de cuidados são os principais protagonistas das “más notícias”, que além de planejarem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios anseios e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do paciente e da família.

De forma significativa, também emergiram discursos que abordam o diagnóstico de câncer como eminência de morte.

Quando eu escuto a palavra “câncer”, eu não associo diretamente à morte, à finitude, mas muitos pacientes que a gente acompanha sim, trazem muito nos primeiros atendimentos o medo da continuidade de vida. ‘Vou ter que suspender meus projetos de vida! Não vai dar tempo de fazer isso ou aquilo, né?’. O primeiro impacto realmente é muito relacionado a isso. (Participante 5)

Corroborar a literatura¹³, que mostra que a maioria das pessoas vê o câncer como algo irremediável. É como se tudo aquilo que o indivíduo fizesse após o diagnóstico fosse em vão. Ela se sente impotente para reverter o quadro de enfermidade já instalado. Mesmo quando se trata de bons prognósticos, ainda é forte a crença de que câncer e morte são sinônimos.

♦ **A categoria 4** - “O tratamento”, composta por 45 UCEs, refere-se às formas de tratamento às quais os pacientes poderão ser submetidos.

Então assim, cada tratamento que é um mundo de coisas que acontecem. Não é fácil, não é algo simples, a vida da pessoa toda muda, da família também, como eu disse muda os papéis, muda a questão social mesmo. Pode começar pela radioterapia, quimioterapia e depois passar pela cirurgia, pode variar muito, mas cada um vem com muitas implicações. (Participante 5)

Confirmam estudos⁶ que mostram a adaptação às condições que são advindas do tratamento, como a perda do cabelo, a mutilação, a separação do convívio familiar e a perda dos amigos que também estavam em tratamento, provocando nos pacientes pequenos lutos. Realidade apresentada na literatura¹⁴, que afirma que toda doença é uma situação de perda, da saúde, autonomia, tempo, dinheiro e planos. Mais especificamente, é abordado também o tratamento pelo sistema de saúde público, mostrando o quanto as falhas no sistema de saúde público atingem os pacientes, que não podem ter uma segurança na continuidade e na agilidade do tratamento.

Então, ela veio lá do interior achando que ia começar o tratamento dela na segunda-feira, quando ela chegou ‘valha meu Deus tu num ia ficar internada’, ‘não tia, só sexta-

feira’. Ela passou segunda, terça, quarta e quinta chorando, com um comportamento superdepressivo, insegura né no que ia acontecer. Porque o sistema público de saúde simplesmente não funciona. (Participante 7)

Corroborar a literatura², que mostra como os serviços que compõem o sistema de saúde devem ter o seu número determinado pela capacidade de cobertura da população, sendo adequadamente distribuídos pela área geográfica onde vive esta população.

♦ **A categoria 5** - “Suporte psicológico para os profissionais”, composta por 37 UCEs.

Quando eu entrei aqui foi quando eu me deparei de fato com a questão da morte, que a gente vê e a gente não resume o câncer à morte, mas é uma realidade que a gente vê muito então eu precisei passar por esse processo de terapia pra eu ter o espaço pra poder falar daquilo. (Participante 5)

Você deve buscar na sua terapia porque é um ambiente muito pesado, é um clima muito pesado, você lida diretamente com perdas, com morte né, que você tem que estar sempre trabalhando com isso porque quer queira, quer não a morte é algo que mexe com qualquer pessoa. (Participante 8)

Corroborar a literatura⁶, que mostra como o medo da morte provoca também o distanciamento emocional dos profissionais da saúde para com pacientes com prognóstico negativo, ao ver o outro em seu fim emerge o pensamento sobre a sua própria morte. As pessoas não param para conversar sobre a morte e suas implicações com medo de desacreditar na vida.

♦ **A categoria 6** - “Imagem sobre a doença e seu prognóstico”, composta por 69 UCEs, retrata a imagem que os profissionais têm sobre a doença e seus possíveis prognósticos.

Então essa rotina é meio de balanço, você fica esperançoso, mas ao mesmo tempo não entende. Então assim, por mais que a gente queira gerar uma perspectiva, quando se fala em câncer, é uma palavra que agride. (Participante 7)

Pude sim acompanhar alguns casos de vitórias mesmo, de pessoas que conseguiram enfrentar o câncer e que hoje levam uma vida sadia, né. E infelizmente teve aqueles casos que realmente não teve como atingir realmente a cura que foram à óbito, mas que acredito que a medicina ainda tem muito a avançar em relação ao câncer e diminuir cada vez mais essa probabilidade e assim eu acredito que ele vai estar associado cada vez menos à morte. (Participante 8)

Tais afirmativas vão ao encontro da literatura¹⁵, que mostra que a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo

foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, visto que o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A consequência serão mortes prematuras e desnecessárias, que poderiam ser minimizadas com um maior foco na prevenção e no controle da doença.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a compreensão da importância do diagnóstico no processo de adoecimento, tratamento, comunicação e aceitação do câncer. Por se tratar de uma doença ainda muito estigmatizada, muitos pacientes ao receberem esse diagnóstico o associam com o prognóstico de morte, consequentemente gerando muita ansiedade e incertezas.

Os pacientes trazem o recorrente pensamento sobre a sua finitude quando questionados sobre o momento do diagnóstico pelo desconhecimento sobre o tratamento, pelas incertezas quanto à eficácia do mesmo e pelo grande número de pessoas que morrem de câncer. Já os profissionais acreditam que essa relação entre câncer e morte é algo cultural, que deve ser desconstruído. Apesar de reconhecerem que o recebimento do diagnóstico é um momento de grande catástrofe na vida do paciente, acreditam que se afastando desses pensamentos pessimistas os pacientes teriam menos chances de desenvolverem transtornos psicossomáticos, como também facilitaria a aceitação e adesão ao tratamento.

De acordo com a literatura e com o que foi dito durante as entrevistas, a forma como é comunicado o diagnóstico pode ser um fator determinante de como serão encarados o tratamento e as dificuldades impostas pela doença por parte do paciente. O que se vê ainda são muitos médicos que não têm a sensibilidade e habilidade na hora de fazer a comunicação, o que causa no portador um impacto ainda maior, pois, muitas vezes, esses profissionais se utilizam de termos científicos, achando que o paciente entendeu e acabam não esclarecendo com mais detalhes os procedimentos e processos aos quais serão submetidos, gerando angústias e pensamentos pessimistas diante da situação em que está vivendo.

Ambos os grupos de participantes relataram a falta de habilidades por parte dos médicos na comunicação desse diagnóstico, proporcionando grande impacto aos pacientes

que receberam. Foi destacado também no relato dos profissionais que por estarem em um espaço onde o olhar é voltado para a doença, passam a não se sensibilizar com o paciente, como se fizesse parte do dia a dia dessas pessoas também. Todos os pacientes relataram que, em algum momento após o recebimento do diagnóstico, pensaram na morte. Em contrapartida, três dos profissionais destacaram a vivência do luto, constante em seu dia a dia, e salientaram o quanto será importante o avanço da medicina, quanto à criação de métodos mais eficazes, para a desmistificação do paralelo câncer-morte.

Em suas entrevistas, os pacientes relataram mudanças ocorridas, não só físicas, após o tratamento. Mudanças essas que os levaram a repensar sobre sua própria vida, suas prioridades, seus valores, sua espiritualidade, suas relações, como também sobre a própria doença. Com a vivência do tratamento, a sua visão sobre o diagnóstico se modificou.

Quanto à visão dos profissionais sobre o câncer, com o passar de sua atuação, observou-se que, em sua maioria, foram modificadas através da aquisição de novos conhecimentos relativos à doença, ao tratamento, os quais tiveram que buscar para saber lidar com os desafios da prática. Os outros que não apresentaram o mesmo resultado afirmaram que vivenciaram a doença de um ente que foi a óbito, assim como de pacientes com os quais conviviam, o que os levaram a acreditar que o câncer realmente é algo devastador, que ao passo que alguns conseguem vencer, outros tantos morrem.

Por fim, faz-se necessário destacar a importância da psicologia no processo de comunicação e acompanhamento do diagnóstico de pacientes. O olhar perpassado por esta ciência possibilita um campo de apoio e cuidado mais humanizado, trazendo consequências positivas aos pacientes e profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Ariés P. História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
2. Färber SS. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. Cad saude colet [Internet]. 2013 [cited 15 Jan 2016];21(3):267-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a06.pdf>
3. Kübler-Ross E. Sobre o temor da morte. In: Kübler-Ross E, Menezes P. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos a aos seus próprios parentes. 6 ed. São Paulo: MartinsFontes; 1994.
4. Garcia-Schinzari NR, Santos FS. Assistance to children in palliative care in the Brazilian scientific literature. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2014 [cited 15 Mar 2016]; 32(1):99-106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/0103-0582-rpp-32-01-00099.pdf>
5. Isabel GP, Maria JL. Evaluation of the quality of life in patients with colorectal cancer subjected to palliative chemotherapy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 09 jun 2016];6(5):1156-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.
6. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface [Internet]. 2015 [cited 12 July 2016]; 19(5):1207-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/en_1807-5762-icse-1807-576220141093.pdf
7. Noninol A, Magalhães AG, Falcão DP. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012 [cited 10 Jan 2016];36(2):228-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/11.pdf>
8. Schmidt B, Gabarra LM, Gonçalves JR. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. Paidéia [Internet]. 2011 [cited 20 Mar 2016]; 21(50):423-30. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/3054/Resumenes/Resumo_305423785015_5.pdf
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 1997.
10. Rosa LM, Radünz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. Texto contexto enferm [Internet]. 2013 [cited 10 June 2016];22(3):713-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a18.pdf>
11. Silva CMGCG et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). Cien saude colet [Internet]. 2011 [cited 08 abr 2016];16(1):1457-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a81v16s1.pdf>
12. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade

entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Texto contexto enferm [Internet]. 2011 [cited 16 Mar 2016];20(2):255-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a06v20n2.pdf>

13. Scannavino CSS et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. Psicol USP [Internet]. 2013 [cited 10 Mar 2016]; 24(1):35-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a03.pdf>

14. Jurkiewicz R, Romano BW. Doença arterial coronariana e vivência de perdas. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [cited 12 June 2016]; 93(4):352-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n4/en_07.pdf

15. Instituto Nacional de Câncer [INCA] Estimativas 2014: Incidências de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Submissão: 17/09/2016

Aceito: 28/07/2017

Publicado: 15/08/2017

Correspondência

Cynthia de Freitas Melo
Universidade de Fortaleza
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Avenida Washington Soares, 1321, Bloco N,
Sala N13
Bairro Edson Queiroz
CEP: 60811341 – Fortaleza (CE), Brasil