



Comportamento comunicativo em oncologia: perspectiva de médicos e pacientes

Communicative behavior in oncology: the perspective of physicians and patients

Bruna Madrid da Rosa¹, Miguel Luis Alves de Souza¹, Aline Daniela Fernandes Lopes¹, Elisa Kern de Castro¹

1- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil.

RESUMO

elisakc@unisinós.br

Palavras-chave:
Comunicação; Relação médico-paciente; Comunicação em Saúde; Neoplasias.

Objetivo: examinar e comparar as percepções de médicos e pacientes a respeito do comportamento comunicativo do médico que atua na oncologia. **Método:** participaram 58 médicos e 68 pacientes adultos com diagnóstico de diferentes tipos e estágios da doença. Os participantes responderam a um Questionário sociodemográfico e ao Questionário do comportamento comunicativo do médico - versão de médicos e pacientes. **Resultados:** sugeriram que as percepções sobre o comportamento comunicativo do médicos e pacientes foram significativamente diferentes no que se refere às dimensões Desafio, Encorajamento e elogio e Controle. **Conclusão:** os médicos perceberam que seu comportamento comunicativo é mais positivo do que os pacientes. É importante que médicos e pacientes se comuniquem de forma clara afim de favorecer uma boa relação e promover bons resultados do tratamento.

ABSTRACT

Keywords:
Communication; Physician-patient relationship; Health communication; Neoplasms.

Objective: the purpose of this study was to examine and compare the perspectives of physicians and patients regarding the communicative behavior of physicians who work in oncology. **Method:** participants were 58 physicians and 68 adult patients with different types and stages of cancer. Both physicians and patients answered a sociodemographic questionnaire and the Physician Communicative Behavior Questionnaire – in versions for physicians and patients. **Results:** results suggested that physicians' perspectives about their communicative behavior are significantly different from that of patients regarding the following dimensions: Challenge, Encouragement and praise, and Control. **Conclusion:** physicians perceived their own communicative behavior more positively than patients. It is important that physicians and patients communicate clearly about disease and treatment to promote a good relationship and promote positive treatment results.



INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer costuma impactar de forma negativa a vida das pessoas, seja pelos efeitos adversos do tratamento (ex. perda de cabelo, procedimentos dolorosos, perda de peso, perdas emocionais e sociais) ou pelo intenso medo da morte.¹ Essas mudanças e o abalo emocional causado pela doença precisam ser consideradas pelos profissionais da saúde que atuam em oncologia a fim de proporcionar um melhor atendimento ao paciente. O estresse psicológico causado pelo impacto do diagnóstico pode ser amenizado por meio de uma comunicação eficaz e de apoio emocional por parte dos médicos e de toda a equipe de saúde.²

Em saúde, existem quatro componentes que ajudam a compreender a comunicação: 1) objetivos dos participantes com a comunicação; 2) necessidades, crenças, valores, conhecimentos, habilidades e emoções de cada participante; 3) o processo de comunicação e a forma com que as mensagens são enviadas e recebidas; e 4) avaliação do contexto em que a comunicação ocorre. A verificação prévia de todos estes componentes é essencial para que a comunicação aconteça de forma mais efetiva.³

Na área da saúde, em especial na oncologia, uma comunicação eficaz pode ajudar o paciente a entender e enfrentar seus problemas, perceber a sua participação em busca de alternativas para a solução dos mesmos e também ajudá-lo a buscar novos padrões de comportamento.⁴ Entende-se por comunicação eficaz, no contexto da oncologia, o diálogo existente entre o paciente e profissional em que as informações são trocadas com sucesso e ambas as partes podem expressar suas opiniões e expor seus questionamentos ou preocupações.⁵ O profissional da saúde, não só o médico, tem grande responsabilidade sobre o que acontece com o paciente (emoções, atitudes, intenções), ao verificar ou não o entendimento dele sobre as mensagens emitidas.⁶ Os pacientes geralmente emitem pistas, verbais ou não verbais, sobre seus desconfortos e preocupações, que podem ser de ordem psicológica ou social. A identificação desses elementos manifestados permite que os profissionais tracem cursos de ação de forma mais empática, favorecendo a comunicação com os pacientes e valorizando seu conteúdo emocional.^{7,8}

A comunicação é essencial para o profissional estabelecer uma relação de confiança com o paciente, colher informações e ajudá-lo nas decisões sobre

seus cuidados.⁴ Uma das tarefas mais difíceis no tratamento do câncer é determinar a melhor forma de se comunicar com os pacientes e fornecer apoio emocional adequado, de forma que haja empatia, simpatia, escuta, humor, que incentive perguntas e que verifique a compreensão do paciente. A comunicação técnica com apoio emocional (provisão de informações técnicas relativas ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, considerando também os aspectos emocionais do paciente) favorece a sensação de amparo e a satisfação do paciente oncológico, além de ampliar sua esperança na vida e oferecer conforto perante a morte.⁹

Atualmente, evidencia-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos.^{3,10,11} É comum que os pacientes queiram mais informações sobre seu estado de saúde e também queiram participar ativamente nas decisões sobre seu tratamento, estando esclarecidos acerca de suas chances de sucesso e também com relação a possíveis efeitos colaterais.¹² Também é importante considerar que quanto mais alinhada for a comunicação, melhor será o entendimento do paciente acerca de sua doença e de como proceder com seu tratamento. Uma boa comunicação pode resultar em melhor saúde emocional e melhoria dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes.¹³ Desta forma, quanto mais próxima estiver a percepção dos pacientes e dos profissionais acerca da forma como se comunicam, mais a comunicação tende a ser eficaz, impactando em melhores condições de tratamento.⁹

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi examinar e comparar a percepção de pacientes e médicos a respeito do comportamento comunicativo de médicos que atuam na área da oncologia.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 68 pacientes adultos com câncer em tratamento ambulatorial e 58 médicos que trabalham diretamente com oncologia. Os pacientes tinham diferentes diagnósticos de câncer e estavam estágios distintos da doença.

A amostra foi selecionada por conveniência, através da técnica bola de neve. Os critérios para inclusão dos pacientes foram ter mais de 18 anos e estar em tratamento ambulatorial para câncer. Já os critérios para inclusão dos médicos eram atuar diretamente com pacientes com câncer e ter

experiência de pelo menos um ano de trabalho com esses pacientes.

Instrumentos

1. Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, para levantar dados sobre idade, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico, comorbidades etc.

2. Questionário dos dados sociodemográficos dos médicos, para levantar dados sobre idade, sexo, especialidade, tempo de atuação profissional na Instituição e carga horária de trabalho.

3. Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM) – versão paciente e versão profissional.¹⁴ O instrumento analisa a percepção dos pacientes e dos próprios profissionais em relação ao comportamento comunicativo do médico. Este questionário contém perguntas sobre a interação que o paciente tem com o médico durante a consulta. É composto por 23 questões divididas em cinco dimensões, que são: desafio; encorajamento e elogio; apoio não verbal; compreensão e relação amigável, e controle. As respostas são informadas a partir de uma escala Likert de cinco pontos. A análise de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala original total é de 0,87. Nesse estudo, o alfa encontrado da escala total foi de 0,94 (e as dimensões variaram de 0,65 a 0,90).

Procedimentos e delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento observacional transversal e de comparação de grupos (médicos e pacientes).¹⁵ O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade [nome omitido] (CEP 16/008).

As respostas aos questionários se deu de forma online, através de tablets, celulares ou computadores. O convite para participação na pesquisa continha um link que direcionava o acesso para o formulário online criado em uma plataforma digital (google docs). Antes de preencher os instrumentos, os participantes deveriam aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online. O tempo médio para preencher os questionários foi de 20 minutos por pessoa.

Os médicos e pacientes foram acessados tanto através de grupos de redes sociais de médicos e pacientes (Facebook e LinkedIn), de e-mails direcionados para contatos pedindo a divulgação da pesquisa e também de forma presencial. A coleta de dados presencial ocorreu principalmente com

pacientes que estavam em tratamento quimioterápico em um hospital do [local omitido] e pacientes vinculados a uma Organização Não Governamental (ONG) situada em [local omitido]. Mesmo os pacientes que foram acessados de forma presencial responderam aos instrumentos na plataforma online.

Análise de dados

Todos os dados obtidos através dos instrumentos foram tabulados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0.¹⁶ Foram realizadas análises descritivas dos questionários (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Para a estatística inferencial, foi utilizado o qui-quadrado e teste t para comparação de grupos. Foram feitas análises de correlação entre as variáveis e de comparação dos grupos quanto à comunicação (profissionais e pacientes). Para todas as análises foi utilizado um valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Análises descritivas

Dados biossociodemográficos da amostra:

A amostra de profissionais foi composta por 58 médicos com idade média de 42 anos ($dp=8,80$), dos quais a maior parte ($n=47$) eram homens. Além disso, relataram possuir experiência de atuação predominantemente nas regiões Sul ($n=26$, $F=44,8\%$), Sudeste ($n=22$, $F=37,9\%$), Nordeste ($n=6$, $F=10,3\%$) e Centro-Oeste ($n=4$, $F=6,9\%$) do Brasil. Quanto à formação, 6 profissionais informaram possuir ensino superior, 12 possuíam mestrado, 12 possuíam doutorado e 28 deles possuíam especialização. A média de tempo de prática profissional foi de 15,98 anos ($dp=8,77$) e de atuação em oncologia foi de 12,21 anos ($dp=8,68$). Apenas 1 (um) dos participantes era residente. A amostra de pacientes foi composta por 68 participantes com idade média de 50 anos ($dp=13,35$), dos quais a maior parte ($n=57$) eram mulheres. Além disso, informaram residir predominantemente nas regiões Sul ($n=41$, $F=60,3\%$), Sudeste ($n=18$, $F=26,5\%$), Nordeste ($n=6$, $F=8,8\%$) e Centro-Oeste ($n=3$, $F=4,4\%$) do Brasil.

Comportamento comunicativo do médico

O comportamento comunicativo do médico foi avaliado por eles mesmos e por pacientes com câncer através das cinco dimensões do QCCM. Na tabela 1 observa-se que houve diferenças significativas entre

Tabela 1 - Média, desvio padrão, mediana e análise de comparação entre grupos para as dimensões do instrumento QCCM

Dimensões	Médicos (n=58)			Pacientes (n=68)			Teste t*	p<
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana		
Desafio	1,82	0,48	1,67	2,35	1,03	2,33	-3,799	<0,001
Encorajamento e elogio	1,70	0,53	1,67	2,38	1,19	2,00	-4,259	<0,001
Apoio não verbal	1,66	0,48	1,60	1,93	1,09	1,40	-1,797	0,076
Compreensão e relação amigável	1,51	0,31	1,50	1,66	0,69	1,50	-1,614	0,110
Controle	1,82	0,67	1,50	2,71	1,26	2,50	-5,078	<0,001

*Assumindo heterogeneidade de variâncias

os grupos em três das cinco dimensões: desafio, encorajamento e elogio, e controle.

Tendo em vista que a maior aproximação do número um (1), refere-se a resposta sempre, e do número cinco (5) à resposta nunca, as dimensões que apresentaram diferenças significativas evidenciam que os profissionais tiveram uma frequência de respostas maior nos itens sempre e frequentemente, e os pacientes tiveram uma frequência maior em nunca e raramente. Isto significa que a percepção que os médicos têm a respeito do seu comportamento comunicativo tende a ser mais otimista do que a percepção que os pacientes têm do comportamento comunicativo do profissional nestas dimensões.

A dimensão Desafio inclui questões como a linguagem utilizada pelo médico, se o profissional se certifica de que o paciente entendeu as informações e se ele o encoraja a seguir o tratamento proposto. Por meio dos resultados, pode-se observar que os médicos se perceberam mais preocupados com o entendimento e encorajamento dos pacientes, enquanto estes não percebem os profissionais dessa forma. A dimensão Encorajamento e Elogio abarca questões que refletem o quanto o médico estimula o paciente a compreender sua doença e como este deve proceder a partir do momento da consulta, além do quanto o profissional analisa a construção do tratamento, o respeito à subjetividade do paciente e o encoraja a se expressar. Os resultados evidenciaram diferenças com relação à percepção dos dois grupos, uma vez que os médicos referiram se preocupar com essas questões, enquanto os pacientes não avaliaram dessa forma. Por último, a dimensão controle, que se refere a forma como o profissional procurar construir o tratamento

em conjunto com o paciente, também apresentou diferença significativa na forma como os grupos percebem esse aspecto. Os resultados demonstraram que as percepções de pacientes e médicos não estão alinhadas em relação ao comportamento comunicativo do médico, evidenciando uma possível dificuldade na comunicação.

Por fim, buscou-se relacionar os resultados do comportamento comunicativo do médico pela perspectiva do profissional com variáveis idade, tempo de formação, tempo de oncologia e sexo, e não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões. Igualmente, não foram encontradas comparações significativas entre a visão do comportamento comunicativo do médico pelos pacientes e variáveis sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, escolaridade).

DISCUSSÃO

A discrepância encontrada nas percepções sobre o comportamento comunicativo do médico entre médicos e pacientes, em especial nas dimensões Desafio, Encorajamento e Elogio e Controle, é muito relevante e merece atenção. De forma geral, médicos se percebem com uma capacidade comunicativa bastante positiva, ao contrário dos pacientes, e essas discrepâncias podem ter reflexo para o tratamento.

Os profissionais afirmaram com maior frequência que sempre ou frequentemente validam as informações dadas aos pacientes (dimensão Desafio). Enquanto isso, os pacientes demonstraram perceber esse comportamento com menos regularidade, uma vez que suas respostas apontaram maior frequência

para as opções raramente e nunca. A validação das informações é um componente importante no processo comunicativo, uma vez que a ausência pode justificar a falta de compreensão entre as pessoas. Além disso, é por meio da validação que as informações fornecidas tomam um significado comum entre os componentes da conversa, assegurando a correta compreensão da mensagem transmitida.¹⁷ Dessa forma, é possível que as percepções de médicos e pacientes estejam desalinhadas no que tange à abertura de um espaço ao longo do tratamento para facilitar e promover a livre expressão dos pacientes. O médico que se comunica de maneira mais técnica pode apresentar dificuldade para perceber sinais (verbais e não verbais) que indicam a incompreensão dos pacientes quanto às informações que são transmitidas.⁸ Torna-se essencial, portanto, que os médicos se certifiquem de que os pacientes realmente compreenderam as informações que lhes foram transmitidas, pois a maneira como a comunicação acontece pode interferir não apenas na percepção que o paciente tem sobre a sua doença, mas também numa melhor adesão ao tratamento, na melhora da relação médico-paciente e na manutenção de um funcionamento psicológico saudável frente a esse momento de fragilidade.¹⁸

A avaliação da dimensão Encorajamento e Elogio, que investiga a construção do tratamento levando em conta a subjetividade do paciente e se ele é encorajado a se expressar durante o tratamento, também foi discrepante entre médicos e pacientes. No campo da saúde, durante muito tempo, sustentou-se a crença de que a revelação de más notícias poderia causar angústia aos pacientes, e que isto poderia impossibilitá-los de se manterem esperançosos frente ao seu estado de saúde, motivo pelo qual se ocultava as más notícias dos pacientes.¹⁰ Contrário a isso, nos dias de hoje percebe-se uma tendência de comunicação médica mais clara, expondo abertamente diagnósticos e prognósticos.^{10,11} Os próprios pacientes demandam dos médicos uma postura de franqueza, e o modelo médico vem se modificando e colocando os pacientes como figuras ativas no processo de construção do tratamento, na medida em que vêm sendo gradativamente incluídos nas decisões clínicas e propostas terapêuticas. A dificuldade está em como exercer efetivamente este novo modelo com um diagnóstico tão complexo como o câncer.³ Falar de forma aberta com o paciente acerca do câncer pode não ser uma tarefa fácil para os profissionais. O impacto do diagnóstico pode remeter o paciente a diversas

questões emocionais (aumento da ansiedade, medo de morrer, desesperança, depressão, etc) que podem ser de difícil manejo para os médicos que estejam despreparados para lidarem com isso. Sendo assim, as decisões sobre o tratamento em oncologia acontecem de forma mais satisfatória quando o paciente consegue participar de forma ativa, integrando as informações passadas pelo médico às suas preferências, crenças e valores acerca de sua vida e sua saúde.^{9,19}

A avaliação da dimensão Apoio não verbal, que investiga o quanto o médico demonstra interesse pelo que paciente relata através de gestos corporais, foi semelhante entre médicos e pacientes. Compreende-se essa modalidade de comunicação como a obtenção de informações por meio de gestos, expressões faciais e corporais, postura e distanciamento. Também fazem partes da esfera não verbal, o reconhecimento efetivo das emoções, a linguagem corporal e inclusão de pausas no diálogo para permitir a compreensão e assimilação de informações difíceis.⁵ No contexto oncológico, podemos destacar o toque afetivo, o estabelecimento de contato visual, a expressão de sorriso, a aproximação física, a escuta ativa, o meneio positivo com a cabeça, a inclinação da postura para o paciente, a expressão facial de encorajamento, curiosidade e interesse, a remoção de obstáculos físicos que estejam ao alcance do paciente, o compartilhamento do silêncio e a modulação do tom de voz como estratégias não verbais de interação entre médicos e pacientes.¹⁷ Esses indicadores remetem a uma dimensão que é afetiva, e que pode estar relacionada ao modo como se dá a relação profissional-paciente no contexto brasileiro.²⁰ Desta forma, quando a comunicação consegue transmitir apoio e compreensão através dos gestos e olhares, isso pode beneficiar inclusive o alívio dos sintomas e a angústia dos pacientes.

A avaliação da dimensão Compreensão e relação amigável também foi semelhante entre médicos e pacientes, mostrando que as percepções estão alinhadas no que tange à forma como percebem o fato do profissional buscar explicar novamente tudo aquilo que o paciente não entendeu, bem com a escuta e atenção que os profissionais direcionam à fala dos pacientes e a forma como os médicos são percebidos pelos pacientes como alguém com quem podem contar. Para que essa relação seja de fato compreensiva e amigável faz-se essencial que os médicos estejam sensíveis para conceber os pacientes em sua totalidade, considerando suas histórias de vida

e demais dificuldades que possam estar vivenciando além do adoecimento, a fim de facilitar a criação de um vínculo de confiança que é capaz de aliviar a própria estigmatização da doença.²¹ Uma relação compreensiva e amigável também diz respeito, assim como na comunicação não verbal, a um componente afetivo da relação, que é cultural e menos dependente de aprendizado formal.¹⁰ Dessa forma, percebe-se que o estabelecimento de uma relação empática e amigável com os pacientes pode facilitar a formação de um vínculo de confiança entre a díade, implicando diretamente na diminuição do medo, ansiedade e receio dos profissionais ao se comunicarem acerca da doença. Além disso, também pode favorecer o entendimento dos pacientes e seu engajamento à terapêutica planejada, uma vez que percebem o profissional como uma figura de cuidado e confiança. A avaliação da dimensão Controle, que investiga o quanto o médico procura construir o tratamento em conjunto com o paciente, também apresentou diferença significativa. Os médicos afirmaram que sempre e frequentemente se preocupam em incluir os pacientes na construção do tratamento, enquanto os pacientes demonstraram perceber esse comportamento com menos regularidade, apontando maior frequência nas opções às vezes, raramente e nunca. Os pacientes com câncer podem desejar obter informações sobre a doença, serem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e conhecer o seu prognóstico.¹⁹ Contudo, um dos maiores desafios do profissional em relação à comunicação com esses sujeitos está em satisfazer suas necessidades de informações individuais, prover esperança e, ao mesmo tempo, não criar expectativas irrealistas.⁹ Essa construção do tratamento realizada em conjunto pode favorecer que o paciente se sinta ativo no processo de decisão sobre seu futuro. Apesar disso, é preciso considerar que o conhecimento técnico é do profissional e, muitas vezes, não é possível adaptar o protocolo de tratamento às vontades do paciente.²² Contudo, o comportamento comunicativo, quando eficaz, é capaz de efetivamente incluir o paciente no processo de tomada de decisões acerca do tratamento.¹⁸ Como exemplo disso, pode-se pensar na adequação da realização de quimioterapia a dias e horários que melhor contemplem a agenda dos pacientes, ou ainda, se existe alguma clínica mais próxima de sua residência, entre outros. Dessa forma, considerar a individualidade de cada paciente e incluí-los nas decisões sobre o seu tratamento contribui para que se sintam mais satisfeitos, valorizados e,

consequentemente, mais engajados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a investigação da percepção de pacientes e médicos em relação ao comportamento comunicativo do médico. Observou-se que as percepções dos grupos estudados divergem em relação a comunicação no que tange as dimensões Desafio, Encorajamento e elogio, e Controle. Dessa forma, entende-se que os médicos acreditam que seu comportamento comunicativo é bom ou muito bom, opinião diferente dos pacientes. Sendo assim, observa-se que há uma avaliação da comunicação que é muito mais subjetiva que objetiva por parte dos envolvidos.

Diante das diferenças apontadas na percepção do comportamento comunicativo do médico, é possível inferir que haja consequências negativas ao tratamento uma vez que o paciente não se sente apoiado e encorajado pelo médico. A falta de compreensão acerca da doença e do tratamento adotado bem como do planejamento compartilhado da terapêutica pode gerar empobrecimento da relação médico-paciente e insatisfação com o tratamento.

Destaca-se como limitação do presente estudo a constituição da amostra, que não foi composta necessariamente pelas duplas médico-paciente, o que ter gerado discrepâncias de percepções ainda maiores. Por outro lado, essa limitação pode ter sido também um fator facilitador para que o paciente expressasse sua opinião pois pode ter favorecido a liberdade e sinceridade nas respostas informadas.

Futuros estudos poderão avançar ampliando o estudo para duplas de médicos e pacientes, além de relacionar as habilidades de comunicação com o tipo de paciente (por ex: estadiamento da doença). Além disso, a avaliação do comportamento comunicativo poderá se dar por outras metodologias (por ex: observação da interação) a fim de averiguar de forma mais clara os motivos dessas divergências entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Li M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-Based Treatment of Depression in Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1187-96. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7372>
2. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst*

Rev 2013;28(3). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858>

3. Gutiérrez LM, Castro EK de, Fernández-Conde MG. El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. *Psicooncología* 2014;11(2-3). doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397

4. Frenkel M, Cohen L. Effective Communication About the Use of Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care. *J Altern Complement Med* 2014;20(1):12-18. doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0533>

5. Pham AK, Bauer MT, Balan S. Closing the Patient–Oncologist Communication Gap: A Review of Historic and Current Efforts. *J Cancer Educ* 2014;29(1):106-13. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0555-0>

6. Silva MJP. Comunicação Tem Remédio: A Comunicação Nas Relações Interpessoais Em Saúde. 6th ed. São Paulo: Editora Gente; 1996.

7. Finset A, Heyn L, Ruland C. Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):80-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.023>

8. Piccolo L Del, Finset A, Mellblom A V., et al. Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. *Patient Educ Couns* 2017;100(12):2303-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026>

9. Romeiro F. B, Peuker AC, Bianchini D, Castro E. K Percepción del paciente de quimioterapia respecto a la comunicación con el personal sanitario. *Psicooncología* 2016;13(1):139-50. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52493

10. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Meta-synthesis. *J Clin Oncol* 2015;33(22):2437-43. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6759>

11. Nonino A, Magalhães SG, Falcão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(2):228-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400011>

12. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine: The consultation. *BMJ* 2002;324(7353):1567-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7353.1567>

13. Bays AM, Engelberg RA, Back AL, et al. Interprofessional Communication Skills Training for Serious Illness: Evaluation of a Small-Group, Simulated Patient Intervention. *J Palliat Med* 2014;17(2):159-66. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>

14. Croitor LMN. Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida [Tese]. [Minas Gerais]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 130 p.

15. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo E Misto. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2010.

16. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. 2012.

17. Araújo MMT de, Silva MJP da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev da Esc Enferm da USP* 2012;46(3):626-

32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>

18. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2011;22(5):1030-40. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>

19. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol* 2009;39(4):201-16. doi: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyn159>

20. Gutiérrez L. M, Castro E. K., Fernández-Conde M. G. El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia. *Psicooncología* 2014;11(2-3):119-32. doi: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47397

21. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Cien Saude Colet* 2011;16(suppl 1):1457-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>

22. Pereira CR, Calónego MAM, Lemonica L, Barros GAM De. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras* 2017;63(1):43-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

Recebido em:16/04/2018

Aceito em:03/06/2018

Como citar: ROSA, Bruna Madrid da et al. Comportamento comunicativo em oncologia: perspectiva de médicos e pacientes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, abr. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/11963>>. Acesso em: 01 abr. 2018. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11963>