

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

COMPORTAMENTO COMUNICATIVO E PERCEÇÃO DA DOENÇA NO CANCRO DE MAMA

Miguel Luís Alves de Souza¹ (✉ mlalvesdesouza@outlook.com) & Elisa Kern de Castro²

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil

²Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal

A comunicação em oncologia é um fator de proteção e promoção de saúde que indispensável para a provisão de um tratamento de qualidade (Brédart, Kop, Fiszler, Sigal-Zafrani, & Dolbeault, 2015; Campbell-Enns & Woodgate, 2015; Pacian, Kulik, Pacian, Goniewicz, & Kowalska, 2014). É capaz de promover o alívio dos sintomas emocionais negativos das mulheres com cancro de mama, contribuir com a melhora da saúde emocional e qualidade de vida, além de favorecer sua autonomia (Andrade, Costa, & Lopes, 2013; Araújo & Silva, 2012; Bays et al., 2014). Para que ocorra de forma efetiva, é necessário que o profissional ofereça informações técnicas sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, além de promover suporte emocional (Bittencourt Romeiro, Peuker, Bianchini, & Kern de Castro, 2016).

Para compreender o impacto das informações transmitidas pelos profissionais, é preciso entender que as pessoas constroem esquemas mentais e crenças sobre as doenças que impactam diretamente na forma como se comportam em relação ao tratamento (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Nomeadamente, essas crenças se dividem em oito dimensões: identidade (sintomas), causas, consequências, duração (agudo/crônico/cíclico), controle pessoal, controle do tratamento, coerência e representação emocional (Moss-Morris et al., 2002). Pessoas que têm crenças adaptadas à realidade de sua condição de saúde podem obter melhores resultados (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012) e apresentam menos sintomas emocionais negativos (Seabra, Peuker, & Castro, 2015).

Diferente desta investigação, o foco da maior parte dos estudos em comunicação tem sido avaliar a forma e o impacto da comunicação durante a revelação do diagnóstico, ou na mudança do protocolo de tratamento (Souza & Ostermann, 2017). Por isso, torna-se relevante investigar a forma como médicos têm se comunicado e que informações têm sido transmitidas ao longo do tratamento. Dessa forma, o estudo busca examinar a percepção de pacientes com cancro de mama sobre o comportamento comunicativo dos médicos e sobre as informações fornecidas pelos profissionais.

MÉTODO

Desenho

Transversal e correlacional (Whitley Jr., Kite, & Adams, 2013).

Participantes

40 mulheres com cancro de mama selecionadas por conveniência em tratamento num hospital do sul do Brasil. Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico conclusivo de cancro de mama e ter conhecimento acerca de seu prognóstico. Critérios de exclusão: Não possuir conhecimento acerca do seu prognóstico e apresentar limitações físicas ou cognitivas que dificultassem o preenchimento dos questionários.

Instrumentos

Questionário dos dados sociodemográficos e clínicos;

Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM). (Croitor, 2010): avalia a percepção dos pacientes sobre o comportamento comunicativo do médico, dividido nas dimensões Desafio (o quanto o médico estimula o paciente a compreender sua doença e como este deve proceder a partir de então; Encorajamento e elogio (respeito à subjetividade do paciente e se ele é encorajado a se expressar ao longo do

tratamento); Apoio não verbal (analisa o quanto o médico demonstra interesse pelo que paciente relata através expressão corporal); Compreensão e relação amigável (o quanto o médico se preocupa em desenvolver uma relação amigável com o paciente), e Controle (o quanto o médico procurar construir o tratamento em conjunto com o paciente);

(3) *Questionário das Percepções das Informações Fornecidas no Diagnóstico (QPIFD)*. (Altenhofen & Castro, 2018): composto por oito questões dicotômicas, para as quais os pacientes deveriam responder sim ou não sobre se os médicos informaram a respeito das oito dimensões das crenças da doença.

Procedimentos

Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A recolha de dados ocorreu durante quimioterapia. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As mulheres tinham idade média de 54,28 anos ($DP=14,39$), a maior parte do grupo casadas ou em união de facto ($N=22$; $F=55\%$), com filhos ($N=29$; $F=74,4\%$). A maior parte das pacientes possuía até o ensino superior completo ($N=26$; $F=65\%$), seguidas pelo grupo que possuía até o ensino médio completo ($N=12$; $F=30\%$). A maior parte do grupo referiu não trabalhava no momento ($N=21$; $F=52,5\%$). Em relação aos dados clínicos, as mulheres receberam o diagnóstico de cancro de mama em média há 1,9 anos ($DP=3,2$), e realizavam o tratamento oncológico em média há 1,8 anos ($DP=3,2$). A maioria não apresentou recidiva ($N=33$; $F=84,6\%$) e nem metástase ($N=25$; $F=64,1\%$). Quanto à avaliação do estadiamento da doença, a maior parte do grupo apresentou doença oncológica em nível 4 ($N=14$; $F=41,2\%$), seguido pelas pacientes com estadiamento em nível 1 ($N=8$; $F=23,5\%$), além daquelas em níveis 2 ($N=6$; $F=17,6\%$) e 3 ($N=6$; $F=17,6\%$). Seis pacientes ($F=17,6\%$) não apresentavam avaliação de estadiamento. Todas as mulheres realizavam quimioterapia ($N=40$;

$F=100\%$), e a maior parcela do grupo referiu ter realizado algum tipo de procedimento cirúrgico ($N=30$; $F=75\%$), mas não ter realizado radioterapia ($N=29$; $F=72,5\%$). A maior parte do grupo apresentou histórico familiar de doença oncológica ($N=30$; $F=76,9\%$), sendo o cancro de mama o mais comum ($N=13$; $F=48,1\%$). Mais da metade das participantes referiu fazer uso de medicação psiquiátrica ($N=21$; $F=52,5\%$), sendo antidepressivo o tipo de medicação mais utilizada ($N=12$; $F=70,6\%$).

O QCCM avaliou a frequência com que as pacientes percebem a emissão de comportamentos dos médicos. Observou-se que as pacientes apresentaram uma percepção positiva em relação ao comportamento comunicativo dos médicos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Média, mediana e desvio padrão para as cinco dimensões do QCCM

Dimensão	<i>M</i>	<i>MD</i>	<i>DP</i>
Desafio	3,96	3,66	0,75
Encorajamento e elogio	4,17	4,00	0,73
Apoio não verbal	4,63	5,00	0,31
Compreensão e relação amigável	4,75	4,85	0,31
Controle	4,02	4,00	0,96

O QPIFD examinou a percepção das pacientes em relação ao conteúdo informado pelos médicos. A maior parte das participantes referiu ter recebido informações acerca das dimensões identidade (85%, $n=34$), consequências (87,5%, $n=35$), controle pessoal (87,5%, $n=35$), controle do tratamento (100%, $n=40$), coerência (90%, $n=36$) e representação emocional (62,5%, $n=25$). No entanto, metade de amostra referiu não ter recebido informações relacionadas à duração da doença (50%, $n=20$), e quase metade do grupo referiu não ter recebido informações sobre as causas (47,5%, $n=19$).

Quanto à análise de correlação, pode-se observar a existência de associações fracas entre três dimensões do QCCM com algumas variáveis clínicas das pacientes, conforme apresentado na Tabela 2.

Por último, buscou-se relacionar a percepção do QPIFD com variáveis sociodemográficas e clínicas, mas não foram constatados resultados significativos. A análise de correlação de *Spearman* não evidenciou relação entre as dimensões do QCCM e demais variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 2

Correlação de Spearman entre as dimensões do QCCM e variáveis clínicas das pacientes

Variável	DES	EE	ANV	CRA	CONT
Idade	0,248*	0,210	-0,026	0,003	0,048
Tempo de diagnóstico	0,000	0,030	-0,271*	-0,272*	-0,057
Tempo de tratamento	0,001	0,031	-0,282*	-0,255*	0,017

Nota. DES=Desafio; EE=Encorajamento e elogio; ANV=Apoio não verbal; CRA=Compreensão e relação amigável; CONT=Controle. * $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Os resultados da análise do QCCM apontam que as mulheres com cancro de mama percebiam os médicos com mais facilidade em construir uma relação amigável e demonstrar interesse pelo que elas tinham a dizer do que em assegurar sua compreensão acerca do que foi informado e da forma como devem agir a partir das consultas. O estudo de Rosa et al. (2018) encontrou resultados semelhantes, uma vez que os médicos tinham uma percepção mais positiva do que os pacientes com diferentes tipos de cancro em relação à dimensão desafio. Além de servir como fator protetivo para as pacientes (Campbell-Enns & Woodgate, 2015), uma relação positiva com os médicos pode ser percebida como mais satisfatório e importante do que a própria supressão da dor (Souza & Ostermann, 2017). No entanto, além de amigáveis e atenciosos, é preciso que os médicos prestem informações de forma clara e acessível, e assegurem que as pacientes compreenderam o que lhes foi passado (Barth & Lannen, 2011).

As pacientes apresentaram uma percepção positiva em relação ao recebimento de informações sobre a doença, de acordo as dimensões das crenças sobre a doença. É importante que os médicos estejam promovendo informações sobre os sinais e sintomas da doença, porque a falta de informações sobre estes aspectos pode gerar aumento dos níveis de distresse emocional (Chittem, Norman, & Harris, 2015; Seabra et al., 2015). Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a representação da doença em pacientes com cancro evidenciou que percepções mais ajustadas sobre a dimensão identidade estão associadas a uma melhor qualidade de vida e

funcionamento físico (Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017). É importante ressaltar que um dos maiores focos de insatisfação em relação à comunicação é a falta de informações acerca dos efeitos colaterais e a forma como podem impactar na vida das mulheres. (Pacian et al., 2014).

Algumas das principais dúvidas das pacientes estão relacionadas às consequências do adoecimento (Pacian et al., 2014), já que é uma doença bastante estigmatizada (Seabra et al., 2015). O desajuste na percepção de consequências da doença contribui para o aumento dos níveis de depressão e ansiedade (Chittem et al., 2015), e diminuição do bem-estar psicológico (Richardson et al., 2017).

É comum que as pacientes apresentem curiosidade e necessidade em saber o que podem fazer para contribuir com seu tratamento e para aumentar sua qualidade de vida (Brédart et al., 2015). Dessa forma, a percepção positiva apresentada pelas pacientes do presente estudo sobre percepção de controle pode contribuir para o ajustamento emocional diante do adoecimento (Seabra et al., 2015), já que distorções na percepção sobre o controle pessoal estão associadas ao aumento dos níveis de estresse e ansiedade (Richardson et al., 2017).

A única dimensão do MSC em que todas as participantes referiram ter recebido informações foi a dimensão controle do tratamento. Este dado aponta para a facilidade que os médicos têm em abordar aspectos fisiológicos e técnicos ao longo do tratamento, em detrimento dos aspectos psicossociais (Hack et al., 2010; Souza & Ostermann, 2017).

Observa-se que a maior parte das pacientes percebe que os médicos verificaram sua compreensão acerca do que foi informado. No entanto, percebe-se que este dado apresenta diferenças em relação à dimensão desafio, que avalia aspectos semelhantes, o que pode sugerir uma limitação no QPIFD, ao reduzir a avaliação da dimensão a um item dicotômico.

Apesar da maior parte da amostra referir ter recebido informações sobre a dimensão representação emocional, muitas dessas mulheres não fazem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, mas faz uso de algum tipo de medicação psiquiátrica. Este dado demonstra que os profissionais continuam realizando o manejo emocional por meio de medicações (Souza & Ostermann, 2017). Distorções na representação desta dimensão

estão associadas com aumento dos níveis de depressão, ansiedade e distresse emocional entre pacientes oncológicos (Richardson et al., 2017).

Quase metade das pacientes referiu não receber informações sobre as causas da doença. Este dado corrobora o estudo de Rosa (2017), em que uma considerável parcela de pacientes com cancro de mama referiu não receber informações sobre a etiologia da doença. Numa amostra brasileira de mulheres com cancro de mama, os aspectos psicológicos e emocionais foram percebidos como principais causas da doença (Peuker et al., 2016). Um estudo americano identificou que os aspectos emocionais e psicológicos foram percebidos como segunda principal causa de cancro (Andersen et al., 2017). Além disso, a crença de que a doença é causada por aspectos que independem do comportamento e que tem fundo emocional pode comprometer o autocuidado das pacientes (Seabra et al., 2015). Dessa forma, é preciso prestar informações técnicas sobre a etiologia da doença para que pois as crenças sobre o seu da doença estão associadas às crenças sobre a eficácia do tratamento (Andersen et al., 2017).

Considerando que a maior parcela das participantes se encontra em estágio de adoecimento avançado, é fundamental que os profissionais prestem informações sobre a duração da doença, para favorecer a compreensão e o ajustamento emocional das pacientes. Favorecer a compreensão sobre a duração crônica do cancro de mama é importante para promover mudanças comportamentais permanentes e fomentar condutas de autocuidado (Rosa, 2017).

A associação entre a idade e a dimensão desafio sugere que pacientes com idade mais avançada são mais estimuladas a compreenderem seu quadro clínico e incentivadas a adotarem condutas específicas a partir das consultas. O dado corrobora com a literatura ao sugerir que mulheres com mais idade apresentam maior satisfação com o comportamento comunicativo do médico (Hack et al., 2010). Além disso, a literatura aponta que mulheres mais velhas podem ter uma melhor adaptação emocional diante do adoecimento (Campbell-Enns & Woodgate, 2015).

Conclui-se que, mesmo que as pacientes tenham uma percepção positiva em relação ao comportamento comunicativo dos médicos, os profissionais parecem se dedicar mais ao estabelecimento de uma relação positiva e amigável, do que a incentivar a compreensão das pacientes acerca de seu quadro clínico. Além disso, parte dos profissionais falharam em relação à prestação de informações das dimensões causas e duração da doença.

REFERÊNCIAS

- Altenhofen, V., & Castro, E. K. (2018). A percepção da doença cardíaca e da comunicação do diagnóstico. *Psicologia, Saúde & Doenças, 19*(3), 515-525. <https://doi.org/10.15309/18psd19030104>
- Andersen, M. R., Afdem, K., Hager, S., Gaul, M., Sweet, E., & Standish, L. J. (2017). The ‘cause’ of my cancer, beliefs about cause among breast cancer patients and survivors who do and do not seek IO care. *Psycho-Oncology, 26*(2), 248-254. <https://doi.org/10.1002/pon.4028>
- Andrade, C. G., Costa, S. F. G., & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(9), 2523-2530. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*(3), 626-632. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Barros, A. E. S., Conde, C. R., Lemos, T. M. R., Kunz, J. A., & Ferreira, M. L. S. M. (2018). Feelings experienced by women when receiving the diagnosis of breast cancer. *Journal of Nursing, 12*(1), 102-111. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23520p102-111-2018>
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology, 22*(5), 1030-1040. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Bays, A. M., Engelberg, R. A., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., . . . Curtis, J. R. (2014). Interprofessional communication skills training for serious illness: Evaluation of a small-group, simulated patient intervention. *Journal of Palliative Medicine, 17*(2), 159-166. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0318>
- Bittencourt Romeiro, F., Peuker, A. C., Bianchini, D., & Kern de Castro, E. (2016). Percepción del paciente de quimioterapia respecto a la comunicación con el personal sanitario. *Psicooncología, 13*(1), 129-140. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52493
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

- Brédart, A., Kop, J., Fiszer, C., Sigal-Zafrani, B., & Dolbeault, S. (2015). Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1670-1678. <https://doi.org/10.1002/pon.3836>
- Campbell-Enns, H., & Woodgate, R. (2015). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 112-121. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1795>
- Chittem, M., Norman, P., & Harris, P. R. (2015). Illness representations and psychological distress in Indian patients with cancer: Does being aware of one's cancer diagnosis make a difference? *Psycho-Oncology*, 24(12), 1694-1700. <https://doi.org/10.1002/pon.3837>
- Croitor, L. M. N. (2010). *Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: Elaboração e validação de um novo instrumento de medida*. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.
- Ferreira, V. S., Salazar, V., Peruchi, R. C., Donelli, T. M. S., & Castro, E. K. de. (2015). Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, 13(1), 42-63.
- Gontijo, I. B. R., & Ferreira, C. B. (2014). Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. *Ciência & Saúde*, 7(1), 2-10. <https://doi.org/10.15448/1983-652x.2014.1.15488>
- Hack, T. F., Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Bultz, B. D., & Degner, L. F. (2010). Behind closed doors: Systematic analysis of breast cancer consultation communication and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 19(6), 626-636. <https://doi.org/10.1002/pon.1592>
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health treats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.
- Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C., Carvalho, C. M. L., & Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 554-559. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400090>
- Lunsford, N. B., Sapsis, K. F., Smither, B., Reynolds, J., Wilburn, B., & Fairley, T. (2018). Young women's perceptions regarding communication with healthcare providers about breast cancer, risk, and prevention. *Journal of Women's Health*, 27(2), 162-170. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6140>

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Pacian, A., Kulik, T. B., Pacian, J., Goniewicz, M., & Kowalska, A. J. (2014). Analysis of the doctor-patient communication if breast cancer is diagnosed. *Acta Bioethica, 20*(1), 23-29.
- Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., Souza, L. V., Castro, E. K., Peuker, A. C. W. B., Armiliato, M. J., . . . Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 29*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0007-y>
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology, 17*(2), 244-257. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x>
- Ramos, W. S. R., Sousa, F. S., Santos, T. R., Júnior, W. R. D. S., França, I. S. X., & Figueiredo, G. C. A. L. (2012). Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde, 30*(3), 241-248. Retrieved from http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p241a248.pdf
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 26*(6), 724-737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>
- Rosa, B. M. (2017). Comunicação em oncologia: O que o médico deve informar ao paciente? *Salud & Sociedad, 8*(3), 228-239. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0003.00003>
- Rosa, B. M., Souza, M. L. A., Lopes, A. F., & Castro, E. K. (2018). Comportamento comunicativo em oncologia: Perspectiva de médicos e pacientes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, 1*(2), 105-111. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i2.11963>
- Seabra, C. R., Peuker, A. C. W. B., & Castro, E. K. (2015). Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: Uma revisão sistemática de literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano, 3*(2). <https://doi.org/10.18316/2317-8582.15.7>
- Souza, J., & Ostermann, A. C. (2017). “Tudo bem”, “tudo em paz” e “uma tremenda sorte”: Avaliações positivas no gerenciamento da incerteza na comunicação entre oncologistas e pacientes com câncer de mama. *Revista de*

Estudos da Linguagem, 25(2), 609. <https://doi.org/10.17851/2237-2083.25.2.609-640>

Whitley Jr., B. E., Kite, M. E., & Adams, H. L. (2013). Correlation designs. In *Principles of research in behavioral science* (3rd ed., pp. 311-338). New York: Routledge.