

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Igor A. F. Bueno^{1,2,✉}, Christina H. Tarabay³, & Maria Teresa Cruz Lourenço⁴

¹A.C. Camargo Cancer Center, Núcleo de Psico-oncologia, São Paulo, Brasil, 01509-010; ²e-mail: iafbueno@gmail.com; ³e-mail: starabay@uol.com.br; ⁴e-mail: mariateresacruz@yahoo.com.br

RESUMO: Esta revisão de literatura objetiva a compreensão dos fatores envolvidos no processo de comunicação entre médico e paciente na área oncológica para a melhora dos mesmos, a fim de contribuir com estudos futuros na obtenção de melhores indicadores de ajustamento psicológico e menores índices de estresse psicológico. Para o levantamento do material bibliográfico, utilizaram-se descritores que relacionassem a comunicação, o médico, o câncer e ajustamento ou estresse a partir das bases de dados do PubMed e PsycINFO. Após a análise inicial dos resumos dos trabalhos, obteve-se o material descrito. Foram consultados 27 artigos que indicam aspectos relativos a atributos do paciente; à interação com o médico e avaliação do cuidado; aos achados com pesquisas sobre dor; às habilidades de comunicação e recomendações; ou à esfera de práticas de cuidados complementares e alternativos. Conclui-se que a comunicação terapêutica é um processo contínuo e complexo que tem implicações no ajustamento e bem-estar psicológico de pacientes oncológicos. Esta relação depende tanto de fatores pessoais do paciente quanto das habilidades do profissional de saúde. O processo de comunicação deve ser tratado com cuidado e deve ser alvo de investimento por parte do profissional para que se abordem aspectos do cuidado físico e emocional.

Palavras-chave: comunicação; câncer; ajustamento psicológico; estresse psicológico

COMMUNICATION IN ONCOLOGY AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This literature review aims to understand the factors involved in the process of communication between the physician and the patient in the oncological area to improve it in order to contribute to future studies in obtaining better indicators of psychological adjustment and lower levels of psychological stress. To survey the bibliographic material, we used descriptors such as communication, physician, cancer and adjustment or distress from PubMed and PsycINFO databases. After the initial analysis of the abstracts of the studies, it was obtained the material described. Twenty-seven articles was found that indicate aspects about the patient; about the interaction with the physician and evaluation of care; findings on pain research; communication skills and recommendations; and complementary and alternative care practices. It is concluded that therapeutic communication is a continuous and complex process that has

✉ Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, São Paulo - SP, Brasil, 01509-010; Telf.: 0055 11 2189-5000; e-mail: iafbueno@gmail.com

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

implications for adjustment and psychological well-being of cancer patients. This relationship depends on patient's personal factors and also health professional's skills. The communication process should be treated with care and should be invested by the professional to address aspects of the physical and emotional care.

Keywords: communication; cancer; psychological adjustment; psychological distress

Recebido em 19 de Janeiro de 2015/ Aceite em 08 de Novembro de 2016

O relacionamento terapêutico entre o paciente e seu médico é mediado por diversas variáveis e aspectos de forma que pouco se sabe sobre sua complexidade (Epstein & Peters, 2009). Estudos dedicam-se a entender sua funcionalidade e fatores que contribuiriam para melhores respostas comportamentais, emocionais, avaliativas e tomada de decisão por parte dos pacientes a partir das interações com seus médicos (Duberstein, Meldrum, Fiscella, Shields, & Epstein, 2007; Epstein, Alper, & Quill, 2004; Frank et al., 2005; Thorne, Hislop, Armstrong, & Oglov, 2008). Outros estudos buscam vincular a qualidade da interação a respostas orgânicas e adesão (Franks et al., 2006). E ainda outros propõem correlações entre o ambiente de trabalho institucional e a percepção pessoal dos pacientes em relação aos seus médicos (Ansmann, Kowalski, Ernstmann, Ommen, & Pfaff, 2012; Kowalski et al., 2009). Isto sugere uma dimensão bastante ampla deste tipo de relacionamento e a importância de suas consequências sobre o ponto de vista da saúde integral do paciente.

Fatores subjetivos da interação como a empatia e a concessão de espaço e tempo para que o paciente possa explorar suas questões, preocupações, sentimentos e propostas são amplamente enfatizados (Buckman, Tulsky, & Rodin, 2011; Epstein et al., 2007; Epstein, et al., 2009;). Estudos abordam o momento da comunicação diagnóstica como momento delicado ao paciente (Paraskevidis, Kitchener, & Walker, 1993), havendo a necessidade de que o médico tome as devidas precauções para que o paciente se sinta o mais confortável e empoderado possível a fim de tomar suas decisões, sentir-se satisfeito e apresentar melhor qualidade de vida posterior (Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell, & Somerfield, 1999; Mager, & Andrykowski, 2002; Roberts, Cox, Reinfgen, Baile, & Giberfini, 1994). Há indicadores de qualidade de saúde mental associados à percepção que os pacientes têm do comportamento de seu médico no momento da comunicação diagnóstica, tais como medidas de ansiedade e depressão e percepção de ajustamento psicológico em longo prazo (Paraskevidis et al., 1993; Schofield et al. 2003). Contudo, a diversidade e problemas metodológicos das pesquisas levam a resultados diversos e pouco confiáveis (Deledda, Moretti, Rimondini, & Zimmermann, 2013; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009).

O processo de comunicação é constituído por uma interação contínua por uma ou mais partes e que envolve aspectos de diálogo, não-verbais e psicossociais. No contexto oncológico, este processo ocorre entre médico e paciente e explora a transmissão da informação clínica, o entendimento das informações e a expressão das preocupações, dúvidas, opiniões e emoções (Pham, Bauer, & Balan, 2014). O câncer é uma doença crônica cujo tratamento é diversificado e pode induzir o paciente a enfrentar diferentes desafios ao longo do tratamento. Existem vários momentos estressantes pelos quais o indivíduo deve emitir uma resposta de enfrentamento e esperam-se reações emocionais vinculadas a isto (Davis, & Goforth, 2014; Li, Fitzgerald, & Rodin, 2012; Mehnert, et al., 2014).

Esta revisão de literatura objetiva a compreensão dos fatores envolvidos no processo de comunicação entre médico e paciente na área oncológica para a melhora dos mesmos, a fim de

contribuir com estudos futuros na obtenção de melhores indicadores de ajustamento psicológico e menores índices de estresse psicológico.

MÉTODO

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da consulta das bases de dados Pubmed e Psycinfo. Utilizou-se simultaneamente os descritores “communication”, “physician”, “cancer” e “adjustment” ou os descritores simultâneos “communication”, “physician”, “cancer” e “distress”, que estivessem contidos no título ou resumo do trabalho. Foram considerados apenas artigos publicados em periódicos, na língua inglesa ou portuguesa. Foram excluídos os artigos que tratavam de população infantil ou adolescente. E foram considerados apenas os trabalhos que focavam o relacionamento entre o médico e o paciente, desconsiderando trabalhos que tiveram como foco principal médicos e familiares dos pacientes.

Após a análise dos títulos e resumos dos trabalhos obtidos nas pesquisas das bases de dados consultadas, chegou-se a seleção dos artigos que foram consultados para esta revisão, considerando também a acessibilidade do texto integral na instituição onde a busca foi conduzida. Para este trabalho, não foi utilizado critério de exclusão por data de publicação.

RESULTADOS

As pesquisas nas bases de dados resultaram em 62 artigos em outubro de 2014. Destes, após a análise dos títulos e resumos, obteve-se um número de 27 artigos a serem explorados em busca dos objetivos da revisão.

Pelas características dos pacientes

Um artigo de revisão (Roussi, & Miller, 2014) buscou a compreensão do impacto de estilos de enfrentamento (*coping*) de pacientes oncológicos. Pacientes mais monitoradores tendem a exigir mais informações, a ficarem menos satisfeitos com as informações providenciadas, a terem maiores dificuldades com informações ambíguas relacionadas a ameaças à saúde e expressarem respostas afetivas negativas. Apresentam maiores índices de estresse geral, específico e mesmo somático. No artigo de revisão, encontraram-se alguns indícios de que pacientes mais monitoradores necessitam de maior suporte afetivo por parte de seus médicos. Quanto ao processo de tomada de decisão, estes pacientes não necessariamente desejam o controle das decisões, embora apresentem a tendência de serem mais participativos. Contudo, eles tendem a ser mais aderentes ao tratamento. O artigo aponta para um elemento sensível em relação ao relacionamento entre médico e paciente: a qualidade da comunicação entre estas partes pode afetar a aderência e a satisfação do paciente.

Em um estudo japonês (Fujimori et al., 2007), houve a investigação de padrões de preferência dos pacientes quanto as atitudes desejáveis dos médicos no momento de comunicação de más-notícias. Revelou-se que a maioria dos pacientes prefere que o médico dê informações positivas e negativas que sejam pertinentes à doença e ao tratamento e que apresente uma atitude de suporte. Preferem atitudes de continuidade e responsabilização quanto aos cuidados, assim como planos de tratamento, exigindo maior engajamento. O ajustamento psicológico dos pacientes esteve associado

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ao estilo comunicação preferido pelo paciente. Dado relevante foi que o estresse psicológico e o suporte social não estabeleceram relação significativa com estilos de comunicação. Alguns fatores sensíveis foram salientados ao caracterizar estilos de comunicação na revelação de más-notícias: a quantidade de informação e a maneira como elas são reveladas, provisão de informações adicionais, o suporte emocional propiciado e o *setting* da comunicação.

Pacientes com câncer avançado metastático se deparam com questões pertinentes sobre qualidade de vida e longevidade. Compreender que características dos pacientes levam a preferências em uma abordagem que privilegie qualidade de vida ou longevidade foi o foco de um estudo (Meropol et al., 2008). Pacientes que preferem uma abordagem que privilegiasse a longevidade desejam falas mais positivas, que o médico use termos mais gerais, que alivie a tensão quando informam más-notícias e que seja mais suportivos. Pacientes que apresentam maior estresse psicológico preferem tratar mais de longevidade, enquanto que aqueles que apresentaram menor índice preferem a qualidade de vida.

O entendimento dos pacientes sobre ter uma doença oncológica em atividade pode representar grande fator estressante, mesmo quando não há indícios clínicos disto. Um estudo (Oates et al., 2007) buscou analisar a relação entre a discrepância do entendimento de doença oncológica em atividade entre pacientes e médicos. Nota-se que os pacientes que avaliaram estar com câncer em atividade e estando em desacordo com a perspectiva médica obtiveram maiores índices de depressão e ansiedade comparados àqueles que apresentavam o mesmo julgamento da doença de seus médicos. Além disso, esses pacientes em discrepância apresentaram mais sintomas físicos, menores índices de qualidade de vida, física, emocional e social. Mostraram também grande similaridade entre os pacientes que estavam em acordo com a perspectiva médica de doença em atividade para ansiedade e depressão.

Em estudo com pacientes com câncer avançado, pacientes foram categorizados entre dois grupos de faixa etária mais jovem e mais velha (Rose et al., 2008). Procuraram-se diferenças entre preferências, perspectivas de cuidado e bem-estar. Pacientes mais jovens apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e sintomas de estresse e também preferiam tratamentos mais agressivos. Enquanto que pacientes mais velhos eram menos contatados pelas equipes de saúde fora do contexto institucional e preferiam uma abordagem de cuidados que privilegiasse alívio de dor e de desconforto. Em ambos os grupos, formam pouco aqueles que reportaram discussão sobre objetivos de cuidados de fim de vida. O estudo aponta também para uma tendência do médico superestimar a agressividade das metas de tratamento e cuidado para ambos os grupos.

No estudo de Svedlund, Sullivan, Liedman e Lundell (2005) foram propostos o entendimento e a descrição de mecanismos psicológicos e reações operacionais de pacientes oncológicos que receberam indicação de tratamento cirúrgico gástrico, que posteriormente foram comparados aos pacientes com doença irrissecável. Notou-se a falha dos médicos em reconhecer os mecanismos de enfrentamento dos pacientes em situação de risco de vida. Os pacientes com tumores irrissecáveis tendem a minimizar o estresse, assim como também relatam menor desesperança. Sugere-se a importância e preocupação com as habilidades de comunicação entre o médico e o paciente sobre sintomas e sinais de doenças malignas. Observou-se a tendência de negação em fases iniciais da doença e a tendência de alguns pacientes de minimizar o estresse para lidar com grandes eventos da vida.

Um estudo abordou a relação entre a auto-eficácia e correlações com sintomas de estresse e bem-estar psicológico de pacientes de baixa renda com câncer de próstata submetidos a tratamentos definitivos (Heckman et al., 2011). A auto-eficácia, no contexto de interação com o médico, descreve a percepção da habilidade de obter informações médicas e assegurar que suas próprias preocupações relacionadas à saúde sejam identificadas e abordadas. Os resultados indicaram

correlação entre auto-eficácia positiva e menores sintomas de estresse até 6 meses e também correlação com bem-estar psicológico em até 2 anos, prazo inteiro da avaliação. Esta percepção de baixa auto-eficácia pode comprometer o potencial do relacionamento com o médico e trazer maiores dificuldades ao paciente com a sua doença e no processo de obter informação e de escolha.

A partir de características da interação e avaliação dos cuidados recebidos

A investigação dos aspectos relacionados ao relacionamento entre médico e paciente e as influências na mudança de qualidade de vida associadas à saúde de pacientes com câncer de mama foi o objetivo do estudo de Farin e Nagl (2013). Encontraram-se alguns preditores sociodemográficos de qualidade de vida: habilidade para trabalhar, morar com um parceiro, maior nível educacional, maior renda e estar empregado. No geral, o nível de satisfação foi alto. O otimismo foi o único preditor de curto e longo prazo do estudo. A satisfação do paciente com seu médico foi o mais importante preditor de curto prazo, pela percepção de empatia, de que as informações foram transmitidas e compreendidas e de que as instruções foram adequadas. Em termo de médio prazo, a percepção por parte dos pacientes de que seus médicos estão envolvidos na participação do cuidado foi a variável mais significativa do relacionamento. O artigo conclui que inicialmente o suporte emocional do médico ao paciente se mostra mais importante, mas perde o impacto após o período de reabilitação. Após isto, a participação do médico e a congruência entre as preferências do paciente e o comportamento do médico se tornam preditores da qualidade de vida do paciente.

O processo de tomada de decisão, índices de depressão e qualidade de vida foram variáveis de outro estudo com participação de mulheres com câncer de mama metastático (Vogel, Leonhart, & Helmes, 2009). A comunicação foi avaliada em até uma semana após o início do tratamento oncológico, enquanto que depressão e qualidade de vida foram mensuradas no início, três e seis meses após. Houve correlação aos três meses entre maiores índices de satisfação e menores de depressão, contudo aos seis meses não houve diferença significativa. Maiores índices de qualidade de informação estiveram relacionados a menores índices de depressão aos três e seis meses. Não houve diferença quanto à satisfação e comunicação aos três meses e a qualidade de vida. Porém, maior qualidade de informação esteve correlacionada com maior qualidade de vida aos três e seis meses. A congruência entre as preferências do paciente na tomada de decisão e a real tomada de decisão do caso esteve correlacionada a menores índices de depressão aos três meses, mas não aos seis meses, e também à melhor satisfação. O estudo concluiu que a comunicação no momento inicial do tratamento tem relação com o melhor ajustamento psicológico em curto prazo. A congruência entre as preferências do paciente sobre a tomada de decisão e a real tomada de decisão quanto ao tratamento tem relação com menores índices de depressão a médio prazo. Em longo prazo, apenas a qualidade da informação esteve associada com menores índices de depressão. Em médio prazo, os preditores de qualidade de vida foram o nível de depressão inicial e a qualidade das informações dadas ao paciente, mas em longo prazo, nenhuma variável referente à comunicação e à tomada de decisão teve correlação com a qualidade de vida. A variável que foi a melhor preditora do ajustamento psicológico foi o nível de depressão inicial.

Um estudo nos EUA avaliou a perspectiva de pacientes com câncer de pulmão e colorretal de diferentes regiões e sistemas de saúde sobre a qualidade do cuidado recebido, abrangendo diferentes comunidades linguísticas (Ayanian et al., 2010). Avaliações do nível de cuidado como excelente foram menos comuns entre pacientes que não eram brancos, falantes do chinês, pacientes com menor renda, com menor nível educacional, não casados, em piores condições de saúde, com câncer

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

metastático e com histórico de depressão. As experiências dos pacientes de comunicação com o médico estiveram significativamente associadas às avaliações da qualidade de cuidado. Os autores também sugerem que pacientes que tiveram contato mais freqüente com os provedores de cuidado nos meses iniciais após o diagnóstico avaliam melhor o cuidado interpessoal. Indica-se também que o acesso ao serviço, a disponibilidade pessoal e de informação e de emissão de resposta de cuidado foram significantes para qualidade do cuidado.

Avaliar as consequências de longo prazo quanto ao ajustamento psicológico a partir da percepção de paciente com câncer de mama sobre sua consulta diagnóstica foi o objetivo do trabalho de Mager e Andrykowski (2002). Entre os resultados indicados, observa-se que médicos mais cuidadosos foram avaliados como mais competentes e compreensivos, o que tem associação com maior satisfação. Existe uma associação entre as esferas de cuidados e compreensão com menores índices de sintomas pós-traumáticos. A esfera de cuidado está associada à menor depressão em longo prazo. A percepção do cuidado e suporte foi o melhor preditor de ajustamento psicológico de longo prazo. O estudo salienta que o comportamento do médico tem maiores efeitos em curto prazo, mas ainda em longo prazo tem relação com efeitos psicológicos mais específicos, como sintomas pós-traumáticos. Nota-se que a observação de comportamentos de cuidados é preditora de ajustamento psicológico, ao contrário da observação da competência técnica do médico. Considera-se também que a satisfação não foi relevante em longo prazo.

Em estudo realizado com paciente com câncer de mama 6 meses após cirurgia (Roberts et al., 1994) encontrou-se relações entre ajustamento psicológico e a comunicação do diagnóstico, indo além da avaliação de satisfação. Participaram 100 mulheres e foram utilizadas escalas de avaliação da consulta diagnóstica, de estresse psicológico e dados gerais, como sociodemográficos e histórico psiquiátrico, suporte social e estado de saúde. Aponta-se para relações correlacionais entre o uso de técnicas terapêuticas durante a consulta diagnóstica e índices de bem-estar psicológico. Há indicação de que a interação entre médico e paciente tem influência sobre sintomas depressivos e ansiosos. Nota-se, no estudo, que o suporte social foi menos significativo para o ajustamento psicológico do que a influência da relação entre médico e paciente.

Em um estudo mais antigo (Santos et al., 1991), realizado a partir do acompanhamento de pacientes internados por neoplasias hematológicas, observaram-se fatores relativos às atitudes médicas que desfavoreceriam a o enfrentamento dos doentes. Considerou-se a pouca disponibilidade dos médicos e da equipe de saúde para tratar dos problemas psicológicos dos pacientes. Recomenda-se, no estudo, que atitudes mais abertas teriam características positivas de desdramatização da doença e teriam implicações na adesão e tolerância ao tratamento, no planejamento para o futuro e na comunicação entre doente e médico ou os familiares. O estudo considera um processo crítico de modelação e reconhecimento das características de cada paciente, como, por exemplo, no processo de revelação de uma notícia importante sobre sua saúde.

Relatos de pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico de câncer de próstata apontam insatisfação com as informações anunciadas antes da realização do procedimento cirúrgico sobre os efeitos posteriores (Powel, & Clark, 2005). Muitas das queixas são baseadas na descrição pobre dos efeitos posteriores às intervenções cirúrgicas, ou seja, sobre efeitos de incontinência e impotência sexual. Os pacientes destacam que não haviam sido suficientemente preparados para lidar com estas questões, que, em princípio, foram sentidas como algo que estava sendo minimizado pelos médicos. Os mesmos pacientes avaliam que estas consequências representaram ameaças à integridade, auto-estima masculina e à adaptação à vida cotidiana.

Pacientes com câncer de pulmão de todos os estágios da doença foram consultados para responderem questões pertinentes à comunicação de aspectos relevantes do cuidado e necessidades físicas, emocionais, práticas e espirituais (Nelson et al., 2011). Os resultados gerais indicam que

52% dos participantes apontaram como inadequado a abordagem destes temas. Os pacientes queixam-se de insuficiência da comunicação quanto a tópicos de sintomas, prognóstico, benefícios potenciais ou complicações do tratamento, preferências do tratamento, questões sobre tomada de decisão, necessidades práticas, espirituais e cuidados em *hospices*. Os participantes indicam a necessidade de explorar tanto as informações de natureza estressora como as emoções em evidência.

Parte do estresse experimentado pelo paciente oncológico está relacionado ao risco de morte. O processo de comunicação pode influenciar na intensidade da experiência deste tipo de estresse entre os pacientes com doenças graves. Em um estudo que incluiu pacientes com câncer avançado (Chibnall, Videen, Duckro, & Miller, 2002), notaram-se alguns fatores em associação com estresse pela possibilidade de morte, principalmente, os relacionados à comunicação com o médico e ao bem-estar espiritual e em menor escala à depressão. O artigo indica também associação com as demandas de ordem espiritual e psicossociais não atendidas e também o processo de tomada de decisão para estes pacientes.

A satisfação de pacientes com câncer de próstata foi mensurada em estudo com evidências em dois momentos (Hack et al., 2012), imediatamente após a consulta primária e 12 semanas após. A pesquisa buscou identificar os conteúdos verbais apresentados por médicos, pacientes e acompanhantes durante a primeira consulta com o oncologista. Os resultados indicam que pacientes mais ansiosos na primeira consulta e a apresentação de comportamento mais assertivo por parte dos acompanhantes estão relacionados a menores índices de satisfação imediatamente após a primeira consulta. Após 12 meses, a ansiedade do paciente durante a primeira consulta, o curto tempo da consulta e menor índice de satisfação imediatamente após a consulta estiveram correlacionados a menores índices de satisfação. Nota-se a baixa apresentação de comportamentos empáticos durante as consultas e da verificação da compreensão do paciente por parte dos médicos. Contudo, as avaliações gerais de satisfação foram altas e poucos comportamentos dos médicos foram categorizados com inadequados. Entretanto, estes últimos dados não são reveladores de questões que envolvem necessidades não abordadas durante a consulta, como busca por mais informações e suporte emocional.

Indícios pelas pesquisas de dor

O estudo da dor esteve associado ao comportamento dos pacientes em interação com seus médicos. O estudo de Street e colaboradores (2014) encontra algumas recomendações aos oncologistas. Destaca-se que o controle insatisfatório da dor tem associação com sintomas depressivos e baixa qualidade de vida. Encontrou-se uma relação entre a comunicação ativa por parte dos pacientes sobre a dor e a melhora da dor de base e mudanças das medicações. O estudo considerou que a expressão das preocupações, questões e preferências por parte dos pacientes permitiu ao médico ter melhor entendimento da visão e necessidades dos pacientes, o que possibilitou prover mais informações, suporte e cuidado centrado no paciente.

Em uma pesquisa experimental (Smith, DuHamel, Egert, & Winkel, 2010) apareceram evidências estatísticas de que a receptividade do provedor de saúde e o paciente proporcionou melhores indicativos de controle de dor, bem-estar e de menores barreiras quanto à comunicação. Outra variável sensível relacionada à receptividade foi a satisfação com o cuidado à saúde. Isto favoreceria a aliança terapêutica e otimizaria a troca de informações entre as partes envolvidas no processo interpessoal do cuidado.

Um estudo (Jacobsen, Møldrup, Christrup, Sjøgren, & Hansen, 2010) apontou que mesmo quando há aprovação por parte dos pacientes quanto à comunicação médica, os parâmetros de

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

controle de dor podem não ser aceitáveis. Isto é, a comunicação é parte do trabalho médico, mas não há indício de ser totalmente resolutivo neste contexto. Contudo, alguns fatores psicoemocionais estão associados à dor. A intensidade da dor foi associada ao estresse emocional e a possibilidade de alívio da dor às barreiras cognitivas, que correspondem a crenças sobre a comunicação sobre a dor oncológica e sobre o uso de opióides.

Considerações sobre habilidades de comunicação e outras recomendações

O estudo de Stewart e colaboradores (2007) identificou que diferentes especialidades médicas apresentam sensibilidade diferente quanto à aquisição de habilidades de interação com o paciente. Médicos da família apresentaram mudança de comportamento após um programa contínuo de desenvolvimento de habilidades de comunicação, ao contrário de oncologistas clínicos e cirurgiões. Contudo, todos obtiveram melhores avaliações quanto à satisfação dos pacientes e sensação de se sentir melhor após a consulta. O estudo avaliou, porém, apenas o comportamento verbal dos médicos. Isto sugere a existência importante de fatores não-verbais da interação.

Sobre o aspecto psicodinâmico, há um estudo que avalia as implicações dos mecanismos de defesa dos provedores de cuidados (Bernard, Roten, Despland, & Stiefel, 2012). Categorizando entre aqueles que exibiam mecanismos de defesa mais adaptativos e aqueles com funções menos adaptativas, o estudo indica que os provedores que utilizam defesas mais adaptativas apresentam melhor aderência ao programa de treinamento de habilidades de comunicação. Considera-se que a utilização de mecanismos de defesa como negação, projeção e atuação dificulta a compreensão da realidade do paciente.

A inclusão da avaliação sobre os aspectos emocionais do paciente em documentos de prontuário como resumos de alta não é uma estratégia efetiva ou facilitadora na abordagem dos aspectos psicossociais (Book et al., 2013). Entre os profissionais que tiveram acesso a estes dados previamente e aqueles que não tiveram acesso não foram encontradas diferenças significativas em abordar tais dimensões com seus pacientes.

A utilização de instrumentos eletrônicos como forma prática de aperfeiçoar a expressão dos pacientes foi dado de avaliação de outro estudo (Blum et al., 2012). Foi proposto que os pacientes de cuidados paliativos de um grupo experimental randomizado respondesse a um questionário eletrônico em diferentes momentos do tratamento sobre questões que envolviam comunicação médica, qualidade de vida, sobrecarga dos sintomas e administração dos sintomas pelo oncologista. O estudo indicou que o grupo de intervenção obteve melhores resultados quanto à abordagem de sintomas, menores índices de estresse e menor necessidade de suporte para gerenciamento de sintomas. Isto sugere a utilização de ferramentas adicionais que facilitaram a interação entre médico e paciente.

Em estudo de revisão literária sobre o estado da Psico-oncologia (Levin, & Kissane, 2006), encontram-se alguns dados referentes ao treinamento de habilidades de comunicação. Há indicativos de que apenas 25% das informações julgadas como importantes pelos oncologistas são recordadas pelos pacientes. Há achados de que informação pobre está correlacionada a maiores índices de depressão. A partir das evidências dos programas de treinamento de habilidades de comunicação, recomenda-se que os médicos façam maior uso de questões abertas aos pacientes, a fim de ter melhor acesso às reações emocionais deles, possibilitando melhor empatia, síntese e menor interrupção. Os pacientes tendem a se beneficiar dos treinamentos de habilidade em comunicação melhorando o processo de tomada de decisão, a aderência ao tratamento e o ajustamento psicológico global.

Indicadores por práticas alternativas e complementares

Em uma revisão da literatura (Frenkel, Ben-Arye, & Cohen, 2010), as práticas de medicina complementar e alternativa (MCA) foram revistas sob o foco da comunicação. De modo geral, os pacientes avaliam melhor os praticantes de MCA quanto à promoção e acolhimento de suporte emocional. A comunicação entre o paciente e o médico convencional pode não ser satisfatória justamente por não abordar as técnicas alternativas e complementares e também pela falta de entendimento do médico sobre elas. Os pacientes menos correspondidos em função de suas necessidades de cuidado emocional e físico tendem a fazer mais uso de MCA.

A utilização da terapia nutricional Moerman, que não recebeu validação quanto sua efetividade, foi variável sensível para avaliação das informações concedidas pelos médicos oncologistas (Pruyn, Rijckman, Brunshot, & Borne, 1985). De modo geral, pacientes que adotaram a dieta reportaram receber informações insuficientes ou pouco claras de seu médico sobre sua doença. Pacientes com *coping* agressivo e impulsivo, com baixa auto-estima e mais ansiosos e aqueles que demonstraram maior dificuldade em organizar pensamentos durante crises adotaram mais a dieta. Há sugestão de que o médico esteja atento a estes fatores e que possa ajudar os pacientes a se engajarem em terapias para lidar com as dificuldades de enfrentamento, além de se policiarem no ajuste do *feedback* aos pacientes com estes traços de personalidade.

DISCUSSÃO

Os estudos demonstram que o ajustamento e o estresse psicológico apresentam correlação com questões que envolvem a comunicação médica. O fator de comunicação influenciou o bem-estar psicológico dos pacientes em alguma medida, o que reforça a importância de que este tema ainda seja explorado e aprofundado na prática e nas pesquisas.

A comunicação se confirma como um fenômeno complexo. Ela pode ser avaliada e descrita por medidas de satisfação, por suas lacunas, queixas e expressão de preferências quanto a sua forma de apresentação, sua qualidade e sua quantidade. É possível relacioná-la a consequências posteriores de diversas ordens, como as medidas de ajustamento e bem-estar físico e psicológico. Sua avaliação encontrou variação conforme o contexto social, diferentes situações clínicas e por fatores idiossincráticos. Contudo, notou-se pelo conjunto dos achados a necessidade de que a comunicação seja flexível, que seja estimulada pelo profissional de saúde e que haja espaço para uma interação entre os envolvidos.

Tanto o profissional da saúde como o paciente apresentam algumas qualidades que influenciam na dinâmica. Muitos estudos pesquisados (Fujimori et al., 2007; Heckman et al., 2011; Meropol et al., 2008; Oates et al., 2007; Rose et al., 2008; Roussi et al., 2014; Svedlund et al., 2005) abordaram fatores psicológicos dos pacientes que pudessem estar correlacionados às variáveis de comunicação. Há fortes indícios de que a satisfação não depende apenas do desempenho do profissional de saúde ao longo da consulta, mas que fatores como depressão influenciam a forma como o indivíduo vai experienciar todo seu tratamento. As habilidades idiossincráticas dos pacientes favoreceriam ou dificultariam seu bem-estar psicológico, ajustamento e o processo de comunicação com o provedor de saúde. Por outro lado, cabe ao profissional o papel de avaliar as dificuldades dos pacientes e estimulá-los a superá-las. O processo de reconhecer as necessidades,

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

preferências, forma de se comunicar, seleção e transmissão das informações com qualidade ao paciente merece o cuidado do profissional. Se levarmos em consideração a rotina de consultas médicas, pode-se imaginar que o processo de comunicação individualizado é um grande desafio, não somente pela detecção das características dos pacientes, mas pela autoavaliação do profissional diante do paciente.

Os efeitos do processo de comunicação sobre o ajustamento e bem-estar psicológico variaram ao longo do tempo de tratamento ou pós-tratamento. Inicialmente, há indícios de que o papel do médico na comunicação é mais representativo, superando inclusive o suporte social, e resultando em melhor ajustamento, maior satisfação e menores índices de ansiedade, depressão e sintomas pós-traumáticos. Em médio-prazo, notou-se que a concordância entre os objetivos e metas do tratamento e preferências do paciente foi mais sensível ao ajustamento psicológico (Farin et al., 2013; Vogel et al., 2009). A percepção do envolvimento do profissional também se mostrou relevante, assim como a qualidade da informação. Esta passagem pelo tempo parece indicar certa forma de ajustamento do paciente sobre a experiência da doença, passada a fase de choque inicial do diagnóstico, em que provavelmente fatores de suporte emocional e acolhimento sejam bastante importantes para o paciente. Após isto, deve haver a tendência de que os pacientes exijam uma conduta de seu melhor interesse e que seu médico esteja possibilitando a legitimidade de suas escolhas. Em longo prazo, os aspectos mais sensíveis ao ajustamento e bem-estar foram a percepção do cuidado e sintomas de depressão do paciente. Em um estudo, há indícios de que a qualidade das informações está correlacionada com menores índices de depressão em longo prazo (Vogel et al., 2009). Neste momento, alguns fatores iniciais da interação ainda se mantêm, mas com menos influência. Notou-se que variáveis como satisfação representam muito pouco no contexto da comunicação a partir de determinados momentos. Isto sugere uma crítica às pesquisas que avaliam comunicação médica apenas por esta perspectiva de satisfação. Há indicativos de avaliações gerais altas quanto à satisfação, mas que isso não necessariamente se reflete em medidas de melhor ajustamento.

Algumas lacunas foram apontadas nas pesquisas quanto à abordagem das necessidades dos pacientes. O cuidado deve ser entendido de forma integral e que abranja desde o componente físico aos aspectos de natureza psíquica, profissional, social e espiritual. Mesmo dentro de uma perspectiva estreitamente física, algumas queixas aparecem quanto à minimização ou insuficiência de informações quanto a efeitos posteriores dos tratamentos oncológicos. Este dado pode resultar da minimização do direito à participação do paciente em seu processo de cuidado. Ao paciente pode ser apresentada uma situação mais idealizada que o poupa inicialmente do impacto de notícias desagradáveis, mas que o alienam de suas próprias escolhas, o que não deve favorecer sua adaptação posterior ao tratamento. O relacionamento terapêutico pode passar a corresponder a uma relação de poder arbitrária à percepção do paciente. Os componentes de ordem social, subjetiva e espiritual também apresentam abordagem insatisfatória, mesmo em fases de fim de vida. É possível apontar que os níveis de investimento em terapias curativas sofram alteração diante da evolução da doença e que regularmente os pacientes deveriam ser consultados sobre suas opiniões, verificando necessidades práticas, subjetivas e também espirituais. O oncologista, principalmente neste contexto, deve levar em conta as metas de qualidade de vida avaliadas pelo doente, e não somente pelo aspecto clínico. A evidência da falta de atenção quanto a estes fatores resulta na insatisfação relatada pelos pacientes e, mais importante, na queda de qualidade de vida relativa à percepção do paciente.

Ainda sobre a qualidade de vida, a dor é descrita e está associada como sendo uma de suas variáveis. No processo de administração, alívio e controle da dor, a participação do paciente é essencial para melhores *feedbacks*. É recomendado que o oncologista estimule seu paciente a participar e comunicar detalhadamente sobre a experiência de dor. A abertura ao diálogo deve

facilitar o trânsito de informações, que constitui a comunicação entre o médico e o paciente. Os estudos da dor são bons representantes da relação entre um sintoma complexo de ordem física e psicológica com o relacionamento médico e paciente, que resulta em consequências na qualidade de vida. A boa condução na forma como este sintoma é abordado demonstra que o ato de informar, comunicar e estabelecer um elo terapêutico entre as partes resulta em benefício mútuo. Com o canal de comunicação aberto, também é possível ouvir seu paciente quanto a outras queixas de outras ordens. A dor apresenta fatores de natureza subjetiva, que não são facilmente acessados ou identificados. Tratar da dor em toda a sua complexidade exige bom relacionamento entre o paciente e o médico, a fim de que ambas as partes possam entender em detalhes o que está acontecendo e providenciar uma forma de cuidado adequado.

A sensibilidade do médico em conduzir o processo de comunicação é fundamental. Por mais que existam informações e registros sobre preferências ou orientações dos pacientes, o contato direto com o mesmo exerce muita influência no comportamento de ambos. Este relacionamento envolve diretamente a experiência e ação das partes envolvidas. A prontidão e preparo como o profissional responde às exigências emocionais dos pacientes depende de seu repertório comportamental. Os programas de treinamento de habilidade de comunicação facilitam a aquisição de novos repertórios verbais e não verbais. Aparentemente os fatores não-verbais são mais sensíveis ao acolhimento emocional e satisfazem mais aos pacientes neste sentido. A exposição à prática clínica dentro de contextos em que a comunicação é uma forte ferramenta de suporte à saúde parece ser uma variável de destaque (Stewart et al. 2007). Alguns profissionais se mostram mais resistentes ao aprendizado de certas habilidades de comunicação, visto as diferenças individuais e histórico de contingências reforçadoras para cada área de atuação. Apesar disto, a satisfação geral dos pacientes com seus médicos foi alta. Contudo, foram observados poucos comportamentos empáticos dos profissionais. Treinar o profissional a aperfeiçoar seu repertório de comunicação com o paciente parece ser uma medida de intervenção interessante, com claros indícios de benefício à saúde mental e ajustamento ao paciente oncológico. Se as necessidades dos pacientes não forem correspondidas, espera-se que eles reajam de várias formas, tanto emocionalmente, como buscando outras maneiras de solucionar ou aliviar seus problemas de saúde.

O presente estudo apresenta como limitação a ausência de uma meta análise. Existe uma extensa literatura que aborda a comunicação em contexto de cuidados médicos e o uso dos atuais descritores limitou de modo sensível o potencial do material bibliográfico a ser explorado. Contudo, o uso dos mesmos possibilitou ter um panorama da direção e dos achados da literatura. Ao final da análise, pode-se indicar tal direção de modo que houve uma concordância interessante sobre os achados, consolidando um panorama sólido sobre os indícios dos efeitos da comunicação em contexto terapêutico oncológico e correlações com ajustamento e medidas de menor estresse psicológico.

CONCLUSÃO

A comunicação terapêutica é um processo contínuo e complexo que tem implicações no ajustamento e bem-estar psicológico de pacientes oncológicos. Esta relação se modifica com o tempo e depende tanto de fatores idiossincráticos do paciente quanto do profissional de saúde. Diferentes aspectos da interação terapêutica se tornam mais sensíveis em determinados momentos da trajetória oncológica e resultam em diferentes consequências para ajustamento e saúde mental. O processo de comunicação deve ser tratado com cuidado e deve haver um investimento por parte do

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

provedor de saúde para que se aborde tanto aspectos do cuidado físico como emocional. É de suma importância o reconhecimento das preferências e necessidades dos pacientes, assim como o respeito às suas decisões no processo do tratamento oncológico. O repertório comportamental relativo à comunicação pode ser ampliado por programas de treinamento destas habilidades, sendo algum modelável, mas sensível a aspectos pessoais do profissional de saúde. Todo este contexto reforça a fundamental importância sobre a arte da comunicação e de como isso revela a necessidade do cuidado de dimensões integrais à saúde do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

- Ansmann, L., Kowalski, C., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2012). Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*, 62, 422-432. doi: 10.1093/intqhc/mzs048.
- Arora, N. K., Street, R. L. Jr., Epstein, R. M., & Butow, P. N. (2009). Facilitating patient-centered cancer communication: a road map. *Patient Education and Counseling*, 77, 319-21. doi: 10.1016/j.pec.2009.11.003.
- Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Arora, N. K., Kahn, K. L., Malin, J. L., Ganz, P. A., . . . Harrington, D. P. (2010). Patients' experiences with care for lung cancer and colorectal cancer: findings from the cancer care outcomes research and surveillance consortium. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 4154-4161. doi: 10.1200/JCO.2009.27.3268.
- Bernard, M., Roten, Y., Despland, J. N., & Stiefel F. (2012). Oncology Clinicians' Defenses and adherence to communication skills training with simulated patients: an exploratory study. *Journal of Cancer Education*, 27, 399-403. doi: 10.1007/s13187-012-0366-8.
- Blum, D., Koeberle, D., Ribí, K., Schmitz, S. H., Utiger, U., Klingbiel, D., & Strasser, F. (2012). Electronic monitoring of symptoms and syndromes associated with cancer: methods of a randomized controlled trial SAKK 95/06 E-MOSAIC. *BMC Palliative Care*, 11:19. doi:10.1186/1472-684X-11-19.
- Book, K., Dinkel, A., Henrich G., Stuhr, C., Peuker, M., Härtl, K., . . . Herschbach, P. (2013). The effect of including a 'psychooncological statement' in the discharge summary on patient-physician communication: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22, 2789-2796. doi: 10.1002/pon.3347.
- Buckman, R., Tulskey, A., & Rodin, G. (2011). Empathic responses in clinical practice: intuition or tuition?. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 569-571. doi: 10.1503/cmaj.090113.
- Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N., & Miller, D. K. (2002). Psychosocial-- spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16, 331-338. doi: 10.1191/0269216302pm544oa.
- Davis, M. P., & Goforth, H. W. (2014). Long-term and short-term effects of insomnia in cancer and effective interventions. *Cancer Journal*, 20, 330-344. doi: 10.1097/PPO.0000000000000071.
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90, 297-306. doi: 10.1016/j.pec.2012.05.005.
- doi: 10.1007/s11606-014-2769-1.

Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C. G., & Epstein, R. M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, 65, 270-274. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.007.

Epstein, R. M., & Peters, E. (2009). Beyond information: exploring patient's preferences. *Journal of American Medical Association*, 302, 195-197.

Epstein, R. M., & Borrell i Carrió, F. (2001). Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Education and Counseling*, 45, 51-57.

Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). Could this be something serious?: reassurance, uncertainty, and empathy in response to patient's expression of worry. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1731-1739. doi: 10.1007/s11606-007-0416-9.

Epstein, R. M., Alper, B. S., & Quill, T. E. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *Journal of American Medical Association*, 19, 2359-2366.

Farin, E., & Nagl, M. (2013). The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. *Quality of Life Research*, 22, 283-294. doi: 10.1007/s11136-012-0151-5.

Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety?. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 371-379.

Frank, P., Fiscella, K., Sbiels, C. G., Meldrum, S. C., Duberstein, P., Jerant, A. F., . . . Epstein, R. M. (2005). Are patients's rating of the psysicians related to health outcomes?. *Annals of Family Medicine*, 3, 229-234. doi: 10.1370/afm.267.

Franks, P., Jerant, A. F., Fiscella, K., Shields, C. G., Tancredi, D.J., & Epstein, R.M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: physician interaction style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62, 422-432.

Frenkel, M., Ben-Arye, E., & Cohen, L. (2010). Communication in Cancer Care: Discussing Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Cancer Therapies*, 9, 177-185. doi: 10.1177/1534735410363706.

Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y., & Uchitomi, Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 573-581. doi: 10.1002/pon.1093.

Hack, T. F., Ruether, J. D., Pickles, T., Bultz, B. D., Chateau D., & Degner L. F. (2012). Behind closed doors II: systematic analysis of prostate cancer patients' primary treatment consultations with radiation oncologists and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 21, 809-817. doi: 10.1002/pon.1984.

Heckman, J. E., Chamie, K., Maliski, S. L., Fink, A., Kwan L., Connor, S. E., & Litwin, M. S. (2011). The Role of Self-Efficacy in Quality of Life for Disadvantaged Men With Prostate Cancer. *Journal of Urology*, 186, 1855-1861. doi: 10.1016/j.juro.2011.06.059.

Jacobsen, R., Møldrup, C., Christrup, L., Sjøgren, P., & Hansen, O. B. (2010). Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 781-790. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00776.x.

Kowalski, C., Nitzsche, A., Scheibler, F., Steffen, P., Albert, U. S., & Pfaff, H. (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling*. 77, 344-348. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.003.

Levin, T., & Kissane, D. W., (2006). Psychooncology-the state of its development in 2006. *European Journal os Psychiatry*, 20, 183-197.

COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1187-1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372.
- Mager, W. M., & Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 35-46. doi: 10.1002/pon.563.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 3540-3546. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086.
- Meropol, N. J., Egleston, B. L., Buzaglo, J. S., Benson, A. B., Cegala, D. J., Diefenbach, M. A., . . . Weinfurt, K. P. (2008). Cancer Patient Preferences for Quality and Length of Life. *Cancer*, 113, 3459-3466. doi: 10.1002/cncr.23968.
- Nelson, J. E., Gay, E. B., Berman, A. R., Powell, C. A., Salazar-Schicchi, J., & Wisnivesky, J. P. (2011). Patients rate physician communication about lung cancer. *Cancer*, 117, 5212-5220. doi: 10.1002/cncr.26152.
- Oates, C. T., Sloane, R., Ingram, S. S., Seo, P. H., Cohen, H. J., & Clipp, E. C. (2007). Evaluation of agreement between physicians' notation of 'no evidence of disease' (NED) and patients' report of cancer status. *Psycho-Oncology*, 16, 668-675. doi: 10.1002/pon.1127.
- Paraskevaïdis, E., Kitchener, H. C., & Walker, L. G. (1993). Doctor-patient communication and subsequent mental health in women with gynaecological cancer. *Psycho-oncology*, 2, 195-200. doi: 10.1002/pon.2960020305.
- Pham, A. K., Bauer, M. T., & Balan, S., (2014). Closing the patient-oncologist Communication Gap: a review of historic and current efforts. *Journal of Cancer Education*, 29, 106-113. doi: 10.1007/s13187-013-0555-0.
- Powel L. L., & Clark J. A. (2005). The value of the marginalia as an adjunct to structured questionnaires: experiences of men after prostate cancer surgery. *Quality of Life Research*, 14, 827-835.
- Pruyn, J. F. A., Rijckman, R. M., Brunschot, C. J. M., & Borne, H. W. (1985). Cancer patients' personality characteristics, physician-patient communication and adoption of the moerman diet. *Social Science & Medicine*, 20, 841-847.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reinfgen, D. S., Baile, W. F., & Giberfini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychological adjustment and decision-making. *Cancer*, 74, 336-341.
- Rose, J. H., O'Toole, E. E., Einstadter, D., Love, T. E., Shenko, C. A., & Dawson N. V. (2008). Patient age, well-being, perspectives, and care practices in the early treatment phase for late-stage cancer. *Journal of Gerontology*, 63A, 960-968.
- Roussi, P., & Miller, S. M. (2014). Monitoring style of coping with cancer related threats: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 931-954. doi: 10.1007/s10865-014-9553-x.
- Santos, M. J. H., Pimentel, P., Monteiro, J. M. N., Cardoso, G., Oliveira, J. J. G., Almiro, M., . . . Lacerda, J. M. F. (1991). Distúrbios psiquiátricos em doentes internados com neoplasias hematológicas. *Acta Medica Portuguesa*, 4, 5-9.
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall M. H. N., Beeney L. J., & Dunn S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14, 48-56. doi: 10.1093/annonc/mdg010.
- Smith, M. Y., DuHamel, K. N., Egert, J., & Winkel, G. (2010). Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: Results from a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 8, 79-86. doi: 10.1016/j.pec.2009.11.021.

Stewart, M., Brown, J. B., Hammerton, J., Donner, A., Gavin, A., Holliday, R. L., . . . Freeman, T. (2007). Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Annals of Family Medicine*, 5, 387-394. doi: 10.1370/afm.721.

Street, R. L. Jr., Tancredi, D. J., Slee, C., Kalauokalani, D. K., Dean, D. E., Franks, P., & Kravitz, R. L. (2014). A pathway linking patient participation in cancer consultations to pain control. *Psycho-Oncology*, 23, 1111–1117. doi: 10.1002/pon.3518.

Street, R. L. Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.

Svedlund, J., Sullivan, M., Liedman, B., & Lundell, L. (2005). Relationship of tumor burden and patients' minimization of distress in facing surgery for gastric cancer. *Psychosomatics*, 46, 233–243.

Thorne, S. E., Hislop, T. G., Armstrong, E. A., & Oglov, V. (2008). Cancer care communication: The power to harm and the power to heal? *Patient Education and Counseling*, 71, 34–40. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.010.

Vogel, B. A., Leonhart, R., & Helmes, A. W. (2009). Communication matters: The impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 77, 391-397. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.005.