

Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias

Perception of oncological patients about verbal and non-verbal communication when receiving bad news

Agnes de Fátima Pereira Cruvinel¹, Brenda Thomas², Georgia Baldo Klaus²,
Tatiana Gaffuri da Silva³

Cruvinel AFP, Thomas B, Klaus GB, Silva TG. Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias / *Perception of oncological patients about verbal and non-verbal communication when receiving bad news*. Rev Med (São Paulo). 2021 nov.-dez.;100(6):561-9.

RESUMO: A má notícia consiste em toda comunicação de caráter informativo que afeta negativamente as perspectivas futuras de um indivíduo. Quando relacionada à oncologia, pode permear diferentes fases da doença a partir do próprio diagnóstico. Então, este trabalho tem como objetivo avaliar a percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias em um hospital do oeste catarinense. Posto isto, os métodos da pesquisa baseiam-se em dados qualitativos, realizados entre dezembro de 2019 até janeiro de 2020, com 15 pacientes entre 18 e 60 anos, internados na clínica oncológica ou de quimioterapia de um hospital do oeste catarinense. A seleção dos participantes foi feita por conveniência, com o quantitativo determinado pela saturação teórica dos dados. A coleta de informações foi realizada por meio de uma entrevista narrativa, que foi transcrita e analisada pelo programa IRAMUTEQ®. O programa resultou em quatro classes nomeadas conforme as palavras de maior representatividade, e assim, foi evidenciada a preferência dos pacientes na utilização de uma linguagem clara e compreensível, sem omitir dados clínicos, levando em conta as singularidades de cada indivíduo. Além disso, percebe-se a importância da fé e espiritualidade no momento da comunicação, sendo chave do processo a abordagem centrada na pessoa.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Oncologia; Preferência do paciente; Comunicação não verbal; Revelação da verdade; Relação médico-paciente.

ABSTRACT: Bad news is any sort of communication of an informative nature that negatively affects an individual's prospects. When related to oncology, it can permeate different stages of the disease from the diagnosis itself. So, this study aims to evaluate the perception of cancer patients about verbal and non-verbal communication when receiving bad news in a hospital in western Santa Catarina. That said, the research methods are based on qualitative data, carried out between December 2019 and January 2020, with 15 patients between 18 and 60 years old, admitted to the oncology or chemotherapy clinic of a hospital in western Santa Catarina. The selection of participants was done by convenience, with the quantity determined by theoretical data saturation. Information was collected through a narrative interview, which was transcribed and analyzed using the IRAMUTEQ® program. The program resulted in four classes named according to the most representative words, and thus, the patients' preference in using clear and understandable language was evidenced, without omitting clinical data, taking into account the singularities of each individual. In addition, the importance of faith and spirituality at the time of communication is perceived, with the person-centered approach being key to the process.

Keywords: Health communication; Oncology; Patient preference; Nonverbal communication; Truth disclosure; Physician-patient relations.

Trabalho desenvolvido na Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó – SC.

1. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó. <https://orcid.org/0000-0003-0612-9553>. E-mail: agnes.cruvinel@uffs.edu.br.
2. Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó. ORCID: Thomas B - <https://orcid.org/0000-0002-8624-545X>; Klaus G - <https://orcid.org/0000-0001-9244-7616>. E-mail: brendathomasmed@gmail.com, klaus.georgia@gmail.com.
3. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó. <https://orcid.org/0000-0001-6854-0319>. E-mail: tatiana.silva@uffs.edu.br.

Endereço para correspondência: Rua Florianópolis, 442 D, Apto 704 – Centro. Chapecó – SC.

INTRODUÇÃO

A má notícia é definida como toda comunicação informativa que afeta negativamente as perspectivas futuras de um indivíduo¹. No contexto clínico, está atrelada principalmente à área da oncologia, relacionada ao diagnóstico, recorrência ou transição de tratamento curativo aos cuidados paliativos². A comunicação adequada, através de seus componentes verbais e não verbais, é essencial na entrega de más notícias, sendo fundamental para a melhoria da relação médico-paciente³. O componente verbal refere-se ao conteúdo da mensagem, principalmente ao fato da escolha de palavras. Já o componente não verbal inclui elementos como postura, gestos, expressão facial e distância interpessoal, enquanto o componente paraverbal consiste no tom, ritmo e volume da voz. Apesar da maioria da população considerar o componente verbal como o mais importante, os componentes não verbais e paraverbais contribuem com 90% do total da mensagem⁴.

Diversas estratégias são adotadas pelos médicos no momento da comunicação da má notícia, no entanto, há diferenças significativas no modo de como ela ocorre⁵. Sabe-se que a boa comunicação reduz o sofrimento mental do paciente, melhora o entendimento acerca de sua doença e melhora a adesão ao tratamento⁶. Como ferramentas ao profissional médico na comunicação de más notícias, foram elaborados diferentes protocolos, dentre eles, o SPIKES, desenvolvido por Robert Buckman em 1992¹. Este protocolo fornece um guia detalhado de como comunicar uma má notícia. Cada letra representa os passos que o profissional deverá seguir, respectivamente: *Setting up*, *Perception*, *Invitation*, *Knowledge*, *Emotions* e *Strategy and Summary*⁷. No item *Setting up* (planejar a entrevista) recomenda-se o local adequado para o diálogo, de preferência na presença de um acompanhante. Na sequência, *Perception* (avaliar a percepção do paciente) diz respeito à compreensão do médico quanto ao conhecimento da família e do paciente sobre a situação médica. Na etapa do *Invitation* (obter o convite do paciente), o paciente e seus familiares são questionados quanto ao tipo de informação que será de seu interesse, culminando com a fase do *Knowledge* (dar informação ao paciente), em que a notícia é compartilhada, de forma pausada e objetiva. Por fim, *Emotions* (abordar emoções do paciente) discorre sobre a atitude empática do médico perante a situação, respeitando o momento de compreensão do paciente, finalizando com *Strategy and Summary* (estratégia e resumo) um resumo geral da condição clínica e perspectivas do tratamento⁸.

A maneira como a má notícia é entregue aos pacientes impacta diretamente em suas emoções e atitudes quanto a sua condição de saúde, além das perspectivas a respeito de seu tratamento e adesão às recomendações clínicas⁹. Um estudo realizado com 350 pacientes oncológicos revelou que apenas 46% ficaram satisfeitos com a forma que ocorreu a comunicação da má notícia,

sendo enfatizados por eles como pontos mais importantes a clareza do diagnóstico e progresso da doença, ressaltando a falta de habilidade dos médicos na realização desta competência¹⁰.

Dessa forma, é fundamental a compreensão da equipe médica a respeito das preferências dos pacientes quando notícias tristes são recebidas¹¹. Sendo assim, diante do exposto, este estudo foi consolidado através da percepção dos pacientes oncológicos em relação à comunicação verbal e não verbal durante a entrega de más notícias pelo médico em um hospital do oeste catarinense. Assim, pretende-se contribuir para o melhor entendimento das preferências do paciente quanto às habilidades comunicativas do médico, o que possibilitará desenvolvimento e fortalecimento da comunicação dos profissionais da área da saúde frente aos desejos de seus pacientes.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias em um hospital do oeste catarinense.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em um hospital do oeste catarinense com 15 pacientes em tratamento oncológico hospitalizados no setor de internação ou de quimioterapia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 20233719.2.0000.5564) e seguiu a Resolução 466/2012. O número de participantes foi determinado por meio da técnica de saturação teórica de dados, momento em que os resultados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição¹².

A partir de uma amostragem por conveniência e saturação teórica, foram considerados elegíveis os pacientes com idade entre 18 a 60 anos em tratamento oncológico, e que concordassem em participar da pesquisa. Foram excluídos pacientes que não falavam a língua portuguesa ou que não estivessem em condições clínicas de responder. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 até janeiro de 2020, por meio de entrevistas narrativas seguidas de complementação das respostas, com um instrumento composto por 10 questões semiestruturadas elaboradas pelas pesquisadoras com base no protocolo SPIKES.

Antes de dar início à coleta, foi avaliado junto à equipe de enfermagem o performance status e a idade dos pacientes, para que fossem selecionados aqueles que se ajustassem aos critérios determinados previamente pelo estudo. Aos elegíveis, foram explicados os objetivos da pesquisa e métodos utilizados, bem como os possíveis riscos em relação ao desconforto e cansaço. Aos que manifestaram interesse, foi solicitado leitura e assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a dirigir-se a uma sala reservada no próprio andar de sua internação, e aqueles que sentiram dificuldade de locomoção foram auxiliados com a cadeira de rodas. As pesquisadoras procuraram estabelecer uma relação de tranquilidade motivando a fala livre. Antes de iniciar a entrevista, todos informaram a idade e sexo. A seguir, as pesquisadoras explicaram como o diálogo seria conduzido. Inicialmente, os indivíduos foram instigados a contar sobre o momento em que receberam a notícia sobre sua situação médica, por meio da seguinte questão norteadora: “Fale sobre o momento em que recebeu o diagnóstico de câncer”. Na sequência, foram questionados sobre aspectos relacionados à comunicação verbal e não verbal durante o processo, conforme o roteiro.

No decorrer da narração, as pesquisadoras não interromperam os participantes, assentindo com sinais não verbais de escuta atenta e encorajamento para a continuidade do discurso, como por exemplo: “Fale-me mais sobre isso” ou “Pode ficar bem à vontade”. Quando o paciente sinalizou o final da história, foi questionado se havia algo mais que gostaria de falar. E então, quando a narrativa se encerrava de forma espontânea, iniciou-se a fase de questionamentos com o emprego da linguagem do informante para completar as lacunas da história. A indagação sobre o assunto ocorreu de forma diferente para cada participante, e suas questões foram elaboradas no processo da narrativa conforme a necessidade das pesquisadoras em obter o desfecho da situação, com base em um roteiro elaborado previamente com questões exmanentes e imanentes.

As entrevistas foram gravadas em sistema digital e transcritas na íntegra para posterior análise, e ao término de cada qual, as pesquisadoras agradeciam a participação e o tempo dedicado para a entrevista. Para dar seguimento no estudo, a análise dos dados foi realizada por meio de um software livre, denominado IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)¹³. Inicialmente, o conteúdo transcrito de todas as entrevistas foi unificado em um único *corpus* para inserção no IRAMUTEQ®. Como técnica de análise foi realizada a Análise Lexicográfica Clássica, Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por meio do mesmo software.

A CHD relaciona a posição de uma palavra ao longo do texto e sua periodicidade, gerando um cálculo de sua frequência. Através desse cálculo, o IRAMUTEQ® fornece o qui-quadrado (χ^2), que consiste em um indicador de frequência estatística, o qual sinaliza o seu maior valor e maior sua representatividade nos discursos dos sujeitos entrevistados, criando assim uma estrutura hierárquica de classes. Então, essas classes são caracterizadas por um conjunto de palavras originadas de um mesmo significado textual, que por meio do χ^2 evidencia a força de associação

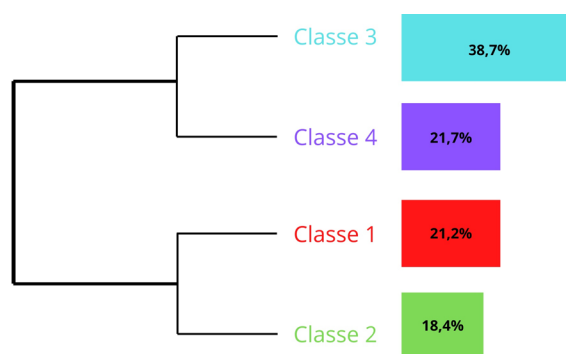
entre as palavras e sua classe representante¹⁴.

Os dados oriundos deste estudo foram organizados por meio da investigação do *corpus* das entrevistas, com base na CHD realizada pelo programa IRAMUTEQ®. Inicialmente serão apresentados os participantes da pesquisa e suas características para melhor compreensão dos sujeitos envolvidos.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 pacientes em tratamento oncológico internados em um hospital do oeste catarinense, sendo 10 do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com média de idade de 49,73 (\pm 9,90) anos. Além disso, o *corpus* foi constituído por 15 textos separados em 307 Segmentos de Texto (ST) com aproveitamento de 217 ST e retenção de 70,68% do material levado à análise. O software recomenda no mínimo 70% de utilização do *corpus* para ser considerado representativo. O presente estudo, desta forma, alcança o critério de representatividade esperado. Emergiram 10837 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) sendo 1420 palavras distintas e 663 de única ocorrência.

A principal técnica de análise do IRAMUTEQ®, a CHD, gerou quatro Classes (clusters): Classe 1 com 46 ST (21,2%), Classe 2 com 40 ST (18,43%), Classe 3 com 84 ST (38,71%) e Classe 4 com 47 ST (21,66%). Essa distribuição de classes pode ser visualizada no primeiro dendograma (Figura 1) gerado pelo software com demonstrações das relações existentes entre elas.



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

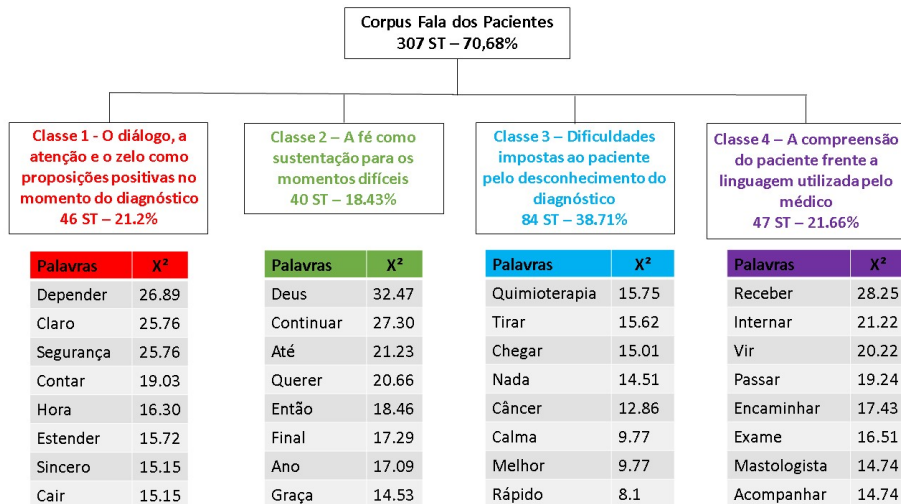
Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente

As classes estão divididas em duas ramificações do *corpus* (subcorpus A e subcorpus B). O subcorpus A é composto pela Classe 1 denominada “O diálogo, a atenção e a sinceridade como proposições positivas no momento do diagnóstico”, e pela Classe 2 “A fé como sustentação para os momentos difíceis”. O subcorpus B é formado pela

Classe 3 e pela classe 4, referidos respectivamente como: “Dificuldades impostas ao paciente pelo desconhecimento do diagnóstico” e “A compreensão do paciente frente a linguagem utilizada pelo médico”.

O dendograma da CHD (Figura 1) permite compreender as palavras proferidas pelos participantes, analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais¹⁵.

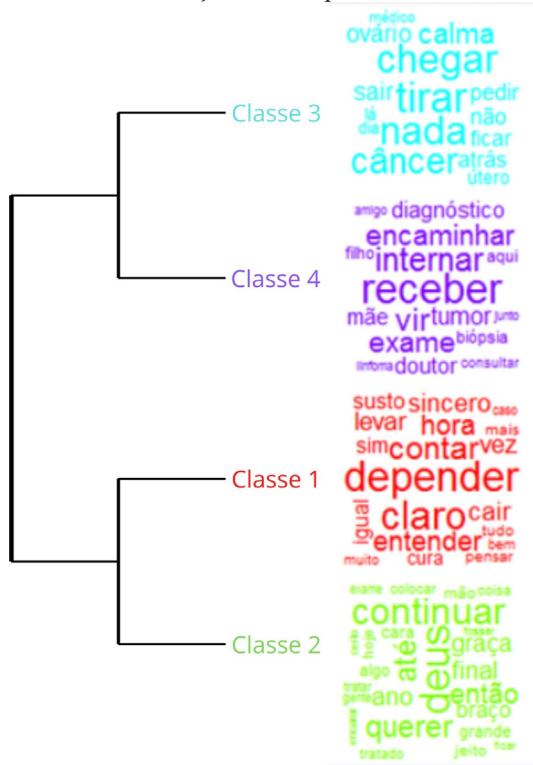
A leitura deve ser feita de cima para baixo, tendo neste caso, as Classes 1 e 2 maior correlação entre si e da mesma forma as Classes 3 e 4. Para facilitar a visualização das classes, a Figura 2 traz um organograma com a lista de palavras de cada classe gerada e sua força associativa, calculada através do teste qui-quadrado de Pearson e gerada pelo IRAMUTEQ®.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

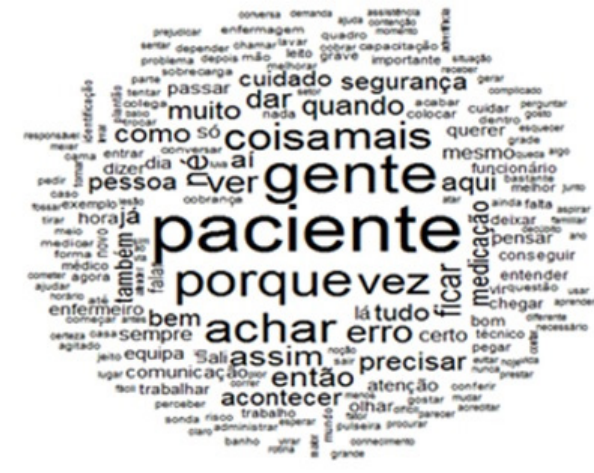
Figura 2 - Organograma das classes com suas respectivas palavras e forças associativas

A Figura 3 apresenta as classes com sua nuvem de palavras específicas com o propósito de facilitar a visualização e compreensão dos dados.



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.
Figura 3 - Nuvem de palavras emergentes distribuídas por classes

Na Figura 4, a nuvem de palavras representa o corpus em sua totalidade utilizado para a análise, evidenciando as palavras graficamente em função da sua frequência.



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

Figura 4 - Nuvem de palavras do corpus textual

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) possibilita a associação entre as palavras, avaliando a frequência de cada uma nas classes (Figura 5).

diagnóstico e falta de adesão ao tratamento¹⁹.

Assim, a comunicação de más notícias exige sensibilidade e compressão do médico, e não deve ser encarada apenas como um diálogo meramente informativo, mas também de modo prospectivo, buscando entender os sentimentos e emoções de cada paciente, para assim, estabelecer uma boa comunicação e criação de um vínculo de confiança^{20,21}.

A segunda classe de maior representatividade (21.7%) do *corpus* foi a Classe 4 (Figura 1), fazendo referência à compreensão do paciente frente à linguagem utilizada pelo médico. De modo geral, os pacientes obtiveram boa compressão de seu diagnóstico, logo, a linguagem utilizada foi considerada adequada, conforme:

E15 “[...] mas em termos de quando eu descobri o meu diagnóstico foi bem tranquilo, o médico me explicou bem o que eu teria que fazer todos os processos que eu ia passar” e

E13 “[...] quando voltei com os exames na mão a doutora aqui conversou bastante comigo”.

A comunicação verbal feita de modo adequado é um dos pontos principais relacionados à satisfação dos pacientes com a entrega da má notícia e a melhor compreensão do diagnóstico. Tal achado vai de acordo com o estudo de Mirza et al.²², no qual constatou-se que a maioria dos pacientes oncológicos ficaram satisfeitos com o recebimento da comunicação. Os pontos mais relevantes destacados por eles durante o recebimento de más notícias foram: empatia e preocupação do médico em relação ao seu estado de saúde, comunicação de forma clara, organizada e pausada e, por fim, que esta contemple todo o diagnóstico, tratamento e prognóstico, certificando-se de que o paciente tenha compreendido todas as etapas.

Ainda assim, percebe-se que alguns indivíduos relatam que os médicos poderiam melhorar essa comunicação, conforme

E10: “[...] ele deveria ter explicado, mas ele não me explicou nada, a forma como falou foi esquisita” e

E9: “[...] eu gostaria de saber e eu vi qual era (o tratamento) olhando nos papéis que ele me passou, mas ele não me disse qual tipo eu ia receber, eu gostaria de ter recebido essa orientação”.

Semelhante ao presente estudo, Bastos et al.²⁰ e Taylor et al.²³ também relataram as preferências do paciente no momento do seu diagnóstico através de uma comunicação com clareza, evitando utilizar termos técnicos sobre sua doença, mas ao mesmo tempo, manter discurso de esperança e positividade quanto ao tratamento e prognóstico²⁴.

É imprescindível a compreensão acerca do diagnóstico ao receber uma má notícia, visto que influencia a visão do paciente no processo saúde-doença e em como

seguirá o tratamento. O comportamento dos médicos e a forma como eles entregam as más notícias são elementos-chave que influenciam fortemente a terapia futura dos envolvidos. Isso causa impacto na decisão do paciente de continuar ou interromper o tratamento e também o leva a optar por prosseguir sob a orientação do mesmo especialista ou buscar outro²¹.

Nesse sentido, a Classe 1 faz referência ao diálogo, atenção e à sinceridade como proposições positivas no momento do diagnóstico. Percebe-se que os pacientes ao serem informados sobre sua situação prezam pela honestidade e atenção por parte do médico, como evidenciado por

E1: “[...] gratidão a ele porque ele foi bem sincero, todos os médicos deveriam ser iguais ao meu médico na hora de dar o diagnóstico para os pacientes, ele foi bem claro e com palavras simples que a gente entende” e

E4: “[...] ela conversou comigo e com meus familiares, foi bem tranquilo explicou como é que seria, explicou que tem a cura, como é que funciona, quantos tratamentos mais ou menos”.

Semelhante ao presente estudo, Freiburger e Bonamigo¹⁷ também inferem que a atitude do médico frente ao diagnóstico, quando realizado com empatia, educação e o diálogo, são qualidades valorizadas pelo indivíduo durante a entrega da má notícia, que podem propiciar redução do sofrimento durante esse período. Não obstante, parte fundamental nesse processo é a honestidade do médico durante a comunicação, evidenciado pelas palavras de maior força associativa dessa classe, Segundo a Figura 2: “depende”, “claro”, “segurança”, “contar” e “sincero”, dentre outras. Observa-se nessas palavras a preferência dos pacientes para que o médico seja franco e verdadeiro no momento da entrega de seu diagnóstico.

Brown et al.²⁵ também relata em seu estudo que um dos pontos fundamentais listados nas preferências dos envolvidos é que o médico haja com honestidade e inclua o paciente na tomada de decisões, explicando suas possíveis consequências. Para Hillen et al.²⁶ o estabelecimento de uma relação médico-paciente de confiança proporciona melhoria do entendimento da má notícia, bem como redução dos sentimentos de medo e ansiedade, comuns nesse período.

A abordagem centrada na pessoa também é parte fundamental nesse processo, visto através da nuvem de palavras do *corpus* textual (figura 4), os termos mais citados durante os relatos foram: “paciente”, “porque” e “gente”. Infere-se que os pacientes ao receberem seu diagnóstico desejam que este seja realizado levando em conta as singularidades do indivíduo. O método da abordagem centrada na pessoa evidencia a importância da integração entre as perspectivas de cada um, incluindo seus medos, preocupações e experiência de sua doença com o entendimento do médico frente ao caso. Nesse

sentido, o profissional deve compreender o indivíduo como um todo, bem como o contexto em que está inserido e suas expectativas e decisões, sendo ponto chave no seu prognóstico e tratamento²⁷.

Sabe-se que a linguagem não verbal também é parte fundamental do processo da entrega da má notícia, gerando benefícios na relação de confiança entre o médico e o paciente, principalmente por meio do contato visual, postura corporal e sorriso²⁸. Porém, no presente estudo, nota-se que os pacientes pouco abordaram em suas narrativas, principalmente tratando-se da linguagem corporal do médico, mesmo com as pesquisadoras questionando posteriormente sobre essa forma de comunicação. Os poucos relatos dos pacientes sobre o assunto, abordam a importância da linguagem não verbal através de um olhar atento, gestos de empatia e preocupação, conforme

E9: “[...] sim, fiquei satisfeita da forma que o médico me deu o diagnóstico ele até me deu um abraço na hora em que eu comecei a chorar e disse para eu não ficar triste”.

Esse fato evidenciado pode ser explicado pelos questionamentos das pesquisadoras durante as entrevistas que ocorrerem meses após o diagnóstico de sua doença, e os pacientes ao invocarem a palavra “câncer”, a remetem principalmente ao momento em que o médico a proferiu durante o seu diagnóstico, marcando em suas memórias as palavras ditas pelo profissional. Na hora do recebimento da má notícia a comunicação não verbal influencia a percepção do paciente quanto ao modo como o diagnóstico foi entregue, porém percebe-se que meses ou anos após o diagnóstico, os pacientes evocam apenas a comunicação verbal. Infere-se, portanto, que a forma não verbal de comunicação não seja fundamental nesse momento, entretanto, para os pacientes do presente estudo, não foram destacadas durante as entrevistas.

Torna-se imprescindível durante a abordagem da má notícia, a adoção de uma postura empática e honesta pelo médico, que permita que o paciente compreenda a real situação de sua doença e participe ativamente das decisões de seu tratamento. Além disso, a Classe 2 reverbera a importância da fé, em acreditar em algo como sustentação para os momentos de dificuldade, citado por

E13: “Tranquilo, estou encarando com fé em Deus e seja o que Deus quiser vou ter que enfrentar não tem outro jeito se entregar não dá [...]” e

E12: “[...] tem que ter muita força e muito apoio se você não tiver você não consegue lutar e eu graças a Deus nesse ponto sempre recebi muita força não posso reclamar e dou força até hoje para minhas meninas”.

De acordo com a Figura 1, nota-se ser a classe com menor representatividade no *corpus* (18.43%). Tal fato pode ocorrer devido ao aumento da representatividade das outras classes e não por uma falta de espiritualidade por parte dos pacientes, visto que o estudo de Nazi et al.²⁹ revelou que a

maioria dos pacientes utilizaram suas crenças religiosas e/ou espirituais no enfrentamento da doença e citaram que os profissionais devem levar em conta esse fato na prestação dos cuidados realizados.

Após o recebimento das más notícias é muito comum o surgimento de sentimentos de desesperança, medo e sofrimento³⁰. Observa-se na Figura 2, as palavras com maior força associativa desta classe: “Deus”, “continuar”, “até”, “querer”, dentre outras, evidenciando a relevância do lado espiritual que o indivíduo possui, principalmente durante os momentos de dificuldade. Guerreiro et al.³¹ afirmam que a espiritualidade é considerada uma poderosa ferramenta de apoio no enfrentamento dos desafios impostos após o recebimento do diagnóstico de câncer, visto que contribui para alívio do sofrimento, melhora das expectativas durante o tratamento e na própria resignificação da doença para a pessoa. O estudo de Pinto et al.³² corrobora para tal fato, enfatizando que a maioria dos pacientes oncológicos com suporte espiritual relataram melhoria na adesão ao tratamento e no entendimento de seu diagnóstico.

Na Figura 5, que diz respeito a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), evidencia-se que a Classe 2 adentra as demais, sendo representada na figura uma associação com as Classes 1 e 3, demonstrando relação da fé e espiritualidade durante a compreensão e entendimento do diagnóstico. Nesse sentido, nota-se que o estabelecimento de uma rede de suporte é fundamental nesse período, tal como, apoio da família como fonte de cura e a espiritualidade como meio de alcançar a paz e equipe multiprofissional capacitada para lidar com essas situações³³.

O estudo encontrou limitações determinadas por sua execução em apenas dois cenários (setor de internação e de quimioterapia) de uma única instituição hospitalar. Além disso, nota-se a falta de alguns dados no momento da entrevista, como escolaridade e tipo de estágio do câncer, que poderiam elucidar tendências de perspectiva dos pacientes com a comunicação da má notícia a depender destas condições. Também, apresenta o viés da pessoa já internada recebendo tratamento, ao precisar se recordar do momento em que lhe foi comunicado o diagnóstico de câncer.

CONCLUSÃO

Conhecer a percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no momento da entrega da má notícia pelo médico é fundamental para o sucesso da transmissão do diagnóstico, interferindo no entendimento da doença e na atitude dos pacientes frente ao tratamento e prognóstico. O presente estudo demonstra que ao receberem a notícia da situação de sua doença, os pacientes desejam que seja levado em conta suas singularidades, utilizando linguagem clara e compreensível, sem omitir informações acerca de seu quadro clínico.

A fé e espiritualidade também foram ferramentas citadas no auxílio do enfrentamento desse período. A linguagem não-verbal pouco foi evidenciada pelos pacientes, mas ainda sim possui papel essencial no momento do diagnóstico. Tendo em vista as preferências relatadas, torna-se fundamental a instituição de programas continuados de educação médica no currículo da graduação de medicina e residência médica, com finalidade não apenas de aprimorar as habilidades de comunicação, mas também de personalizar o modo como ela é dita, deixando de lado

a forma sistemática fornecida na atualidade, valorizando pouco os aspectos sociais, emocionais e culturais, tanto do paciente, como do médico assistente.

Em suma, percebe-se a importante relação positiva da abordagem centrada na pessoa e o grau de satisfação dos pacientes no momento do recebimento da má notícia. Sendo assim, conclui-se como parte essencial o médico levar em consideração o desejo do indivíduo quando é comunicado sobre a situação de sua doença.

Participação dos autores: *Agnes de Fátima Pereira Cruvinel*: orientação e revisão final. *Brenda Thomas*: revisão bibliográfica, interpretação dos dados e redação do manuscrito. *Georgia Baldo Klaus*: desenvolvimento do artigo. *Tatiana Gaffuri da Silva*: análise dos dados, interpretação dos dados e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: University of Toronto Press; 1992.
- Derry HM, Epstein AS, Lichtenthal WG, et al. Emotions in the room: common emotional reactions to discussions of poor prognosis and tools to address them. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2019;19:689-96. doi: 10.1080/14737140.2019165164.
- Luna-Solis Y. Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(1):123-7. doi: 10.17843/rpmesp.2019.361.3921.
- Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. Como os médicos podem melhorar suas habilidades de comunicação? *J Clin Diagn Res.* 2015;9(3):1-4. doi: http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2015/12072.5712.
- Fan Z, Chen L, Meng L, Jiang, H, Zhao Q, Zhang L, et al. Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff. *Supportive Care Cancer.* 2018;27(2):583-9. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4348-1.
- Boissy A, Windover AK, Bokar D, et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31:755-61. doi: 10.1007/s11606-016-3597-2.
- Marschollek P, Bąkowska K, Bąkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and Breaking Bad News-From the Informed Patients' Point of View. The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. *J Cancer Educ.* 2019;34(2):375-80. doi: 10.1007/s13187-017-1315-3.
- Cruz CO, Riera R. Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamiento.* 2016;21(3):106-8. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf.
- Johnson J, Panagioti M. Intervenções para melhorar a divulgação de notícias ruins ou difíceis por médicos, estudantes de medicina e internos/residentes: uma revisão sistemática e meta-análise. *Acad Med.* 2018;93(9):1400-12. doi: 10.1097/ACM.0000000000002308
- Seifart C, Hofmann M, Bär T, Knorrnschild Jr, Seifart U. Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol.* 2014;25(3):707-11. doi: http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdt582.
- Weilenmann S, Schnyder U, Parkinson B, et al. Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model. *Front Psychiatry.* 2018;9:389. doi: 10.3389/fpsy.2018.00389.
- Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualitativa.* 2017;5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
- Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* 2013;21(2):513-8. doi: http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16.
- Camacho RG. Classes de palavras na perspectiva da Gramática discursivo-funcional: o papel da nominação no continuum categorial. São Paulo: Editora Unesp; 2011.
- Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(10):3111-20. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014.
- Gorniewicz J, Floyd M, Krishnan K, Bishop TW, Tudiver F, Lang F. Dando más noticias a pacientes com câncer: Um ensaio de controle randomizado de um breve módulo de treinamento de habilidades de comunicação que incorpora as histórias e preferências de pacientes reais. *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):655-66. doi: 10.1016/j.pec.2016.11.008.
- Freiberger MH, Bonamigo EL. Attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis. *Mundo Saúde.* 2018;42(2):393-414. doi: http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20184202393414.

18. Rao A, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking bad news: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pacific J Cancer Prevent.* 2016;17(4):1779-84. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.4.1779>.
19. Rodrigues DMV, Abrahão AL, Lima FLT. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinerários no cuidado paliativo oncológico. *Saúde Debate.* 2020;44(125):349-61. doi: [10.1590/0103-1104202012505](https://doi.org/10.1590/0103-1104202012505).
20. Bastos LOA, Andrade EN, Andrade EO. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. *Rev Bioética.* 2017;25(3):563-76. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253213>.
21. Sobczak K, Obczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Preference Adherence.* 2018;12:2397-408. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/PPA.S183106>.
22. Mirza RD, Ren M, Agarwal A, Guyatt GH. Assessing patient perspectives on receiving bad news: a survey of 1337 patients with life-changing diagnoses. *Ajob Empirical Bioethics.* 2018;10(1):36-43. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/23294515.2018.1543218>.
23. Taylor BH, Warnock C, Tod A. Communication of a mesothelioma diagnosis: developing recommendations to improve the patient experience: developing recommendations to improve the patient experience. *BMJ Open Respir Res.* 2019;6(1):412-22. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000413>.
24. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Dando más noticias na prática clínica. *Rev Méd.* 2014;142(10):1306-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>.
25. Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news: the experience of a UK cancer centre. *Eur J Cancer Centre.* 2011;20(1):56-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01156.x>.
26. Hillen MA, Haes HCJM, Smets EMA. Cancer patients' trust in their physician: a review. *Psycho-Oncology.* 2011;20(2):27-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1745>.
27. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais.* 2016;26(8):216-22. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.
28. Hillen MA, de Haes HC, van Tienhoven G, Bijker N, van Laarhoven HW, Vermeulen DM, Smets EM. All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Res Treat.* 2015;153(1):161-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-015-3486-0>.
29. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse.* 2017;53(1):48-59. doi: [10.1080/10376178.2016.1276401](https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1276401).
30. Neumayer AC, Aguiar MCM, Schettini Sobrinho ESM, Gonçalves ASR. Efeito do diagnóstico e sugestões para comunicação diagnóstica na visão dos pacientes. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(4):489-97. doi: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.197>.
31. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):53-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>.
32. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PL, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Rev Saúde Com.* 2015;11(2):114-22. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/351>.
33. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Ehsani M. Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study. *Support Care Cancer.* 2016;24(1):4651-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-016-3308-x>.

Submetido: 18.03.2021

Aceito: 12.07.2021