



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE CHAPECÓ
CURSO DE MEDICINA**

**BRENDA THOMAS
GEORGIA BALDO KLAUS**

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE A COMUNICAÇÃO
VERBAL E NÃO VERBAL NO RECEBIMENTO DE MÁS NOTÍCIAS**

**CHAPECÓ
2020**

**BRENDA THOMAS
GEORGIA BALDO KLAUS**

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE A COMUNICAÇÃO
VERBAL E NÃO VERBAL NO RECEBIMENTO DE MÁS NOTÍCIAS**

Trabalho de curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de
Médico da Universidade Federal da Fronteira
Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Agnes de Fátima
Pereira Cruvinel

**CHAPECÓ
2020**

BRENDA THOMAS
GEORGIA BALDO KLAUS

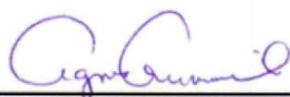
**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE A
COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL NO RECEBIMENTO DE MÁS
NOTÍCIAS**

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - *campus* Chapecó.

Orientadora: **Profa. Dra. Agnes de Fátima Pereira Cruvinel**

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 30 /10 /2020

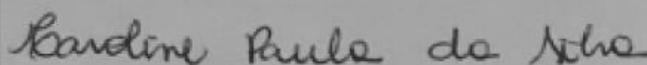
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Agnes de Fátima Pereira Cruvinel - UFFS
Orientadora



Ma. Tatiana Gaffuri da Silva - UFFS
Membro Titular



Médica Oncologista Pediátrica Caroline de Paula da Silva
Membro Titular

RESUMO

Má notícia consiste em toda comunicação de caráter informativo que afeta negativamente as perspectivas futuras do indivíduo, estando muito relacionada à oncologia. O objetivo do 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. Trata-se de estudo qualitativo, realizado por meio de entrevista narrativa. A seleção dos pacientes ocorreu por conveniência, perfazendo um total de 15 participantes. Os dados foram analisados pelo programa IRAMUTEQ® resultando em uma Classificação Hierárquica Descendente, composta por 4 classes nomeadas conforme as palavras de maior representatividade. O principal ponto destacado pelos pacientes foi a utilização de linguagem clara e compreensível, sem omitir dados clínicos, levando em conta as singularidades de cada indivíduo. Percebe-se a importância da instituição de programas continuados de educação médica no currículo médico, buscando a melhoria das habilidades comunicativas.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde. Oncologia. Preferência do Paciente.

ABSTRACT

Bad news consists of any informational communication that negatively affects an individual's perspective or his or her future, being related to oncology. The objective of the study is to evaluate the perception of oncological patients about verbal and non-verbal communication when receiving bad news at a hospital in western Santa Catarina. The referred study is a qualitative study, with the assistance of narrative interview. The selection of patients occurred for convenience, resulting in a total of 15 participants. The data were analyzed by the IRAMUTEQ® program resulting in a Descending Hierarchical Classification, composed of 4 categories, according to the most representative words. The main point highlighted by patients was the need of clear and understandable language, without omitting clinical data, taking into account the singularities of each individual. It is possible to realize the institution's importance of continued schedules of medical educations in the medical graduation's curriculum pursuing improvement on the communicative abilities.

Keywords: Health Communication. Medical Oncology. Patient Preference.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 MÉTODO	7
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	7
2.2 PARTICIPANTES.....	7
2.3 COLETA DOS DADOS	8
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	9
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	10
3 RESULTADOS	10
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	11
3.2 CATEGORIAS TEÓRICAS E CLASSES ANALÍTICAS GERADAS	11
3.3 EVOCAÇÕES APRESENTADAS POR CLASSE.....	16
3.3.1 Classe 1: O diálogo, a atenção e a sinceridade como proposições positivas no momento do diagnóstico	16
3.3.2 Classe 2: A fé como sustentação para os momentos difíceis	16
3.3.3 Classe 3: Dificuldades impostas ao paciente pelo desconhecimento do diagnóstico	17
3.3.4 Classe 4: A compreensão do paciente frente a linguagem utilizada pelo médico	18
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A - ROTEIRO DE QUESTÕES EXMANENTES E IMANENTES	28
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	29
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ	32

1 INTRODUÇÃO

A má notícia é definida como toda comunicação informativa que afeta negativamente as perspectivas futuras do indivíduo (BUCKMAN, 1992). No contexto clínico, está atrelada principalmente à área da oncologia, relacionada ao diagnóstico, recorrência ou transição de tratamento curativo aos cuidados paliativos (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

A comunicação adequada, através de seus componentes verbal, não verbal e paraverbal, é essencial na entrega de más notícias, sendo fundamental para a melhoria da relação médico paciente (DIAS, 2003). O componente verbal refere-se ao conteúdo da mensagem, compreendendo a escolha das 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 verbal e paraverbal contribuem com noventa por cento do total da mensagem (RANJAN, 2015).

Diversas estratégias são adotadas pelos médicos no momento da comunicação da má notícia, no entanto, há diferenças significativas no modo como ela ocorre (FAN et al., 2018). É sabido que a boa comunicação reduz o sofrimento mental do paciente, melhora o entendimento acerca de sua doença e melhora a adesão ao tratamento (SCHOFIELD, 2003).

Como métodos de apoio ao profissional médico na comunicação de más notícias foram elaborados diferentes protocolos, dentre eles o SPIKES (DEAN; WILLIS, 2016). 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* (CRUZ; RIERA, 2016). No item *Setting up* recomenda-se o local adequado para o diálogo, de preferência na presença de um acompanhante. Na sequência, *Perception* diz respeito a compreensão do médico quanto ao conhecimento da família e do paciente sobre a situação médica. Na etapa do *Invitation*, o paciente e seus familiares são questionados quanto ao tipo de informação que será de seu interesse, culminando com a fase do *Knowledge*, onde a notícia é compartilhada, de forma pausada e objetiva. Por fim, *Emotions* discorre sobre a atitude empática do médico perante a situação, respeitando o momento de

compressão do paciente, finalizando com *Strategy and Summary* um resumo geral da condição clínica e perspectivas do tratamento (KAPLAN, 2010).

A maneira como a má notícia é entregue aos pacientes interfere diretamente em suas emoções, crenças e atitudes quanto a sua condição clínica e perspectivas a respeito de seu prognóstico (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004). Estudo realizado com 350 pacientes oncológicos, revelou que apenas 46% dos pacientes ficaram satisfeitos com a forma da comunicação da má notícia, sendo enfatizado por eles como pontos mais importantes a clareza do diagnóstico e progresso de sua doença, ressaltando a falta de habilidade dos médicos na realização desta competência (SEIFART et al., 2014).

Dessa forma, é fundamental a compreensão da equipe médica a respeito das preferências dos pacientes quando notícias tristes ou perturbadoras são recebidas (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a 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 frente aos desejos de seus pacientes.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um hospital de grande porte do oeste catarinense.

2.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo pacientes em tratamento oncológico hospitalizados no setor de internação ou de quimioterapia de um hospital do oeste catarinense.

O número de sujeitos não foi pré-estipulado, visto tratar-se de estudo qualitativo, foi determinado por meio da técnica de saturação de dados, momento em

que o objeto de estudo é considerado elucidado (MINAYO, 2017). Assim, durante a coleta de campo chegou-se à saturação dos dados com 15 entrevistas.

A seleção foi por conveniência, uma vez que participaram do estudo aqueles que estavam hospitalizados no dia da coleta e manifestaram interesse de forma voluntária, após o convite para realização de entrevista narrativa.

Como critério de inclusão definiu-se pacientes com idade entre 18 e 60 anos em tratamento oncológico. Foram excluídos pacientes que não falavam a língua portuguesa ou que não estivessem em condições clínicas de responder.

2.3 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, por meio de entrevistas narrativas seguidas de complementação das respostas com instrumento composto por dez questões semiestruturadas elaboradas pelas pesquisadoras com base no protocolo SPIKES (Apêndice A).

Antes de dar início à coleta, as pesquisadoras avaliaram junto à equipe de enfermagem o estado de saúde e idade dos pacientes, para que fossem selecionados aqueles que se ajustassem aos critérios determinados para o estudo. Aos elegíveis foi explicado os objetivos da pesquisa e método utilizado, bem como os possíveis riscos como desconforto e cansaço. Aos que manifestaram interesse, foi solicitado preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e Termo de Consentimento para Uso de Voz (Apêndice C).

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 dificuldades de locomoção foram auxiliados com 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 a entrevista seria conduzida. Inicialmente eram convidados a contar sobre o momento em que receberam o diagnóstico de câncer por meio da seguinte questão disparadora: “Fale sobre o momento em que recebeu o diagnóstico de câncer”. Na sequência, foram questionados sobre aspectos relacionados a comunicação verbal e não-verbal durante esse processo conforme roteiro.

Durante a narração, as pesquisadoras não interromperam os participantes, assentindo com sinais não verbais de escuta atenta e encorajamento para a continuidade da narração, como por exemplo: “Fale-me mais sobre isso ou pode ficar bem à vontade”. Quando o participante sinalizou o final da história, as pesquisadoras questionaram se havia algo mais que o participante gostaria de contar.

Quando o participante encerrou sua história de forma espontânea, iniciou-se a fase de questionamentos com o emprego da linguagem do informante para completar as lacunas da história. O questionamento ocorreu de forma diferente para cada participante, e suas questões foram elaboradas no processo da narrativa conforme a necessidade das pesquisadoras em obter o fechamento da história e com base em um roteiro elaborado previamente com questões exmanentes e imanentes.

Ao término as pesquisadoras agradeceram a participação e o tempo despendido para a entrevista. As narrativas foram gravadas em sistema digital e transcritas na íntegra para posterior análise.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

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*). Este programa foi desenvolvido por Pierre Retinaud e utiliza a linguagem Python com aplicabilidade de um software estatístico R. Desde o ano de 2013 é utilizado no Brasil na área de pesquisa de representações sociais (CARMARGO; JUSTO, 2013).

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 quanto maior o seu valor, maior sua representatividade nos discursos dos sujeitos entrevistados, originando uma estrutura hierárquica de classes. Assim, 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 representante (OLTRAMAR; CAMARGO, 2010).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida de acordo com os preceitos éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.841.133 pela Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó, Santa Catarina. A instituição cenário do estudo também aprovou o estudo, e cada paciente forneceu consentimento informado por escrito. A autorização de compromisso ético está disposta no TCLE e no Termo de Consentimento para Uso de Voz.

As informações coletadas serão mantidas em absoluto sigilo, sendo utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Os dados coletados (gravações em áudio) foram armazenados em um pen-drive, sob a guarda da pesquisadora responsável, em um armário devidamente fechado no bloco dos professores, 3º andar, sala 307, na UFFS, onde será mantido por 5 anos. Após esse período, os dados serão deletados do dispositivo.

Para minimizar o risco de identificação, os pacientes foram denominados por En, sendo n o número do paciente em ordem de entrevista.

As entrevistas ocorreram em ambiente reservado, a fim de resguardar sigilo e privacidade dos pacientes. Os pacientes que aceitaram participar do estudo, após assinarem o TCLE, iniciaram sua narrativa e esta somente foi finalizada após consentimento do participante.

3 RESULTADOS

Os dados oriundos da pesquisa foram organizados por meio da análise 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.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 15 pacientes em tratamento oncológico internados em um hospital do oeste catarinense, sendo dez do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com média de idade de 49,73 (\pm 9,90) anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes segundo sexo e idade, hospital do oeste catarinense, 2020

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	5	33,3
	Feminino	10	66,6
Idade	21-29	1	6,6
	30-38	1	6,6
	39-47	3	20
	48-56	7	46,6
	57-65	3	20

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

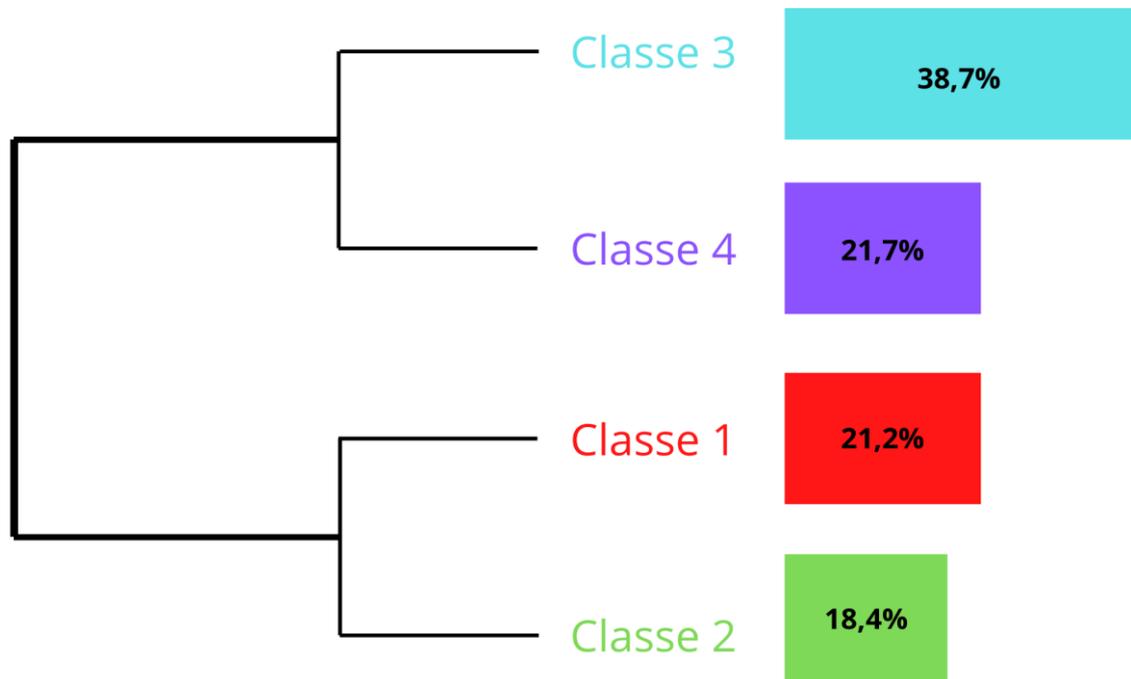
3.2 CATEGORIAS TEÓRICAS E CLASSES ANALÍTICAS GERADAS

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 que foi levado a 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 do corpus. Emergiram 10837 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) sendo 1420 palavras distintas e 663 de única ocorrência.

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 a classe 4 com 47 ST (21.66%). Essa distribuição de classes pode ser visualizada no primeiro dendograma (Figura 1) gerado pelo software e demonstra as relações existentes entre elas.

Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

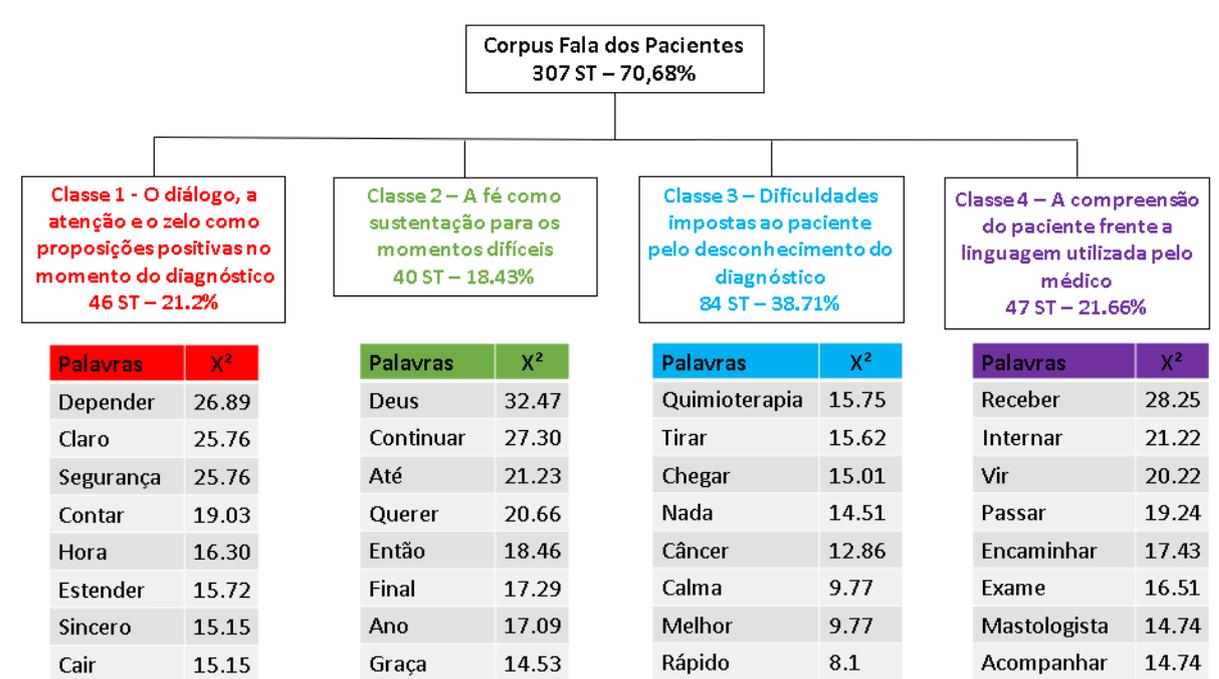
As classes estão divididas em duas ramificações do corpus (subcorpus A e subcorpus B). O subcorpus A composto pela classe 1 denominada - O diálogo, a atenção e a sinceridade como proposições positivas no momento do diagnóstico e, pela classe 2 - A fé como sustentação para os momentos difíceis. O subcorpus 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 sociais (AUSTREGESILO; 2015). A leitura deve ser feita de cima para baixo, tendo neste

caso, as classes 1 e 2 maior correlação entre e 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 Person e gerada pelo IRAMUTEQ®.

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



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

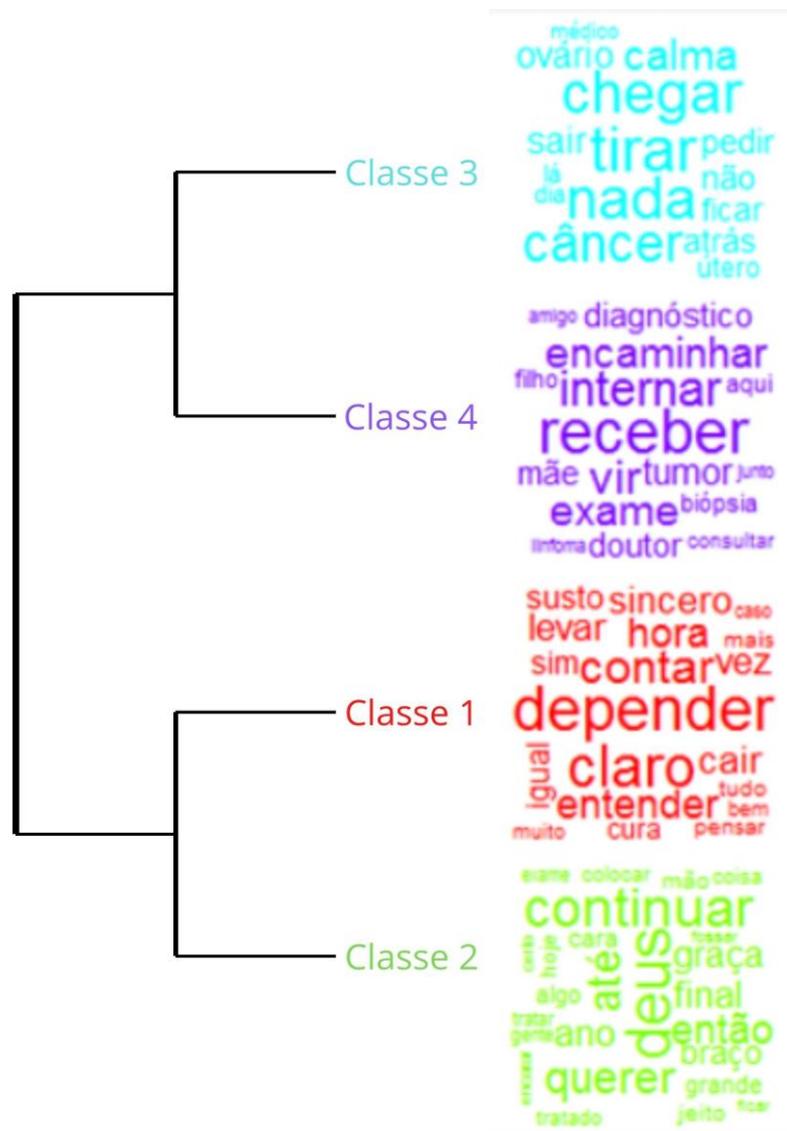
No subcorpus A, a classe 1 apresenta 21.2% ($f = 46$ ST) do corpus total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo de x^2 entre 2.02 e 26.89. Esta classe é composta por palavras como depender (x^2 26.89), claro (x^2 25.76), segurança (x^2 25.76), contar (x^2 19.03), hora (x^2 16.3), estender (x^2 15.72), sincero (x^2 15.15) e cair (x^2 15.15). A classe 2 apresenta 18.43% ($f = 40$ ST) do corpus total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo de x^2 entre 2.21 e 32.47. Esta classe é composta por palavras como Deus (x^2 32.47), continuar (x^2 27.3), até (x^2 21.23), querer (x^2 20.66), então (x^2 18.46), final (x^2 17.29) e ano (x^2 17.09).

O subcorpus B possui a classe 3 que compreende 38.71% ($f = 84$ ST) do corpus total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo de x^2 entre 2.03 e 15.75. É composta por palavras como quimioterapia (x^2 15.75) e tirar (x^2 15.62). A

classe 4 com 21.66% ($f = 47$ ST) do corpus total é constituída por palavras e radicais no intervalo de x^2 entre 2.03 e 28.25. É composta por palavras como receber (x^2 28.25), internar (x^2 21.22), vir (x^2 20.22), passar (x^2 19.24), encaminhar (x^2 17.43) e exame (x^2 16.51). Pode-se visualizar as classes com suas respectivas palavras e forças associativas na Figura 2.

A Figura 3 apresenta as classes com suas nuvens de palavras específicas no propósito de facilitar a visualização e compreensão.

Figura 3 – Nuvem de palavras emergentes distribuídas pelas classes



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

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

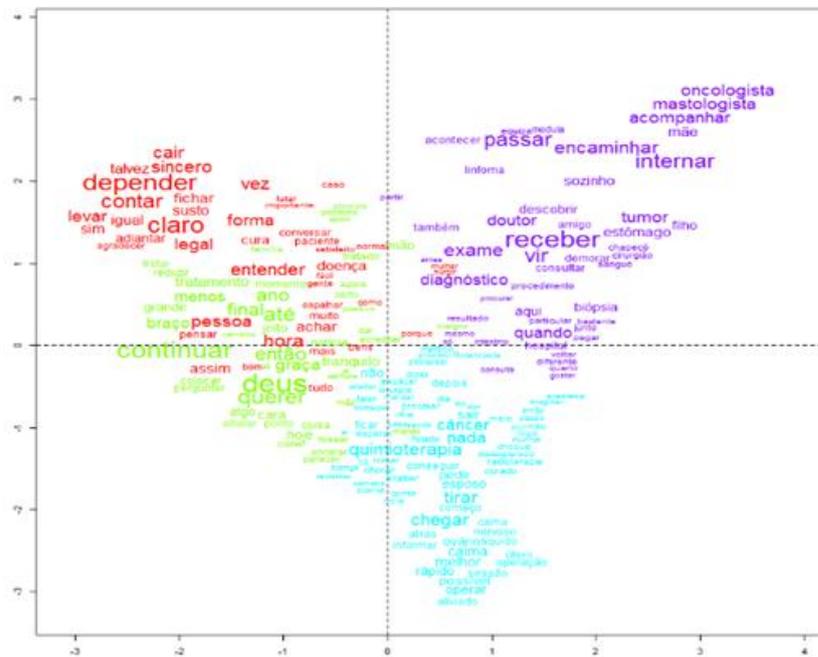
Figura 4 – Nuvem de palavras do corpus textual



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

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

Figura 5 – Análise Fatorial por Correspondência (AFC)



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa, 2020.

As palavras das classes 1 e 2 se correlacionam fortemente representando maior proximidade. As classes se apresentam de forma mais distribuída no quadrante com menor aproximação entre elas.

3.3 EVOCAÇÕES APRESENTADAS POR CLASSE

3.3.1 Classe 1: O diálogo, a atenção e a sinceridade como proposições positivas no momento do diagnóstico

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”.

E6: “[...] o médico falou em uma linguagem bem clara quando deu o diagnóstico, adorei o médico, ele foi bem sincero comigo eu entendi bem o que era a doença, como ia ser o tratamento. Depende de caso a caso também, mas eu acho que seria o certo a gente ficar bem a par de tudo porque se você está ciente de tudo você vai tentar se cuidar mais para cuidar mais da saúde”.

E15: “[...] o certo é eles contarem a verdade para a pessoa”.

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”.

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”.

3.3.2 Classe 2: A fé como sustentação para os momentos difíceis

E6: “[...] eu graças a Deus absorvi bem [...] vamos pôr na mão de Deus e seja o que Deus quiser, antes da véspera ninguém vai, então se é minha hora de um jeito ou de outro vai ser”.

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 pra minhas meninas”.

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 [...]”.

E6: “[...] o jeito de a médica conversar foi muito importante no momento do diagnóstico ela falou devagar do jeito dela. Ela trouxe os exames na mão e foi me explicando e disse que nós já teríamos que começar o tratamento”.

3.3.3 Classe 3: Dificuldades impostas ao paciente pelo desconhecimento do diagnóstico

E10: “[...] eu fui para casa pensava que estava boa só fazia o curativo o doutor não explicou nada para mim, ele devia ter chegado no quarto e dito que tiraram meu útero e ovários porque estava com começo de câncer, que o câncer tinha avançado”.

E2: “[...] na operação meu médico foi perfeito eu saí super bem só que ele não explicou para mim que era câncer, disse que era só para tirar o ovário”.

E13: “[...] eu estava deitado na cama e o doutor entrou e falou que eu tinha um câncer, mas era pequeno, que logo eu iria ficar bom com duas ou três sessões de quimioterapia eu iria ficar boa”.

E15: “[...] depois mandou outro médico me dar alta só que ele também não explicou nada, então eu queria que ele chegasse e dissesse, porque eu sairia do hospital mais aliviada”.

E1: “Eu nem me informei de nada sobre a doença porque eu não entendi direito quando ele falou, tinha recém saído da anestesia, não tinha acordado direito, mas nem pedi nada fiquei só esperando fazer a cirurgia”.

E3: “[...] eu fui saber depois da segunda consulta com a médica quando eu fui fazer as quimioterapias daí que ela me explicou que era um câncer que eu tinha, eu me desesperei, fiquei nervosa”.

3.3.4 Classe 4: A compreensão do paciente frente a linguagem utilizada pelo médico

E3: “Ele conversou bastante comigo, me orientou bem depois eu fiz a cirurgia o mastologista não me explicou como que seria o tratamento o oncologista que me passou todos os esclarecimentos”.

E9: “Eu fiquei satisfeita em relação ao recebimento do diagnóstico até porque eu estava preparada porque eu vi nos exames, eu vim preparada porque eu já sabia eu só não sabia o estágio, mas o doutor me orientou me falou e eu fiquei satisfeita”.

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:13 “[...] quando voltei com os exames na mão a doutora aqui conversou bastante comigo, eu também recebi apoio de um oncologista de Francisco Beltrão que é muito amigo da minha família”.

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

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”.

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a 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. Os achados são importantes para a prática médica, visto que a habilidade de comunicar más notícias tem impacto direto na qualidade de vida do indivíduo, pois muitas vezes a condição emocional do paciente e seus familiares, bem como a complexidade da informação, podem levar a dificuldades da compreensão da notícia, resultando em insatisfação e negação do fato (PINHEIRO et al., 2009).

Para melhor entendimento dos resultados obtidos durante as narrativas, estes foram classificados em 4 classes, de acordo com análise do *software* IRAMUTEQ®. De acordo com a CHD, evidenciada por meio da figura 1, a classe com maior representatividade no corpus foi a classe 3, a qual evidenciou insatisfação quando o médico não esclareceu ao paciente seu estado de saúde, retardando a informação do diagnóstico para próxima consulta ou ainda redirecionando esta atribuição a outrem.

A figura 2 revela as palavras com maior força associativa e destaca: quimioterapia, tirar, chegar, nada, câncer, entre outras, demonstrando a relação entre as preferências do paciente e pontos negativos no momento do diagnóstico. Percebe-se a relação entre as palavras que compõem a classe 3 com o grau de insatisfação dos pacientes durante a entrega do diagnóstico, citado por E2 “[...] só que ele não explicou para mim que era câncer, disse que era só para tirar o ovário” e E15 “[...] depois mandou outro médico me dar alta só que ele também não explicou nada, então eu queria que ele chegasse e dissesse porque eu sairia do hospital mais aliviada”.

Freiberger e Bonamigo (2018) também apontam falhas no momento da comunicação, com informações incompletas ou inadequadas e falta de empatia médica, que poderiam ser melhoradas por meio do desenvolvimento de habilidades comunicativas. Autores descrevem que vários fatores podem justificar a falta de treinamento durante a formação do profissional médico relacionado às competências comunicativas, bem como as condições de trabalho, como número excessivo de atendimentos, carga horária elevada e cansaço mental e físico (ROSSI; BATISTA, 2006; FREIBERGER; BONAMIGO, 2018).

A insatisfação do paciente frente ao recebimento de seu diagnóstico pode ser explicada pela falta de percepção do médico das singularidades do indivíduo, visto que diversos fatores emocionais, culturais e sociais interferem no momento da compreensão da notícia (RAO et al., 2016; KAZDAGLIS et al., 2010). Isso pode ser

justificado pelas palavras culturalmente estigmatizadas, como câncer e quimioterapia, relacionada à percepção de um sentimento de morte, sofrimento e dor, originando negação do fato e conseqüentemente, não compreensão do diagnóstico e falta de adesão ao tratamento (PELAEZ DORO et al., 2004; BRASIL, 2010).

Assim, a comunicação de uma má notícia 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 do paciente, para assim estabelecer uma boa comunicação e criação de um vínculo de confiança (BASTOS; ANDRADE; ANDRADE, 2017; SOBCZAK; LEONIUK; JANASZCZYK, 2018).

A segunda classe de maior representatividade (21,7%) do corpus do estudo foi a classe 4 (Figura 1), fazendo referência à compreensão do paciente frente a 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. (2018), 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 abranja todo o diagnóstico, tratamento e prognóstico, certificando-se que o paciente tenha compreendido todas as etapas.

Ainda assim, percebe-se que alguns pacientes relatam que os médicos poderiam melhorar essa comunicação, conforme E10: “[...] ele deveria ter explicado isso 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, Andrade e Andrade (2017) e

Taylor, Warnock e Tod (2019) também relataram as preferências do paciente no momento do seu diagnóstico através de uma comunicação simples, evitando utilizar termos técnicos ou eufemismos sobre sua doença, mas ao mesmo tempo mantendo discurso de esperança e positividade quanto ao tratamento e prognóstico (SILVA; ZAGO, 2005).

É imprescindível a compreensão acerca do diagnóstico no momento do recebimento da má notícia, visto que influencia a visão do paciente do 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 pacientes. Isso causa impacto na decisão do paciente de continuar ou interromper o tratamento e também o leva a optar por continuar o seguimento sob a orientação do mesmo especialista ou buscar outro (SOBCZAK; LEONIUK; JANASZCZYK, 2018).

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 seu diagnóstico 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 igual 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 Bonamigo (2018) também inferem que a atitude do médico frente ao diagnóstico com empatia, educação e o diálogo são qualidades valorizadas pelo paciente 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 figura 2: depender, claro, segurança, contar e sincero, dentre outras. Observa-se nessas palavras a preferência dos pacientes para o que médico seja franco e verdadeiro no momento da entrega de seu diagnóstico.

Brown et al. (2011) também relata em seu estudo que um dos pontos fundamentais listados nas preferências dos pacientes é que o médico haja com honestidade e inclua o paciente na tomada das decisões, explicando suas possíveis

consequências. Para Hillen, Haes e Smets (2011) 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), na qual as palavras mais citadas 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 do paciente, incluindo seus medos, preocupações e experiência de sua doença com a perspectiva 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 tratamento (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Sabe-se que a linguagem não-verbal também é parte fundamental processo da entrega má notícia, gerando benefícios na relação de confiança entre o médico e o paciente, principalmente por meio do contato visual, postura corporal e sorriso (HILLEN et al., 2015). 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 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. Não que 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, portanto, fundamental 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.

Já 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 pra 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 Fornazari e Ferreira (2010) revelou que em sua amostra 100% dos participantes apresentaram características de espiritualidade em seus relatos e 50% demonstraram característica de religiosidade.

Após o recebimento das más notícias é muito comum o surgimento de sentimentos de desesperança, medo e sofrimento (NEUMAYER et al., 2018). 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 para o paciente, durante esse momento de dificuldade.

Guerreiro et al. (2011) afirma 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 o paciente. Estudo de Pinto et al. (2015) corrobora para tal fato, evidenciando que a maioria dos pacientes oncológicos com suporte espiritual relataram melhoria na adesão ao tratamento e no entendimento de sua doença.

Na figura 5, que diz respeito a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), evidencia-se que a classe 2 adentra nas demais, visto na figura que apresenta associação com a classe 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 para o paciente, a espiritualidade como meio de alcançar a paz e equipe multiprofissional capacitada para lidar com essas situações (ABAZARI et al., 2016).

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.

5 CONCLUSÕES

Conhecer a percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no momento da entrega das más notícias pelo médico é fundamental para o sucesso da entrega do diagnóstico, interferindo no entendimento da doença e na atitude dos pacientes frente ao tratamento e prognóstico.

O presente estudo demonstra que os pacientes ao receberem o diagnóstico de sua doença desejam que este seja feito levando 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 a finalidade não apenas de aprimorar as habilidades de comunicação, mas também 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.

Deste modo, percebe-se a importante relação positiva da abordagem centrada na pessoa e o grau de satisfação pelos pacientes no momento do recebimento da má notícia, sendo, portanto, parte essencial no momento da comunicação da má notícia.

REFERÊNCIAS

- ABAZARI, Parvaneh et al. Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study. **Support Care in Cancer**, [s.l.], v. 24, n.11, p. 4651-4659, jun.2016.
- AUSTREGESILO, Silvia Carréra et al. 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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3111-3120, out. 2015.
- BARBOSA, Mirian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica. O Método Clínico Centrado na Pessoa na Formação Médica como Ferramenta de Promoção de Saúde. **Rev. Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 8, p.216-222, 2016.
- BASTOS, Luiz Otávio de Araujo; ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 563-576, dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.
- BROWN, V.A et al. Patient Preferences for the Delivery of Bad News - the experience of a UK Cancer Centre. **European Journal of Cancer Centre**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 56-61, Jan. 2011.
- BUCKMAN, Robert. **How to break bad news: A guide for health care professionals**. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
- CASTRO, Elisa Kern de; BIANCHINI, Daniela; PEUKER, Ana Carolina; ROMEIRO, Fernanda Bittencourt. COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA: uma análise qualitativa sob o enfoque psicanalítico. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 349, 22 set. 2016.
- CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 2013. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 3, n. 21, p.106-108, fev. 2016.
- DEAN, Antonia; WILLIS, Susan. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. **International Journal of Palliative Nursing**. Londres, p. 265-270. 17 jul. 2016.
- DIAS, L. Breaking Bad News: A Patient's Perspective. **The Oncologist**, [s.l.], v. 8, n. 6, p.587-596, 1 dez. 2003.

FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS, Valerie. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **The Lancet**, [s.l.], v. 363, n. 9405, p.312-319, jan. 2004.

FAN, Zhongyi et al. Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff.

Supportive Care in Cancer, [s.l.], v. 27, n. 2, p.583-589, 18 jul. 2018.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi.

Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde.

Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, jun. 2010.

FREIBERGER, Miguel Henrique; BONAMIGO, Elcio Luiz. Attitude of cancer patients regarding the disclosure of their diagnosis. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.393-414, 30 jun. 2018.

GUERREIRO, Gisele Patrícia et al. Relação entre Espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.64 n.1, p. 53-59, fev. 2011.

HILLEN, Marji A.; HAES, Hanneke CJM; SMETS, Ellen MA. Cancer patients' trust in their physician—a review. **Psycho-Oncology**, Hoboken, v. 20, n. 2, p. 227-241, fev. 2011.

Hillen, M.A. et al. All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. **Breast Cancer Res Treat**, [s.l.], v.153, n.1, p. 161–171, jun. 2015.

KAPLAN, Marcelle. SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients with Cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. Pittsburgh, p. 514-515, ago. 2010.

KAZDAGLIS, Georgios *et al.* Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. **Eastern Mediterranean health Journal**, Nasr City, v. 16, n. 4, p. 442-447, abr. 2010.

MIRZA, Reza D. et al. Assessing Patient Perspectives on Receiving Bad News: A Survey of 1337 Patients with Life-Changing Diagnoses. **Ajob Empirical Bioethics**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.36-43, dez. 2018.

NEUMAYER, Alessandra da Cunha et al. Efeito do Diagnóstico e Sugestões para Comunicação Diagnóstica na Visão dos Pacientes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.] v. 64, n.4, p.489-497, dez. 2018.

PELAEZ DORO, Maribel et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.24, n.2, p. 120-133, jun. 2004.

PINHEIRO, Eliana Moreira et al. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.77-84, mar. 2009.

PINTO, Ariane Costa et al. A importância da Espiritualidade em Pacientes com Câncer. **Rev. Saúde. Com**, Criciúma, v. 11, n.2, p. 114-122, jun. 2015.

MARCHAND, Pascal; RATINAUD, Pierre. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. [s.l.], p. 687-99, jan. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

RANJAN, Piyush. How can Doctors Improve their Communication Skills? **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.1-4, mar. 2015.

RAO, Abha et al. Breaking Bad News: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 1779-1784, jun. 2016.

ROSSI, Pedro Santo; BATISTA, Nildo Alves. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102, jun. 2006.

OLTRAMAR, Leandro Castro; CAMARGO, Brígido Vizeu. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-283, jun. 2010.

SEIFART, C. et al. Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. **Annals of Oncology**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.707-711, fev. 2014.

SCHOFIELD, P. E. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. **Annals of Oncology**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.48-56, jan. 2003.

SILVA, Valéria Costa Evangelista da; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 476-480, ago. 2005.

SOBCZAK, Krzysztof; LEONIUK, Katarzyna; JANASZCZYK, Agata. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. **Patient Preference and Adherence**, [s.l.], v. 12, p. 2397-2404, nov. 2018.

TAYLOR, Bethany Hope; WARNOCK, Clare; TOD, Angela. Communication of a mesothelioma diagnosis: developing recommendations to improve the patient experience: developing recommendations to improve the patient experience. **Bmj Open Respiratory Research**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 413-422, abr. 2019.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE QUESTÕES EXMANENTES E IMANENTES

Roteiro de informações relacionadas ao momento do recebimento de más notícias:

Nº	Item para Verificação	Sim	Não	Observações
1	Local do recebimento da má notícia			
2	Se estava acompanhando de amigo ou familiar			
3	O quanto gostaria de saber sobre a doença			
4	Aspectos emocionais da comunicação (melancolia, tristeza, desesperança)			
5	Se o médico utilizou linguagem clara e objetiva neste contexto			
6	Se obteve compreensão acerca de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico			
7	Grau de satisfação com a forma do recebimento da má notícia			
8	Preferências de como gostaria de ter recebido a má notícia			
9	Condutas positivas e negativas do profissional			
10	Sugestão sobre como os médicos podem melhorar aspectos comunicativos			

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário do estudo “Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não-verbal no recebimento de más notícias”, realizada pelas acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de Fronteira Sul campus Chapecó, Brenda Thomas e Georgia Baldo Klaus, sob orientação da professora Dr^a Agnes de Fátima Pereira Cruvinel. Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de avaliar a percepção do paciente oncológico sobre a comunicação verbal e não verbal durante o recebimento de más notícias em um hospital da região oeste de Santa Catarina. Os resultados do presente estudo contribuirão para o entendimento da melhor forma de comunicação de más notícias segundo as preferências dos pacientes, a fim de proporcionar uma melhoria na prestação do cuidado à saúde, bem como a valorização dos aspectos emocionais do paciente em relação à doença. Assim, os resultados poderão ser utilizados no ensino de comunicação clínica na área de saúde, em especial, na área médica, para qualificar o processo de comunicação na relação médico-paciente.

Caso aceite, a sua participação na pesquisa consiste em participar de uma entrevista com duas acadêmicas do curso de medicina da UFFS. Após autorização, o procedimento de entrevista narrativa será brevemente explicado a você. Na fase de iniciação, os pesquisadores explicarão o tópico inicial sobre qual será a narrativa. Nesse caso, os pesquisadores abordarão sobre o interesse de ouvir sua história sobre o momento em que recebeu o diagnóstico de câncer e sobre como os aspectos de comunicação verbal e não-verbal foram marcantes nesse processo.

A entrevista ocorrerá em uma sala silenciosa do próprio hospital, preservando sua privacidade no momento da conversa e terá uma duração de no máximo 30 (trinta) minutos para contar livremente sua história. Ao final desse tempo ou quando o entrevistador assentir que seu relato terminou, o entrevistador finalizará com algumas perguntas a fim de obter dados necessários para concluir o diálogo e compreensão sobre como percebeu a comunicação do seu diagnóstico. A entrevista será gravada por meio de aparelho celular e os pesquisadores solicitarão que você faça um relato detalhado a respeito do momento em que recebeu o diagnóstico de sua doença pelo médico, evidenciando seus sentimentos e preferências quanto ao processo de comunicação. Em nenhum momento você será identificado. No início da gravação,

sua identificação será dada como um número, por exemplo E1 (participante 1). Os resultados da pesquisa serão publicados, mas a sua identidade será preservada.

A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: desconforto psicológico e/ou emocional e cansaço em responder a entrevista. Entretanto, lhe será garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Os benefícios aos participantes se darão de forma indireta, através da análise e divulgação dos resultados à instituição, com a finalidade de melhoria na relação médico-paciente e no entendimento do processo saúde-doença.

As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Ao término da pesquisa, os resultados obtidos serão retornados a sua pessoa via e-mail ou contato telefônico. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Seu tratamento no hospital não será prejudicado caso opte por não participar do estudo ou por decidir interromper durante sua participação.

As informações coletadas serão mantidas em absoluto sigilo, sendo utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Os dados coletados (gravações em áudio) serão armazenados em um pen-drive, sob a guarda do pesquisador responsável, em um armário devidamente fechado no bloco dos professores, 3º andar, sala 307, na UFFS durante 5 anos. Após esse período, os dados serão deletados do dispositivo.

Após a leitura e esclarecimento sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubriche todas as páginas e assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste TCLE, e caso se considere prejudicado, você pode solicitar contato com a professora responsável pelo estudo, Agnes F. P. Cruvinel via telefone (14 98184-8586), e-mail (agnes.cruvinel@uffs.edu.br) ou pelo endereço institucional (UFFS campus Chapecó/SC, SC 459, km 2 s/n, saída para Guatambu, Chapecó/SC - Brasil, telefone (49 2049-6553). Também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS via telefone (49 2049-3745), e-mail (cef.uffs@edu.br) ou pelo endereço (Comitê de Ética

em Pesquisa da UFFS – prédio da Biblioteca, UFFS campus Chapecó/SC, SC 459, km 2, s/n, saída para Guatambu, Chapecó/SC - Brasil).

Agnes de Fátima Pereira Cruvinel
Pesquisador responsável

Brenda Thomas
Acadêmica de Medicina UFFS

Georgia Baldo Klaus
Acadêmica de Medicina UFFS

Se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações mencionadas, assinale abaixo e coloque seu nome no local indicado.

Autorizo a coleta de dados e informações: () Sim () Não

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante

Chapecó, _____ de _____, 20____.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ

Título: Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não-verbal no recebimento de más notícias.

Pesquisador Responsável: Agnes Cruvinel.

Eu, _____ permito que o pesquisador relacionado acima obtenha gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

A gravação da voz ficará sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura do Participante da Pesquisa