



Perceção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Diogo Miguel Pereira Sequeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Diogo Miguel Pereira Sequeira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39952 do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 21/02/2024

Dedicatória

Aos meus pais e irmã, restante família, aos meus amigos e colegas.

“To take care of cancer patients is an enormous privilege, but it also involves deploying everything in your toolbox: the emotional, the psychological, the scientific, the epidemiologic.”

Siddhartha Mukherje

“The task of breaking bad news is a testing ground for the entire range of our professional skills and abilities. If we do it badly, the patients or family members may never forgive us; if we do it well, they will never forget us.”

Robert Buckman

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Vitória, por ter aceite abraçar este projeto comigo, pelo interesse e exigência, por toda a sua cooperação e disponibilidade. A sua experiência e conhecimentos foram essenciais para a realização deste trabalho.

À minha mãe, apoio constante, pela sua paciência e dedicação, ajuda e exemplo de determinação, incentivando-me continuamente nas minhas convicções e aspirações neste meu percurso académico.

À Melissa e à Rita, minhas parceiras de curso e amigas, um agradecimento especial. Obrigado por estes anos de partilha do conhecimento, carinho e paciência.

Um agradecimento em geral à minha família, em especial ao meu pai e irmã, sempre presentes, e amigos que me foram apoiando neste percurso, destacando a Lily.

À Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, a todos os seus professores e funcionários que participaram na minha formação e marcaram de forma decisiva esta etapa da minha vida. À Covilhã, Cidade Neve, por me ter acolhido e proporcionado esta experiência tão enriquecedora.

A todos o meu sincero obrigado.

Resumo

Introdução: Comunicar é uma tarefa habitual no exercício da prática clínica, no entanto, quando se trata da comunicação de más notícias surgem dificuldades acrescidas pelas implicações que esta pode ter na vida do doente e dos seus familiares e pelo impacto emocional que pode ter nos médicos. Numa área tão sensível como é a Oncologia, é importante avaliar como é percebida a comunicação de más notícias por médicos e doentes e em que medida a existência de normas de orientação ou protocolos de atuação pode facilitar e tornar mais efetivo este procedimento.

Objetivo: Esta dissertação consiste numa revisão sistemática da literatura e tem como principal objetivo perceber como se formaliza a comunicação de más notícias, avaliando a perceção dos médicos sobre as suas competências e o uso de protocolos e as expectativas e preferências dos doentes oncológicos na receção de más notícias.

Metodologia: A revisão foi realizada de acordo com o protocolo PRISMA. Procedeu-se à pesquisa de artigos, durante os meses de maio e junho de 2023, em quatro bases de dados eletrónicas (*Pubmed, Web of Science, SciELO e Scopus*), com as MeSH “*bad news*”, “*cancer*”, “*breaking bad news protocols*”, “*patients’ preferences*”, “*physician’s skills*”, obtendo-se 237 resultados. Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2013 e 2023, escritos em inglês, português e espanhol, que fizessem referência ao estudo da perceção dos emissores (médicos) e recetores (doente e seus familiares) de más notícias relativamente a esta tarefa da prática clínica.

Resultados: Foram revistos catorze artigos que cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos. Os diferentes estudos avaliam a qualidade e a dinâmica da comunicação de más notícias, por parte dos médicos, as principais dificuldades evidenciadas neste processo e abordam as preferências dos doentes. Os médicos consideraram que comunicar más notícias a doentes com cancro é extremamente difícil, pois, para além de não terem formação específica suficiente sobre como efetivar esta tarefa, deparam-se com obstáculos ambientais e pessoais. Quanto ao uso de protocolos, os médicos referiram que tinham pouco acesso a informação sobre protocolos de comunicação de más notícias na sua prática clínica, surgindo o protocolo SPIKES como o mais conhecido e utilizado. Na presente revisão, a maioria dos doentes revelou estar satisfeita com a forma como os médicos comunicam as más notícias, apesar de referirem que existem técnicas e habilidades comunicacionais dos médicos que devem ser melhoradas. As áreas de melhoria referem-se à avaliação pelo médico da perceção do doente antes do conhecimento do diagnóstico e das suas expectativas ou necessidades de informação, que

variam de acordo com as suas características clínicas, sociodemográficas e culturais.

Conclusões: Para além das competências comunicacionais dos médicos, as expectativas e preferências dos doentes devem ser tidas em conta na formalização da comunicação de más notícias e integradas nos protocolos definidos para apoiar e orientar essa tarefa. Comunicar más notícias eficazmente requer não só o uso de protocolos, como também competências de relação de ajuda e comunicacionais e formação específica, para aumentar a confiança dos médicos e dos doentes, diminuindo as preocupações e o stress provocado por situações difíceis, como a revelação de um diagnóstico de cancro. A comunicação eficaz é essencial para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade e para melhorar a relação médico-doente.

Palavras-chave

Más notícias; Cancro; Protocolos de comunicação de más notícias; Preferências dos pacientes; Competências médicas.

Abstract

Introduction: Communication is a routine task in clinical practice, however when it comes to delivering bad news, there are increased difficulties due to the implications it may have on the patient's life and their family, and the emotional impact it can have on physicians. In a field as sensitive as Oncology, it is important to assess how the communication of bad news is perceived by physicians and patients and to what extent the existence of guidelines or protocols can facilitate and make this procedure more effective.

Objective: This dissertation consists of a systematic literature review with the main objective of understanding how the communication of bad news is formalized, evaluating physicians' perception of their skills and the use of protocols and the expectations and preferences of oncology patients in receiving bad news.

Methodology: The research follows the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) methodology. A bibliographic search was carried out during the months of May and June 2023, in four electronic databases (PubMed, Web of Science, SciELO, and Scopus), with the following MeSH "*bad news*", "*cancer*", "*breaking bad news protocols*", "*patients' preferences*", "*physician's skills*", obtaining 237 outcomes. Articles published between 2013 and 2023, written in English, Portuguese and Spanish, that referred the study of perception of senders (physicians) and receivers (patient and their families) of bad news regarding this clinical practice task were included.

Results: Fourteen articles that follow the established inclusion criteria were reviewed. The different studies evaluate the quality and dynamics of bad news communication by physicians, the main difficulties highlighted in this process and address patients' preferences. Physicians considered that communicating bad news to cancer patients is extremely difficult, as in addition to not having sufficient specific training on how to carry out this task, they are faced with environmental and personal obstacles. Regarding the use of protocols, physicians reported that they had little access to information about protocols for communicating bad news in their clinical practice, with the SPIKES protocol emerging as the most well-known and used. In the present review, the majority of patients revealed that they were satisfied with the way physicians communicate bad news, despite mentioning that there are physicians' communication techniques and skills that need to be improved. The areas for improvement refer to the physician's assessment of the patient's perception before knowing the diagnosis and their expectations or information needs, which vary according to their clinical, sociodemographic and cultural characteristics.

Conclusions: Beyond the communication skills of physicians, the expectations and preferences of patients must be considered in the formalization of bad news communication and integrated into the protocols defined to support and guide this task. Communicating bad news effectively requires not only the use of protocols, but also help relationship and communication skills and specific training, to increase the confidence of physicians and patients, reducing concerns and stress caused by difficult situations, such as the revelation of a cancer diagnosis. Effective communication is essential for providing quality healthcare and improving the physician-patient relationship.

Keywords

Bad news; Cancer; Breaking bad news protocols; Patients' preferences; Physician's skills.

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Palavras-chave	x
Abstract.....	xi
Keywords	xii
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1. Introdução	1
1.1 Má notícia em contexto clínico	1
1.2 Comunicação de más notícias em Oncologia.....	1
1.3 Obstáculos na comunicação de más notícias.....	2
1.4 Protocolos na comunicação de más notícias	4
2. Metodologia	11
2.1 Procedimento.....	11
2.2 Formulação da questão de investigação	12
2.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	12
2.4 Seleção dos estudos.....	13
2.5 Avaliação da qualidade metodológica dos artigos.....	14
3. Resultados.....	15
3.1 Características gerais dos estudos incluídos	15
3.2 Análise dos principais resultados	20
3.2.1 Protocolos de comunicação de más notícias utilizados	20
3.2.2 Fatores associados à abordagem do médico	21
3.2.3 Fatores associados às preferências dos doentes	22
3.2.4 Aspetos a melhorar na comunicação de más notícias.....	23

3.2.5	Limitações dos estudos	24
4.	Discussão dos resultados	33
4.1	Forma de transmissão da má notícia.....	33
4.2	Competências de relação de ajuda e comunicacionais	35
4.3	Principais limitações.....	37
4.4	Implicações futuras.....	37
5.	Conclusão	39
6.	Referências Bibliográficas	41
7.	Anexos	45

Lista de Figuras

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos (Metodologia PRISMA).....	14
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Obstáculos à comunicação de más notícias.....	3
Tabela 2 - Protocolo SPIKES.....	6
Tabela 3 - Modelo ABCDE.....	7
Tabela 4 - Protocolo BREAKS.....	7
Tabela 5 - Protocolo PENS.....	8
Tabela 6 - Critérios para a formulação da questão de investigação da RSL.....	12
Tabela 7 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos seleccionados.....	13
Tabela 8 - Caracterização dos estudos incluídos na RSL.....	16
Tabela 9 - Principais resultados e limitações dos artigos incluídos na RSL.....	25

Lista de Acrónimos

ABCDE	Advance preparation; Build a therapeutic environment/relationship; Communicate well; Deal with patient and family reactions; Encourage and validate emotions
BREAKS	Background; Rapport; Explore; Announce; Kindling; Summarize
MeSH	Medical Subject Headings
PENS	Patient preference; Explanation; Next appointment; Support and summary
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	Motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SCOPUS	Base de dados bibliográfica
SPIKES	Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy/Summary
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
Web of Science	Serviço de indexação de citações científicas on-line

1. Introdução

1.1 Má notícia em contexto clínico

Buckman definiu, para o contexto clínico, má notícia como qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo ou dos seus familiares sobre o seu futuro. Na maior parte das vezes, a definição de má notícia está na perspetiva de quem transmite a informação, contudo só é possível avaliar o seu impacto escutando também as expectativas, os efeitos e a compreensão por parte de quem a recebe (1).

Espera-se que todo o processo comunicacional entre os profissionais de saúde e os doentes seja eficaz. Porém, comunicar aspetos negativos para o doente requer especial atenção, pelos dilemas pessoais e profissionais que lhe estão subjacentes. Segundo o Regulamento de Deontologia Médica, os médicos devem prestar esclarecimentos aos doentes sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença, recorrendo ao uso de palavras adequadas, em termos compreensíveis adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, traz preocupação para o doente. A informação prestada pela equipa médica deve ter sempre em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural, por forma a que os esclarecimentos prestados forneçam uma visão objetiva da situação clínica para que o doente e os seus familiares tomem decisões conscientes (2).

A comunicação de más notícias constitui uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto da prática clínica, pelo que exige da parte do médico sensibilidade, empatia, profissionalismo, mas também treino, na medida em que causa muitas vezes desconforto e angústia tanto nas pessoas que recebem a notícia (doentes e familiares), originada pela disparidade entre as suas expectativas e a realidade em si, como na pessoa que a transmite ao ter a noção de que induz sofrimento acrescido (3).

1.2 Comunicação de más notícias em Oncologia

O cancro é a segunda causa de morte no mundo, sendo que 1/6 da população é vitimada por esta doença prolongada, causando uma enorme tensão física, emocional e financeira para as famílias, comunidades e sistemas de saúde. Os tipos de cancro mais comuns nos indivíduos do sexo masculino são o pulmonar, prostático, colorretal, estomacal e hepático, enquanto que os mais comuns entre os indivíduos do sexo feminino são o mamário, colorretal, pulmonar, cervical e da tiróide (4). O cancro é uma doença que se encontra frequentemente associada à perda da integridade física do doente, bem como

à finitude da sua vida, e em que a tomada de consciência constitui uma experiência negativa na vida do doente e dos seus familiares. Para além do sofrimento e angústia do doente, o médico vivencia de igual modo o receio de comunicar a má notícia, que irá incidir sobre questões delicadas relacionadas com o diagnóstico de risco de vida, tratamentos ou mau prognóstico, como recidivas ou morte (5,6). A perspetiva de futuro do doente será sempre afetada perante a notícia de um cancro, de forma definitiva se se tratar de um estadio avançado da doença e com reduzida esperança de sobrevida, mas também fortemente afetada quando se trata de um cancro curável, ainda que o futuro se apresente com desfecho positivo.

Comunicar más notícias é uma competência de comunicação imprescindível no contexto oncológico que exige um esforço e uma formação consideráveis por parte do corpo clínico (7). No entanto, o ensino de competências de comunicação de más notícias não é frequente, pois a maioria dos médicos, durante a sua formação académica, recebe pouca ou nenhuma formação nesta área, tendo apenas uma experiência limitada que lhes é dada pela observação do desempenho de outros profissionais nestas circunstâncias.

A comunicação eficaz e empática de más notícias tem uma forte dimensão terapêutica na medida em que diminui o stress do doente e dos seus familiares e influencia a forma como os mesmos lidam com a doença oncológica. Vários investigadores referem ainda que a forma como as más notícias são comunicadas afeta a compreensão da informação por parte dos doentes, o sofrimento emocional, o processo de adaptação, a satisfação com os cuidados médicos, a confiança no médico, a adesão ao tratamento e melhora os resultados em saúde (6-8).

1.3 Obstáculos na comunicação de más notícias

Tal como noutras áreas do saber, existem inúmeras dificuldades na comunicação clínica, especialmente quando neste processo são abordados assuntos como doença ou morte. No âmbito da doença oncológica, a palavra “cancro” ainda mantém uma conotação negativa e subjetiva, à qual é difícil ficar indiferente (9). A forma como os doentes oncológicos recebem uma má notícia em contexto clínico depende de muitos fatores, tais como a personalidade, o contexto cultural, o sistema de valores, experiências anteriores e expectativas acerca do seu atual estado de saúde (6). A divulgação de más notícias ou dizer a verdade é uma questão de índole cultural que está relacionada com os valores e crenças de cada sociedade (10). A cultura desempenha um importante papel na construção da relutância dos médicos em fornecer informações sobre o diagnóstico do cancro e um mau prognóstico, bem como no medo dos doentes receberem essas notícias (9). Por outro lado,

a forma como os médicos comunicam as más notícias tem um impacto significativo na vida do doente, incluindo a compreensão da doença, a satisfação com os cuidados, o nível de esperança e a adaptação psicológica (8).

Na ótica do médico, os obstáculos à comunicação de más notícias são variados, incluindo a dificuldade em lidar com as suas emoções, o medo de perder a esperança e sentimentos de impotência (1,8,11). Os médicos acabam por frequentemente dar prioridade ao alívio da dor física, em detrimento do *distress* emocional e do sofrimento, enquanto que o doente vivencia a experiência atormentado com perguntas existenciais, e até mesmo espirituais, que nem sempre vê respondidas, ansiando por ter um papel mais colaborativo na tomada de decisões (11). O médico experiencia frequentemente emoções fortes, como a ansiedade, o peso da responsabilidade e o receio de uma avaliação negativa, criando uma relutância na comunicação de más notícias, designado por efeito MUM (“*keep mum about undesirable messages*”), que se intensifica particularmente quando o recetor dessas notícias já se encontra também ele angustiado (12). Na tabela que se segue são apresentados os principais obstáculos à comunicação de más notícias nas perspetivas do médico e do doente (11).

Tabela 1 - Obstáculos à comunicação de más notícias

Perspetiva do médico	Perspetiva do doente
<ul style="list-style-type: none"> • Medo de não saber dar as respostas; • Medo da contradição ou de estar errado; • Medo do desconhecido e do que não aprendeu formalmente; • Medo da reação, potencialmente inesperada, do doente à notícia; • Medo de ser acusado/considerado pela notícia que comunica; • Relutância em causar <i>distress</i> e em antagonizar; • Receio de sofrer dano físico; • Medo pessoal da doença e da morte; • Medo de expressar emoções. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão da “bata branca” como intimidadora; • Contacto com vocabulário pouco familiar; • Medo de compreensão incompleta do que está a ser comunicado; • Medo da impressão que transmite ao médico; • Medo de perder a privacidade; • Medo das consequências possíveis; • Medo do desconhecido; • Medo de perder o controlo.

Fonte: Adaptado a partir de Ferreira, Araújo e Madeira (2018).

Para além dos obstáculos se situarem ao nível do médico e do doente, também existem os obstáculos ambientais que, sob o ponto de vista do médico, são a falta de tempo, a falta de sala adequada e a falta de contacto com o doente durante todo o processo de diagnóstico (9). Cabe ao médico antecipar, reconhecer e minimizar as dificuldades inerentes à comunicação adequada de más notícias, para desta forma constituir uma aliança terapêutica com o doente, vital para o seu trabalho conjunto na gestão do impacto total da doença (11).

A falta de formação em matéria de comunicação de más notícias é também

considerada por vários investigadores um obstáculo, na medida em que deixa os médicos impreparados para a complexidade da comunicação e intensidade emocional que todo este processo implica. Os currículos das escolas de medicina e os programas de formação para médicos em exercício devem incluir o desenvolvimento de competências interpessoais e capacidades de gestão do stress e das emoções (9).

A comunicação de más notícias constitui, sem dúvida, um desafio, na medida em que requer habilidades, compreensão e empatia por parte do médico. São necessárias competências que possibilitem ao médico responder às emoções dos doentes e da família, envolvendo-os na tomada de decisões, lidar com o stress criado pela expectativa da cura e o dilema de como dar esperança perante um mau prognóstico (12). A comunicação verbal e não-verbal que o médico irá utilizar deverá ter em linha de conta o idioma (barreira linguística, frequente em sociedades multiculturais), as crenças culturais e religiosas dos doentes e dos seus familiares (12,13). Estudos revelam que a comunicação não-verbal efetivada pelo médico na forma de um contacto visual, sorriso, cumprimento ou inclinar-se para a frente, demonstrando interesse e uma postura relaxada, contribui para uma maior satisfação do doente (13).

A consciência das diferenças culturais é crucial para fornecer um cuidado personalizado e verdadeiramente holístico numa sociedade cada vez mais plural. A cultura ocidental enfatiza a individualidade e a independência, em que o doente é considerado o foco das discussões e tomadas de decisão. Esta visão, centrada no doente, pode não ser a mais adequada em culturas como a asiática, a árabe ou da Europa oriental, pois, neste grupo, há mais ênfase na tomada de decisão pelos membros da família (13).

1.4 Protocolos na comunicação de más notícias

Tendo em conta a importância e a necessidade de comunicar más notícias aos doentes oncológicos e seus familiares, nos últimos anos, vários estudos têm apontado para o estabelecimento de normas de orientação/*guidelines* que apoiem os médicos a executar esta tarefa com mais efetividade, reduzindo o impacto emocional e psicológico no doente e o stress do médico. Como refere *Buckman*, a falta de um roteiro pode levar os médicos a não revelarem todos os aspetos da doença ou até mesmo a darem falsas esperanças aos doentes e seus familiares, para além de não permitir controlar adequadamente as reações e emoções dos doentes, diminuindo a confiança que os mesmos têm no médico e reduzindo a sua participação no processo de decisão clínica (10).

A tarefa de revelar um diagnóstico de cancro pode ser melhorada por meio de

estratégias de comunicação bem estabelecidas que orientem a conduta dos profissionais de saúde (6). Neste sentido, e atendendo às especificidades e dificuldades inerentes à comunicação de más notícias, existem vários protocolos na literatura científica que definem estratégias ou linhas orientadoras para realizar esta tarefa. Estes protocolos têm quatro objetivos comuns, nomeadamente (14):

- Recolher informações sobre os doentes e o seu conhecimento e expetativas acerca do estado de saúde e da doença;

- Transmitir informações médicas inteligíveis, de acordo com as necessidades e desejos do doente;

- Proporcionar suporte emocional;

- Desenvolver uma estratégia ou plano de tratamento e cooperação.

Em 1992, *Buckman* definiu um protocolo de atuação para a comunicação de más notícias, composto por seis etapas:

1. Preparação e escolha do local adequado (inclui-se, neste momento, a atitude cordial própria de uma primeira abordagem);
2. Investigar o que o doente já sabe sobre a sua doença e estabelecer, a partir daí, uma linha de condução da conversa;
3. Descobrir o que é que o doente quer saber (definir a quantidade de informação que o doente pretende obter);
4. Partilhar a informação (evitando eufemismos, bem como frases longas e de interpretação menos clara);
5. Responder às emoções/sentimentos e às perguntas do doente (demonstrar apoio e tranquilizar o doente, permitindo que o mesmo expresse os seus sentimentos);
6. Propor um plano de acompanhamento e encerrar a entrevista (em conjunto com o doente, devem procurar-se os principais problemas a resolver e adotar estratégias consensuais em termos de tratamento e acompanhamento) (3,15).

Mais tarde, em 2000, *Buckman* e colaboradores propuseram uma adaptação deste protocolo, que ficou conhecido pelo acrónimo SPIKES (S - “*Setting up the interview*”, P - “*Assessing the patient’s perception*”, I - “*Obtaining the patient’s invitation*”, K - “*Giving knowledge and information to the patient*”, E - “*Addressing the patient’s Emotions with empathic responses*” e S - “*Strategy and Summary*”), organizado igualmente em seis passos - ver Tabela 2 (1).

Tabela 2 - Protocolo SPIKES

S - Setting up the interview	Momento prévio à consulta, acentuando a importância da preparação para comunicar e da organização do espaço físico.
P - Assessing the patient's perception	Perceber quanto o doente está ciente da situação, para corrigir eventuais desinformações e “moldar” a má notícia para a compreensão do doente.
I - Obtaining the patient's invitation	Determinar que informação o doente está apto e disposto a receber (quando o médico ouve um doente explicitar o desejo de ser informado, pode diminuir a sua ansiedade associada à divulgação da má notícia).
K - Giving knowledge and information to the patient	Comunicar a má notícia (evitar termos técnicos, apresentar com delicadeza a informação e fornecer pouca informação de cada vez, confirmando, passo a passo, o que foi compreendido).
E - Addressing the patient's Emotions with empathic responses	Mostrar empatia para acolher as reações e as emoções do doente, que podem variar do silêncio, à incredulidade, choro, negação ou raiva, com a expressão de choque, isolamento e dor.
S - Strategy and Summary	Apresentar o plano terapêutico, compartilhando responsabilidades na tomada de decisão, bem como situações que possam vir a surgir, para, desta forma, diminuir a ansiedade e a insegurança do doente.

Fonte: Adaptado a partir de *Baile, Buckman et al. (2000)*.

O protocolo SPIKES tem como objetivo habilitar o médico a atingir as metas mais importantes na comunicação de más notícias. Para tal são requeridas competências médicas específicas, sendo que as seis etapas do protocolo nem sempre serão necessárias em todos os episódios de comunicação de más notícias. Contudo, quando necessárias deverão ser sequenciais, pois a informação obtida ou fornecida no passo anterior é essencial para o passo seguinte e para estabelecer um fluxo de informação lógico e adaptado a cada doente (1,11).

Em 1999, *Rabow e McPhee* também propuseram um modelo prático e abrangente que descreve as metas a atingir na comunicação de más notícias. O modelo ABCDE utiliza a mnemónica A - “*Advance preparation*”; B - “*Build a therapeutic environment/relationship*”; C - “*Communicate well*”; D - “*Deal with patient and family reactions*” e E - “*Encourage and validate emotions*”, constituindo mais um protocolo para formalizar o processo de comunicação de más notícias (16). Descrevem-se de seguida as etapas que constituem o modelo ABCDE - ver Tabela 3.

Tabela 3 - Modelo ABCDE

A - Advance preparation	Rever o historial do doente; preparar-se emocionalmente; providenciar apoio, se o doente o desejar; determinar o que o doente sabe sobre a sua doença.
B - Build a therapeutic environment/ relationship	Garantir o tempo e privacidade necessários; disponibilizar lugares sentados para todos; manter o contacto visual e sentar-se suficientemente perto para fazer uso do toque, se necessário.
C - Communicate well	Evitar termos demasiado técnicos e utilizar linguagem simples; permitir o silêncio e avançar ao ritmo do doente.
D - Deal with patient and family reactions	Gerir as respostas do doente e dos seus familiares à medida que elas vão surgindo; estar atento às estratégias de defesa emocionais (negação, culpa, aceitação, descrença, raiva, medo, tristeza, ansiedade, desesperança); escutar ativamente; explorar sentimentos; mostrar empatia.
E - Encourage and validate emotions	Corrigir a desinformação; explorar o significado de más notícias para o doente; oferecer esperança realista e apresentar opções de tratamento e de acompanhamento; gerir as necessidades espirituais e emocionais do doente e aferir que suporte necessita; recorrer à equipa multidisciplinar para melhorar o tratamento.

Fonte: Adaptado a partir de *Rabow e McPhee* (1999).

Para evitar que uma má notícia seja comunicada de forma ambígua ou incompleta, deixando o doente mal preparado perante uma situação adversa, *Narayanan, Bista e Koshy* propuseram também um protocolo simples em que a informação clínica é dada de forma organizada e estruturada em seis passos, à semelhança do Protocolo SPIKES - ver Tabela 4 (17).

Tabela 4 - Protocolo BREAKS

B - Background	Conhecer os antecedentes do doente, o seu historial clínico e familiares ou pessoas de apoio.
R - Rapport	Estabelecer uma relação empática e dar tempo e espaço para compreender as preocupações do doente.
E - Explore	Determinar a compreensão do doente e averiguar o seu conhecimento sobre a doença.
A - Announce	Emitir um sinal de aviso de comunicação de más notícias; iniciar o processo de comunicação da má notícia; utilizar linguagem não médica; evitar histórias longas ou de outros doentes; não dar mais do que três informações de cada vez.
K - Kindling	Esclarecer dúvidas; permitir que o doente expresse os seus sentimentos; fornecer esperança realista.
S - Summarize	Resumir as más notícias e as preocupações transmitidas pelo doente; dar informações breves e concisas sobre o tratamento e assegurar o acompanhamento.

Fonte: Adaptado a partir de *Narayanan, Bista e Koshy* (2010).

Mais recentemente, em 2021, *Mailankody* e *Rao* propuseram uma versão culturalmente adaptada, para a Índia, do protocolo SPIKES, por este ser mais adequado para a cultura ocidental. O protocolo apresentado, conhecido como PENS, assenta em quatro etapas: P - “*Patient preference*”; E - “*Explanation*”; N - “*Next appointment*” e S - “*Support and summary*” (Tabela 5). É sustentado por princípios éticos que incidem na exploração das preferências do doente, no início da conversa, validando o respeito pela autonomia, na garantia de que a comunicação do médico é honesta, positiva, centrada no doente, dada em tempo útil e de que a próxima consulta e o apoio/resumo respeitem o princípio da beneficência (7).

Tabela 5 - Protocolo PENS

P - Patient preference	Envolver o doente na conversa sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, ou um membro da família, indicado por ele, caso o doente recuse participar; aconselhar os familiares a envolver o doente no processo de decisão, o mais cedo possível, sobretudo se a doença tiver um bom prognóstico; explorar as preferências dos doentes em cada consulta de oncologia.
E - Explanation	Prestar informações factuais e relevantes sobre a doença com termos não técnicos no que respeita ao diagnóstico, às opções de tratamento e apresentar os custos financeiros; fornecer informação significativa na primeira parte da conversa, quando o doente está mais recetivo; adiar a discussão sobre quimioterapia, efeitos adversos ou a frequência de seguimento para consultas posteriores para que o doente possa organizar os seus pensamentos e esclarecer as suas dúvidas.
N - Next appointment	Marcar a próxima consulta no prazo máximo de duas semanas; informar o doente/família que as suas dúvidas serão todas esclarecidas nessa consulta e incluí-los no planeamento do tratamento.
S - Support and summary	Responder com empatia às emoções do doente/família; oferecer apoio (por exemplo através de serviços de psico-oncologia); resumir os principais pontos da discussão antes de terminar a consulta.

Fonte: Adaptado a partir de *Mailankody* e *Rao* (2021).

Os autores, estabelecendo a comparação com os protocolos SPIKES, ABCDE e BREAKS, consideram que o PENS é uma forma abreviada, mas eficaz, de, na era atual dos cuidados personalizados e centrados no doente, comunicar más notícias a doentes oncológicos, não em contexto de internamento hospitalar, mas nas consultas externas, num meio socioeconómico e cultural específico, como é o da Índia, em que apenas uma percentagem ínfima de doentes (3%) tem acesso a cuidados paliativos. O protocolo PENS, contrariamente aos demais protocolos, não refere o momento “pré-protocolo”, com intervenções relacionadas com a preparação do ambiente, a anamnese do doente e a privacidade (7).

Em suma, face à complexidade do processo de comunicação de más notícias, vários esforços têm vindo a ser desenvolvidos na definição de normas de orientação que apoiem os médicos nesta emotiva tarefa e que possibilitem reduzir o impacto emocional e psicológico no doente oncológico. Um aspeto comum entre os diferentes protocolos apresentados é a utilização de um acrónimo ou mnemónica que permita a memorização do conjunto de etapas sequenciais por parte de quem o aplica, na maioria dos casos, por parte da equipa médica. Apesar do número de etapas, que podem variar de quatro a seis, todos os protocolos estão orientados para o doente e incluem o momento em que é dada a informação e o lidar com o impacto da notícia no doente e/ou familiares. Por outro lado, todos os protocolos realçam a importância da valorização das emoções, etapa fundamental para a concretização de uma relação de ajuda e terapêutica vantajosa no acompanhamento do doente.

Por fim, é de referir que o desenvolvimento dos diferentes protocolos tem em consideração os aspetos culturais de cada comunidade, no que respeita à forma como se deve transmitir a informação aos doentes, daí a necessária adaptação cultural dos mesmos para uma maior efetividade de todo o processo. Para além disso, a formação dos médicos deve ter por base as diretrizes comuns em todos os protocolos abordados: a preparação do doente e do ambiente, a revelação de acordo com as necessidades e desejos do doente, o apoio emocional e o resumo de toda a informação fornecida.

Sendo a comunicação de más notícias comum na prática clínica e uma competência necessária para uma efetiva relação médico-doente, pretende-se avaliar a percepção dos médicos quanto à forma de comunicar más notícias a pessoas com doença oncológica e às suas competências de relação de ajuda e comunicacionais, bem como estudar as expectativas/preferências dos doentes e seus familiares na receção dessas mesmas notícias. Para a concretização deste estudo é feita uma revisão sistemática da literatura, partindo da seguinte questão de investigação: “Qual a percepção dos médicos e dos doentes oncológicos sobre o processo de comunicação de más notícias?”.

2. Metodologia

2.1 Procedimento

Para a realização do presente trabalho, optou-se por uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), por se tratar de uma metodologia válida na compilação e análise de um grande conjunto de estudos existentes sobre um tema de investigação. Segundo o *Cochrane Handbook*, uma revisão sistemática da literatura “*seek to collate evidence that fits pre-specified eligibility criteria in order to answer a specific research question. They aim to minimize bias by using explicit, systematic methods documented in advance with a protocol*” (18). Quando corretamente elaborada, uma RSL apresenta diversas vantagens em relação a uma revisão narrativa tradicional, na medida em que visa reduzir o viés por meio do recurso a métodos explícitos que permitem a realização de uma pesquisa bibliográfica abrangente, a avaliação crítica dos estudos individuais e a utilização de uma metodologia sistemática, transparente e replicável. A RSL permite, partindo de métodos sistemáticos e de uma questão de investigação previamente definidos, selecionar artigos, avaliar a sua qualidade, para de seguida extrair os dados, sintetizar os resultados e avaliar a qualidade da evidência (19).

Esta RSL baseou-se nas diretrizes predefinidas por *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), com as atualizações constantes da nova versão (20). De 15 de maio a 15 de junho de 2023, foi efetuada a pesquisa em bases de dados eletrónicas, nomeadamente:

- *Pubmed* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
- *Web of Science* (<https://www.webofscience.com/>)
- *SciELO* (<https://www.scielo.org/>)
- *Scopus* (<https://www.scopus.com/>)

Para a busca, foram utilizados os descritores apresentados e agrupados de acordo com a expressão booleana (*breaking bad news*) **AND** (*cancer*) **AND** (*breaking bad news protocols*) **OR** (*patients’ preferences*) **OR** (*physician’s skills*), assim como a expressão booleana em português (*comunicação de más notícias*) **AND** (*canço*) **AND** (*protocolos de comunicação de más notícias*) **OR** (*preferências dos pacientes*) **OR** (*competências médicas*).

2.2 Formulação da questão de investigação

Para a construção da questão de investigação, foram utilizados os termos de pesquisa de acordo com a terminologia PICO, através de descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) e as palavras-chave enunciadas no ponto anterior, o que conduziu à questão norteadora da presente revisão: “Qual a percepção dos médicos e dos doentes oncológicos sobre o processo de comunicação de más notícias?” (ver Tabela 6).

Tabela 6 - Critérios para a formulação da questão de investigação da RSL

Terminologia de pesquisa	Descrição dos termos de pesquisa
P - Participantes/População	Emissores (médicos) e recetores (doentes oncológicos e seus familiares) de processos de comunicação de más notícias.
I – Intervenção	Estudo da percepção dos emissores e recetores de más notícias.
C - Controlo ou comparação	Efetividade na comunicação de más notícias.
O – Resultados	Conotação negativa ou positiva da percepção dos emissores e recetores de más notícias relativamente à forma de transmissão da informação e competências de relação de ajuda e comunicacionais.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os estudos completos publicados em revistas científicas em inglês, português ou espanhol foram considerados elegíveis para inclusão, do ano de 2013 a 2023. Ao adotar a estrutura PICO (participantes/população, intervenção, controlo/comparação e resultados), foram estabelecidos os demais critérios de inclusão e exclusão para esta RSL.

Na Tabela 7, apresentam-se os critérios de inclusão e exclusão utilizados na amostra final sendo que, para esta seleção, foi efetuada a leitura do título, do resumo e, sempre que necessário, do texto integral.

Tabela 7 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos seleccionados

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Artigos disponíveis integralmente ou com acesso através da faculdade na <i>Pubmed</i>, <i>Web of Science</i>, <i>Scielo</i> e <i>Scopus</i>; • Artigos em inglês, português e espanhol; • <i>Randomized controlled trials</i> (RCT), estudos experimentais sem randomização, estudos de coorte e casos-controlo, estudos observacionais sem grupos de controlo, como os transversais e séries de casos; • Artigos com referência ao processo de comunicação de más notícias em que os participantes sejam médicos e/ou doentes oncológicos e seus familiares; • Artigos com referência ao uso de protocolos para a comunicação de más notícias por parte da equipa médica; • Data de publicação dos artigos compreendida entre janeiro de 2013 e abril de 2023. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos que não apresentem resumo ou que apenas apresentem resumo; • Artigos duplicados; • Artigos noutras línguas, além das consideradas nos critérios de inclusão; • Artigos em que a população em estudo não englobe médicos e/ou doentes oncológicos; • Artigos de revisão (revisões sistemáticas da literatura, meta-análises); • Estudos publicados antes de 2013.

2.4 Seleção dos estudos

Da consulta das bases de dados eletrónicas referidas anteriormente, obtiveram-se 236 resultados de estudo e 1 resultado adicional identificado noutras fontes por pesquisa cruzada (LILACS/revista da especialidade). De entre os resultados obtidos, foram removidos os estudos duplicados, os que não estavam disponíveis na íntegra, os artigos não publicados em inglês, português e espanhol e fora do período que medeia os anos 2013 e 2023. É de referir que não foram utilizados expansores de pesquisa em nenhuma das bases de dados consultadas.

De seguida, seleccionaram-se os artigos com título e *abstract* no âmbito do tema escolhido (84 estudos), excluindo os artigos de revisão (revisões sistemáticas da literatura e meta-análises) e cuja população em estudo diferisse da pretendida, sendo que 37 artigos não cumpriam estes critérios. Os 47 artigos considerados relevantes foram posteriormente lidos na íntegra e avaliados para elegibilidade. Após avaliação do conteúdo integral desses estudos e aplicando os critérios de qualidade, 14 foram incluídos na presente RSL. Na Figura 1 é apresentado o fluxograma, de acordo com a metodologia PRISMA, descrevendo cada uma das fases até se atingir o número final de artigos incluídos na presente RSL.

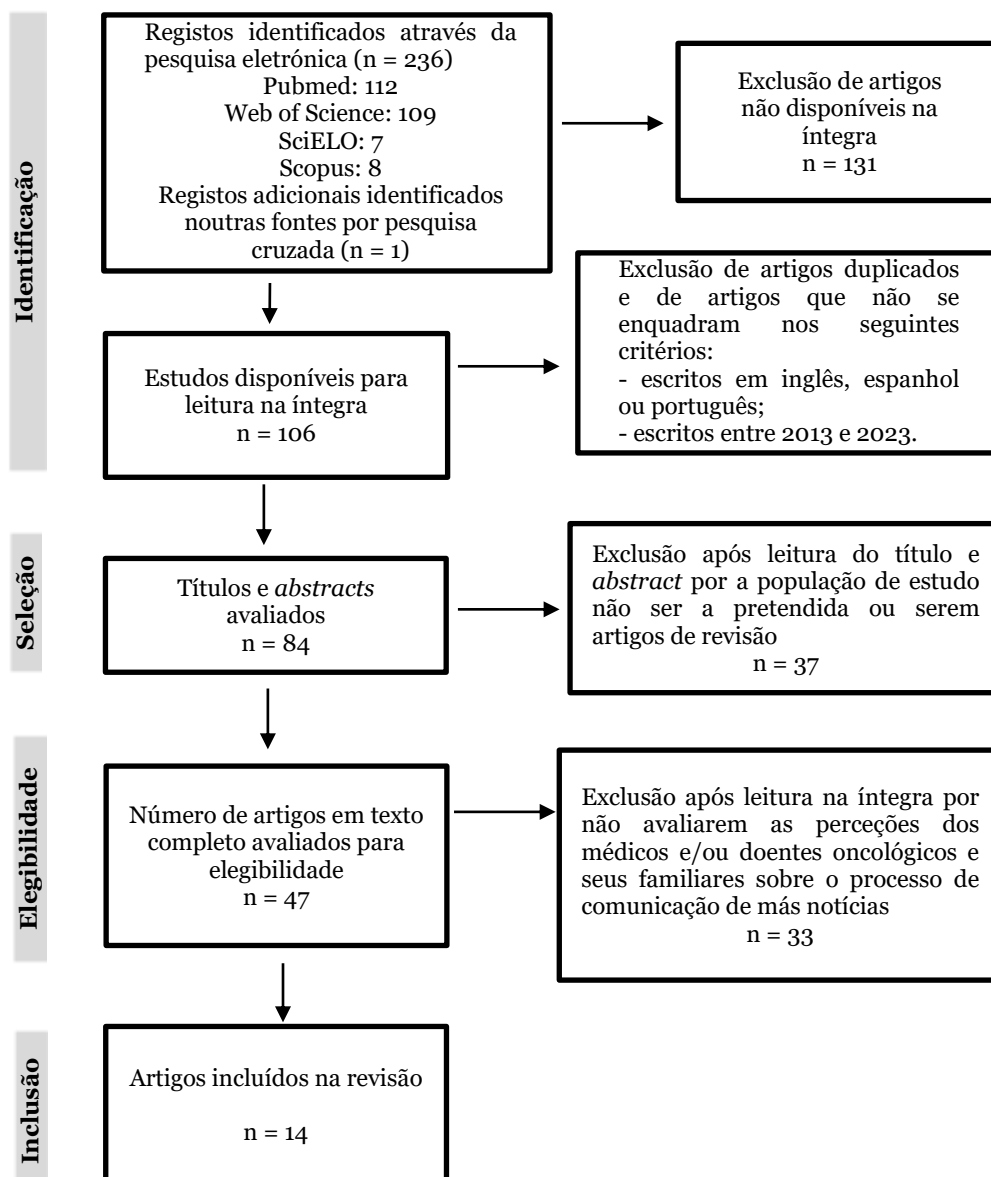


Figura 1 - Processo de seleção dos artigos (Metodologia PRISMA)

2.5 Avaliação da qualidade metodológica dos artigos

Para decidir sobre a inclusão dos artigos na presente RSL, foi utilizada a ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), ver Anexo 1, que permite avaliar a qualidade metodológica dos estudos observacionais (19). Assim, para cada artigo com texto completo avaliado para elegibilidade, foi aplicada uma lista de verificação que contém 22 itens, referentes à análise do título, *abstract*, introdução, métodos, resultados e discussão. A verificação efetuada permitiu concluir que cada estudo incluído nesta dissertação atende às recomendações da ferramenta STROBE na maioria dos itens, o que irá permitir uma melhor interpretação e reprodução dos resultados.

3. Resultados

3.1 Características gerais dos estudos incluídos

O processo utilizado para a extração de dados foi realizado com apoio de uma tabela que inclui os seguintes dados relativos a cada estudo: autor(es), ano de publicação, país de origem, título do artigo, objetivo(s), participantes e métodos utilizados (ver Tabela 8).

No total foram revistos 14 estudos que avaliam a forma como os médicos comunicam as más notícias e as preferências e satisfação dos doentes (21-34). Os estudos analisados foram publicados entre 2014 e 2022, destacando-se o ano de 2022 com 6 artigos. Regista-se alguma heterogeneidade geográfica e cultural, uma vez que três estudos foram realizados no Irão (23,30,31), três na Alemanha (24,28,34), três no Brasil (25-27) e um estudo em cada um dos seguintes países: Arábia Saudita (21), Índia (22), Polónia (29), Grécia (32) e Malásia (33).

Relativamente ao tipo de estudo, a presente RSL integra dez estudos qualitativos (22,24-29,31,32,34), três quantitativos transversais (23,30,33) e um *mixed-methods study* (21).

No que concerne à questão que orienta a investigação ou aos objetivos do estudo, oito estudos abordam as preferências dos doentes e avaliam a qualidade da comunicação de más notícias, quando a consulta é baseada no protocolo SPIKES (21,23,25,27-29,33,34); três abordam a dinâmica da comunicação de más notícias, por parte dos médicos, quanto ao uso de protocolos e principais dificuldades evidenciadas neste processo (26,30,32); um avalia a utilização de um protocolo abreviado, baseado no protocolo SPIKES, na perspetiva de doentes oncológicos e médicos (22); um faz uma análise exploratória das experiências subjetivas, reações e preferências dos doentes quando recebem a má notícia do seu diagnóstico de cancro (24) e, por último, foi ainda incluído um estudo que explora as perceções e preferências dos doentes, famílias, médicos e enfermeiros, na revelação de um diagnóstico de cancro (31).

Quanto ao idioma, os estudos incluídos encontram-se na sua maioria em inglês (21-25,29-34), com apenas três artigos redigidos em português (26-28).

Tabela 8 - Caracterização dos estudos incluídos na RSL

Autores (Ano) País de Origem (Referência)	Nome do estudo	Objetivo(s)/Participantes/Métodos
<p><i>Al-Johani et al.</i> (2022) Arábia Saudita (21)</p>	<p><i>Breaking Bad News of a Cancer Diagnosis: A Mixed-Methods Study of Patients' Perspectives</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as preferências e a satisfação dos doentes utilizando o protocolo SPIKES. - 241 doentes com cancro, sexo masculino e feminino, com mais de 18 anos. - Métodos mistos com duas fases: entrevista em profundidade (análise qualitativa), que incluiu 19 doentes, e inquérito transversal (análise quantitativa), abrangendo 222 doentes.
<p><i>Mailankody et al.</i> (2022) Índia (22)</p>	<p><i>PENS approach for breaking bad news in the oncology outpatient setting: a real-world report</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar um protocolo PENS abreviado para a comunicação de más notícias em ambientes de ambulatório de Oncologia. - 4 oncologistas e 50 doentes com cancro que desconheciam o seu diagnóstico. - Os oncologistas utilizaram a abordagem PENS e registaram a duração da sessão de comunicação de más notícias. Os doentes preencheram um questionário de seis itens para avaliar a aceitabilidade do protocolo e os médicos também preencheram um questionário de quatro itens sobre o seu nível de conforto e satisfação com a abordagem PENS.
<p><i>Naderi Nabi et al.</i> (2022) Irão (23)</p>	<p><i>Physicians' Skills in Breaking Bad News to Patients With Cancer Using SPIKES Protocol</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a forma como o protocolo SPIKES foi seguido pelos médicos. - 280 doentes com cancro, com mais de 18 anos e capacidade de comunicação adequada. - Estudo transversal descritivo, com aplicação do questionário SPIKES padrão, composto por 12 perguntas em 6 secções, através de uma entrevista presencial.
<p><i>Krieger et al.</i> (2022) Alemanha (24)</p>	<p><i>Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar profundamente as experiências subjetivas, reações e preferências dos doentes com cancro quando recebem o diagnóstico de cancro. - 23 doentes que se inscreveram no novo programa integrado e intersectorial de cuidados psico-oncológicos "isPO". - Os dados foram recolhidos, entre abril de 2020 e março de 2021, através de entrevistas telefónicas, devido à pandemia de COVID-19, que foram integralmente gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Dois investigadores codificaram as transcrições de forma independente, aplicando a análise de conteúdo indutiva e utilizando o MAXQDA 2018.

Autores (Ano) País de Origem (Referência)	Nome do estudo	Objetivo(s)/Participantes/Métodos
Melo et al. (2022) Brasil (25)	<i>Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a qualidade de comunicação de más notícias realizada por médicos, na perspetiva de doentes em finitude, dos que recebem cuidados paliativos e dos que estão em distanásia. - 234 doentes com cancro, em processo de finitude, divididos em dois grupos: 117 em cuidados paliativos (Grupo 1) e 117 em distanásia (Grupo 2). - Aplicação de dois questionários, um biodemográfico e outro de avaliação da comunicação, analisados por meio de estatística descritiva e bivariada - “Questionário de Avaliação da Comunicação de Más Notícias por Médicos e Pacientes em processo de morte”, composto por 19 itens e suporte parcial do protocolo SPIKES.
Ferraz et al. (2022) Brasil (26)	<i>Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dinâmica da comunicação de más notícias, quanto ao uso de protocolos específicos e às principais dificuldades vivenciadas, bem como identificar a influência da comunicação na relação médico-doente. - 12 médicos dos serviços de Oncologia e de Cuidados Paliativos. - Estudo exploratório, descritivo, com metodologia qualitativa, em que se utilizaram um questionário sociodemográfico e profissional, e um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores. Realizaram-se 12 entrevistas aos médicos, que foram gravadas e transcritas para posterior análise.
Cruvinel et al. (2021) Brasil (27)	<i>Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não-verbal no recebimento de más notícias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não-verbal quando recebem más notícias. - 15 pacientes em tratamento oncológico. - Estudo qualitativo, através de entrevistas narrativas, com um instrumento composto por 10 questões semiestruturadas elaboradas com base no protocolo SPIKES. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Os dados deste estudo foram organizados por meio da investigação do corpus das entrevistas, com base na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizada pelo software IRAMUTEQ.
von Blanckenburg et al. (2020) Alemanha (28)	<i>Assessing patients’ preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um questionário baseado no protocolo SPIKES para detetar as preferências dos doentes relativamente à comunicação de más notícias. - 336 doentes oncológicos, maiores de 18 anos, com conhecimentos suficientes da língua alemã e capacidade clínica e funcional. - Aplicação do questionário de autoavaliação MABBAN (<i>Marburg Breaking Bad News Scale</i>). Os itens do questionário foram gerados para representar as seis subescalas do protocolo SPIKES e incidem sobre o procedimento, a percepção e a satisfação relativamente à comunicação do diagnóstico, de acordo com as etapas do SPIKES e as preferências dos doentes relativamente às etapas recomendadas nesse protocolo.

Autores (Ano) País de Origem (Referência)	Nome do estudo	Objetivo(s)/Participantes/Métodos
<p><i>Marschollek et al.</i> (2019) Polónia (29)</p>	<p><i>Oncologists and Breaking Bad News- From the Informed Patients' Point of View. The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a implementação do protocolo SPIKES durante a primeira revelação de um diagnóstico de neoplasia maligna na perspetiva dos doentes. - 226 doentes oncológicos. - Foi aplicado um inquérito anónimo por meio do preenchimento de um questionário constituído por 17 questões relativas às etapas consecutivas do protocolo SPIKES.
<p><i>Mostafavian e Shaye</i> (2018) Irão (30)</p>	<p><i>Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade e as competências dos médicos na comunicação de más notícias aos doentes com cancro. - 70 médicos especialistas. - Estudo transversal, com amostragem por conveniência, em que o instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado em duas partes: a primeira constituída por 8 questões socioprofissionais e a segunda por 16 questões sobre a comunicação de más notícias nos domínios psicológico e ambiental. Cada grupo de questões baseou-se no protocolo SPIKES.
<p><i>Abazari et al.</i> (2016) Irão (31)</p>	<p><i>Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar as perceções e preferências dos doentes, das suas famílias, dos médicos e dos enfermeiros, na revelação do diagnóstico de cancro. - 35 participantes, dos quais 15 doentes oncológicos, 6 familiares, 9 médicos e 5 enfermeiros. - Método qualitativo descritivo, com amostragem intencional. Os dados foram recolhidos de outubro de 2014 a junho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade, com duração variável de 30 a 120 minutos.
<p><i>Konstantis e Exiara</i> (2015) Grécia (32)</p>	<p><i>Breaking Bad News in Cancer Patients</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar a experiência e a formação dos médicos na comunicação de más notícias a doentes oncológicos. - 59 médicos especialistas, que na sua prática diária tratam de doentes com cancro. - Para a recolha dos dados, foi elaborado um questionário com base no protocolo SPIKES e mnemónica ABCDE, composto por 20 itens que avaliam a formação, o tempo dedicado, as características do espaço e o conhecimento dos médicos sobre protocolos de comunicação de más notícias. Foram excluídos 10 médicos da amostra inicial por não responderem a todos os itens do questionário.

Autores (Ano) País de Origem (Referência)	Nome do estudo	Objetivo(s)/Participantes/Métodos
<p>Bain, Lian e Thon (2014) Malásia (33)</p>	<p><i>Breaking bad news of cancer diagnosis - Perception of the cancer patients in a rural community in Malaysia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as perceções dos doentes sobre a comunicação de más notícias durante o diagnóstico de cancro. - 134 doentes oncológicos. - Estudo transversal, com amostragem em bola de neve, com uma amostra inicial de 170 pessoas baseada num estudo-piloto realizado e calculada com recurso ao software PS. Para a recolha de dados, foi utilizado o questionário <i>Breaking Bad News Assessment Schedule</i> (BAS), composto por 23 perguntas agrupadas em cinco secções: preparar o ambiente, comunicar as más notícias, suscitar preocupações, dar informações e considerações gerais.
<p>Seifart et al. (2014) Alemanha (34)</p>	<p>Breaking bad news - what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as etapas recomendadas pelo protocolo SPIKES e investigar as consequências emocionais e a qualidade da comunicação de más notícias. - 350 doentes oncológicos em regime de internamento e ambulatório. - Aplicação do questionário de autoavaliação MABBAN (<i>Marburg Breaking Bad News Scale</i>), que representa as seis subescalas do protocolo SPIKES e apresenta itens sobre o procedimento, a perceção e a satisfação relativamente à comunicação do diagnóstico, de acordo com as etapas do SPIKES e as preferências dos doentes relativamente às etapas recomendadas nesse protocolo.

3.2 Análise dos principais resultados

Os principais resultados e limitações de cada estudo da presente RSL encontram-se sintetizados na Tabela 9.

De forma a clarificar a avaliação dos resultados, os mesmos foram divididos em cinco secções: protocolos utilizados, fatores associados à abordagem do médico, fatores associados às preferências dos doentes, aspetos a melhorar na comunicação de más notícias e principais limitações dos estudos incluídos.

3.2.1 Protocolos de comunicação de más notícias utilizados

Na maioria dos estudos da presente RSL, o protocolo SPIKES surge como o mais conhecido e utilizado para avaliar, por um lado, as habilidades e competências dos médicos na comunicação de más notícias (30,32) e, por outro, as preferências e a satisfação dos doentes oncológicos (21,23,25,27,29). Apoiada também no protocolo SPIKES, foi utilizada, em dois estudos, uma escala de autoavaliação (MABBAN - *Marburg Breaking Bad News Scale*) que permitiu concluir que existem diferenças significativas entre as preferências dos doentes e a forma como as más notícias são comunicadas, que serão apresentadas na secção 3.2.3, gerando uma baixa satisfação por parte dos mesmos (28,34).

O estudo realizado por *Mailankody et al.* procurou avaliar o protocolo PENS em ambientes de ambulatório de Oncologia (22). Os autores concluíram que se trata de um instrumento prático e abreviado para a comunicação de más notícias por parte dos médicos, conveniente para facilitar a gestão das suas cargas consideráveis de trabalho (elevado número de consultas diárias). Além disso, verificou-se que a maioria dos médicos se sentiu confiante na utilização desta nova abordagem.

Krieger et al. levaram a cabo um estudo aplicado a doentes que se inscreveram num programa integrado e intersetorial de cuidados psico-oncológicos (“*isPO*”). Apesar do estudo não ter por base nenhum protocolo, seguiu explicitamente os passos do protocolo SPIKES e os resultados sugerem a necessidade de melhorar a integração da perspectiva dos doentes no processo de comunicação de más notícias (24).

No estudo de Ferraz et al. os resultados obtidos permitiram avaliar a forma como os médicos oncologistas e paliativistas comunicam as más notícias, recorrendo ou não ao uso de protocolos, nomeadamente ao SPIKES, e de que forma esse processo influencia a

relação médico-doente. Concluíram que os protocolos possibilitam maior assertividade e clareza na condução da consulta, melhorando a comunicação entre médico e doente (26).

Abazari et al. procuraram explorar as percepções e as preferências na revelação de um diagnóstico de cancro, tendo em conta o estabelecimento de uma base para comunicar as más notícias. Os resultados apontam para a necessidade do desenvolvimento de um protocolo prático e adaptado à cultura do país (31). Já no estudo desenvolvido por *Bain, Lian e Thon*, a aplicação do questionário BAS (*Breaking Bad News Assessment Schedule*) permitiu avaliar as percepções dos doentes oncológicos, não tendo por base nenhum protocolo. Este estudo conseguiu aferir que a maioria dos doentes participantes tem uma percepção favorável da capacidade dos seus médicos para comunicar as más notícias (33).

3.2.2 Fatores associados à abordagem do médico

Os estudos evidenciaram que a abordagem de más notícias pelos médicos é concretizada mediante o uso de protocolos ou não, mas com o recurso a aspetos considerados importantes para os doentes, tais como uma comunicação clara e tendo em consideração os seus sentimentos. Os médicos reconhecem que não têm formação suficiente para comunicar más notícias e, por vezes, em contexto da prática clínica, admitem ter pouco acesso a informação sobre protocolos específicos (26,30,32).

No estudo de Ferraz et al. os médicos consideraram que o uso de protocolos permite uma organização didática dos principais pilares do processo da comunicação de más notícias, por um lado, e um respaldo emocional que melhora a relação médico-doente, por outro (26). Nesse mesmo estudo, os médicos inquiridos referiram fatores extrínsecos e intrínsecos que dificultam a comunicação de más notícias. O ambiente, o tempo e o elevado número de doentes foram apontados como fatores extrínsecos. O vínculo estabelecido entre médico e doente, mais difícil quando possuem um relacionamento mais próximo e com doentes mais jovens, e os sentimentos médicos de não corresponder às expectativas, ou se frustrar pela situação vivenciada, foram considerados fatores intrínsecos.

Os resultados obtidos no estudo de *Mostafavian e Shaye* revelaram que existe uma relação significativa entre os médicos que vivenciaram uma doença grave na primeira pessoa e/ou de familiares próximos e o aumento do apoio emocional aos seus doentes (30). Nesse estudo, a maioria dos médicos consideraram ser importante que a abordagem de más notícias fosse feita em privado e que fosse dada uma esperança relativa aos doentes, por se mostrarem preocupados com a sua esperança de vida. Também referiram

que deveriam ser avaliados os conhecimentos dos doentes sobre a doença antes de transmitirem a informação.

Konstantis e Exiara constataram que os médicos preferem informar primeiro os familiares do doente com cancro, o que pode indicar a falta de confiança no seu papel de portadores de más notícias ou incapacidade de resposta às emoções e reações do doente. Apenas uma pequena percentagem de médicos se senta perto dos doentes ou estabelece contacto físico, o que, de acordo com o protocolo SPIKES e outras diretrizes, pode ter um efeito negativo na relação médico-doente (32). Os resultados deste estudo apontaram ainda para uma maior dificuldade dos médicos em comunicar o diagnóstico de cancro e discutir o prognóstico, e uma menor dificuldade em abordar o fim do tratamento e a remissão.

3.2.3 Fatores associados às preferências dos doentes

Mailankody et al. constataram no seu estudo que o nível de educação do doente se encontra inversamente correlacionado com a sua satisfação (22). Concluíram ainda que o grau de instrução do doente altera as prioridades numa sessão de comunicação, com os doentes mais instruídos a preferirem uma sessão mais orientada para os problemas do que para a componente emocional. Por outro lado, o tempo despendido na sessão não é o principal fator para decidir a eficácia da mesma. A sessão deve apresentar tempo suficiente para receber as más notícias com privacidade e num ambiente tranquilo (21,29,31,34), e também permitir ao doente exprimir emoções, discutir a sua doença, hipóteses de cura, terapêutica e estimativa realista de sobrevida (33). Foi constatado que quer doentes mais jovens, quer doentes do sexo feminino necessitam de obter explicações mais elaboradas e coerentes sobre a doença, enquanto que os doentes com um nível de instrução mais baixo preferem as informações sobre a evolução da mesma (34).

No estudo de *Naderi Nabi et al.*, foi verificado que os doentes com idades mais avançadas e aqueles que tinham níveis de escolaridade mais baixos apresentavam uma probabilidade significativamente maior em afirmar que a linguagem dos médicos não era compreensível, que os médicos não os compreendiam e não os apoiavam emocionalmente (23). Por outro lado, estavam insatisfeitos com os seus conhecimentos sobre a doença e o resumo do planeamento do tratamento, pelo que deverá ser dada atenção especial a estes grupos de doentes. Em *Marschollek et al.*, os doentes mais velhos consideraram a linguagem do médico mais abrangente, tendo-se verificado uma relação estatisticamente significativa entre a compreensão da linguagem do médico e o grau de satisfação dos doentes com os seus conhecimentos sobre a doença e o seu acompanhamento (29).

Os resultados obtidos por *von Blanckenburg et al.* indicam que as preferências dos doentes na comunicação de más notícias parecem variar principalmente de acordo com as características demográficas e menos de acordo com a fase ou estadio da doença (28). Assim, parece ser importante a utilização do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias, mas também devem ser enfatizadas as preferências individuais, fazendo um acompanhamento personalizado e centrado no doente (21,28). Outros resultados obtidos apontam também para que a aplicação de protocolos e a aquisição de competências de comunicação sejam centradas nos doentes (24) e sejam, ainda, consideradas as suas perspetivas no processo de gestão da qualidade da comunicação de más notícias (24,34).

A religião e a espiritualidade aparecem também como fatores necessários para enfrentar melhor os momentos de dificuldade, como é a comunicação de um diagnóstico de cancro. A par da religião e da espiritualidade, o apoio familiar e uma equipa multidisciplinar são fundamentais para ajudar o doente neste processo (27,31). A equipa multidisciplinar deverá utilizar expressões ou palavras culturalmente apropriadas e de forma empática e ter em conta a forma como o cancro e a morte são entendidos em cada sociedade (31). A qualidade global da comunicação de más notícias está ainda significativamente relacionada com o estado emocional do doente após ter recebido o diagnóstico de cancro (34).

3.2.4 Aspetos a melhorar na comunicação de más notícias

Vários estudos da presente RSL concluíram que as competências dos médicos na comunicação de más notícias devem ser melhoradas. A formação pré e pós-graduada é apontada como imprescindível para promover essas competências, aumentar a confiança dos doentes e diminuir as preocupações e o incómodo dos médicos em situações difíceis, como a revelação de um diagnóstico de cancro. Constatou-se, assim, a necessidade de atualização dos currículos das escolas de medicina, que devem incluir técnicas, habilidades e protocolos de comunicação, como parte das competências fundamentais para a prática clínica e comunicação profissional de más notícias (26,30,32,33). A formação médica nesta área não só deverá servir para aprimorar habilidades comunicacionais, como também para personalizar o modo como é feita a comunicação, passando a valorizar aspetos sociais, emocionais e culturais, quer do doente quer do médico que o acompanha (27,31).

Avaliar a percepção do doente antes do conhecimento do diagnóstico (21,25,29) e as suas expectativas ou necessidades de informação, questionando-o sobre a sua preparação para a consulta (23,25,29,34), assegurando-se, em cada momento, da sua compreensão

(34), e fornecer um resumo escrito ao doente após a comunicação do diagnóstico de cancro (21,29), foram aspetos também referidos como áreas de melhoria para uma comunicação de más notícias mais eficaz.

3.2.5 Limitações dos estudos

Face ao reduzido número de estudos incluídos na presente RSL, num total de 14, com heterogeneidade cultural e algumas variações nas suas metodologias, dificultando a análise comparativa entre os mesmos, é possível concluir que há necessidade de uma maior clarificação sobre o tema. Além disso, não é possível a generalização dos resultados obtidos, devido à utilização de amostras reduzidas e com recurso a amostragem não probabilística.

Tabela 9 - Principais resultados e limitações dos artigos incluídos na RSL

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p><i>Al-Johani et al.</i> (21)</p>	<p>Análise qualitativa: A maioria dos participantes (63,2%) mencionou boas capacidades de comunicação verbal como a característica preferida do médico, seguida de dar esperança e eliminar preocupações (52,6%). Os doentes comentaram a preferência pela privacidade do ambiente (31,6%) e a presença de familiares (26,3%). A transmissão gradual da notícia foi o método preferido pela maioria dos doentes (57,9%). Relativamente à reação dos doentes no momento do diagnóstico, 9 ficaram chocados com a notícia, 6 não ficaram surpreendidos pois já esperavam o diagnóstico e 4 acreditam que a forma como é dada a notícia não altera a sua reação.</p> <p>Análise quantitativa: Os resultados da satisfação quanto à forma como as más notícias foram comunicadas não apresentam diferenças estatisticamente significativas em função do local do diagnóstico, sexo, estado civil, nível de escolaridade, rendimento, duração do diagnóstico, tipo de cancro ou antecedentes familiares.</p> <p>Nos itens do Protocolo SPIKES, as prioridades de melhoria com base na diferença entre satisfação e preferências dos doentes oncológicos situam-se ao nível da perceção do doente antes da entrega do diagnóstico (5,45), perguntar ao doente quais as informações que pretende saber antes de dar o diagnóstico (5,26) e explicação do médico sobre o diagnóstico (5,29). Os doentes consideram ainda como prioridade disponibilizar um resumo escrito após a comunicação do diagnóstico (7,39) e a disponibilização de um psicólogo nesta fase (5,01).</p>	<p>- A temporalidade e a causalidade não podem ser inferidas, dado se tratar de um estudo com um desenho transversal.</p> <p>- Devido à sua natureza retrospectiva, não foi possível eliminar a possibilidade de viés de memória.</p> <p>- Tamanho da amostra reduzido e não representativo da população em geral.</p>
<p><i>Mailankody et al.</i> (22)</p>	<p>O tempo médio de duração da sessão de comunicação de más notícias foi de 6,1 minutos.</p> <p>Conforme avaliado pela soma das pontuações das respostas, quarenta e três pacientes (86%) ficaram satisfeitos com a sessão. Dos sete (14%) que não ficaram satisfeitos, apenas três (6%) consideraram que a entrevista foi curta. Pela exploração dos aspetos individuais da sessão, a maioria dos doentes (94%) referiu estar satisfeita. Quarenta e nove (98%) entenderam a maior parte da conversa, ou pelo menos metade da comunicação. Apenas três doentes (6%) referiram ter ficado com muitas dúvidas após a sessão. Todos os doentes sentiram que o médico era acessível, interessado e disposto a ouvir os seus problemas. Dez doentes (20%) consideraram que o tempo da sessão foi demasiado curto. Após a sessão, trinta e seis doentes (72%) admitiram sentir-se iguais ou menos ansiosos do que antes da sessão. O nível de educação do doente foi inversamente correlacionado com a satisfação do doente.</p> <p>Não houve correlação significativa com outros fatores. Dos 4 oncologistas, 3 sentiram-se “muito à vontade” e 1 “algo à vontade” para utilizar esta nova abordagem e todos ficaram muito satisfeitos com a sessão de comunicação de más notícias. Além disso, 2 sentiram-se “muito confiantes” e 2 “algo confiantes” na identificação das emoções do doente.</p>	<p>- Estudo com uma amostra reduzida e heterogénea.</p> <p>- O protocolo requer validação numa amostra maior para maior aceitabilidade.</p>

Perceção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p><i>Naderi Nabi et al.</i> (23)</p>	<p>Dos 280 doentes entrevistados, todos afirmaram que, no momento de receber o diagnóstico, o médico estava calmo, sentado e sem pressa e estabeleceu contacto visual adequado, mas nenhum deles foi questionado sobre a sua preparação para falar da doença. Cerca de 61,1% consideraram que foram apoiados emocionalmente e 65,4% mostraram-se satisfeitos com o conhecimento da doença e o planeamento do tratamento.</p> <p>Os doentes do sexo feminino ($p=0,01$), com idade inferior a 65 anos e nível de escolaridade superior ($p=0,003$), apresentam uma probabilidade significativamente maior de afirmar que os doentes devem ser convidados para uma sala separada para comunicar as más notícias.</p> <p>Os doentes do sexo feminino e os doentes com idade superior a 65 anos apresentam uma probabilidade significativamente maior de querer ter um familiar presente quando recebem o diagnóstico ($p=0,0001$).</p> <p>Os doentes com idades mais avançadas e com níveis de escolaridade mais baixos apresentam uma probabilidade significativamente maior em afirmar que a linguagem dos médicos não é compreensível e que não são compreendidos nem apoiados emocionalmente pelos médicos ($p=0,0001$).</p> <p>Quanto ao que os pacientes sabiam sobre a sua doença, foi encontrada uma relação positiva entre as idades mais jovens ($p=0,0004$), a formação académica mais elevada ($p=0,0001$) e o sexo feminino ($p=0,008$).</p> <p>Quanto à duração da sessão de comunicação de más notícias, os doentes com idades inferiores a 65 anos e com habilitações académicas superiores ($p=0,0001$) mostraram-se mais satisfeitos com o tempo de conversa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo realizado em hospitais universitários, não incluindo os médicos do setor privado. - Dadas as diferenças culturais, religiosas e de crenças no Irão, a investigação deve ser realizada em diferentes regiões.
<p><i>Krieger et al.</i> (24)</p>	<p>A amostra incluía doentes com 13 tipos de tumores diferentes, dos quais o cancro da mama era o mais representativo (30%). Cada entrevista individual relativa às experiências de comunicação de más notícias foi de aproximadamente 20 minutos. Da entrevista, surgiram três temas principais a abordar: (1) experiências dos doentes com a comunicação de más notícias (contexto, modo, preparação e necessidades); (2) reações dos doentes às más notícias e (3) preferências dos doentes para receber más notícias.</p> <p>Quanto às experiências dos doentes na comunicação de más notícias, os doentes que receberam as más notícias sozinhos e telefonicamente foram negativamente afetados; a maioria dos entrevistados não foram preparados para receber a má notícia e consideraram que a forma como a informação clínica é comunicada é importante, devendo ser clara e transmitida calmamente, com palavras tranquilizadoras e orientadas para o futuro, sob a forma oral e escrita. Os doentes apreciam o facto de ser possível pedir uma segunda opinião quando a informação é dada em dois momentos diferentes, tendo assim tempo para se adaptarem; a decisão de tratamento ser partilhada com o médico e a entrega de um plano de tratamento personalizado.</p> <p>Quanto à reação dos doentes foram identificados 6 subtemas: o choque, o medo e impotência, a descrença e negação, a raiva e sentimento de injustiça, o agradecimento e a depressão.</p> <p>Relativamente às preferências dos doentes, foram referidos o apoio psico-oncológico, considerando que o mesmo deveria ser integrado nos cuidados oncológicos de rotina; responder às necessidades de informação, centradas no doente e com carácter orientador; apoio global dirigido para as necessidades, preferindo cuidados interdisciplinares abrangentes e orientados por uma equipa multidisciplinar competente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão apenas de doentes integrados no programa “isPO”, que “se sentiam preparados” para partilhar as suas perspetivas, o que pode ter resultado num enviesamento. - Amostra não probabilística, portanto qualquer generalização dos resultados ou comparação com outros doentes é limitada. - Desconhecimento sobre o facto se os médicos receberam formação, o grau em que aplicaram as competências adquiridas e se utilizaram um determinado protocolo.

Percepção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p>Melo et al. (25)</p>	<p>À amostra não probabilística de 234 doentes foi aplicado um questionário, cuja leitura e preenchimento foram realizados pelos investigadores, numa entrevista de duração média de 60 minutos. Da avaliação das seis etapas propostas pelo protocolo SPIKES, obtiveram-se os seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na etapa 1 - <i>“setting up the interview”</i>, composta por 5 questões (local onde a comunicação é realizada, nome do médico, função ou cargo ocupado pelo médico, oportunidade de ter um familiar presente e apoio médico), a maioria dos participantes avaliou positivamente os quatro primeiros itens e negativamente o item que diz respeito ao apoio recebido do médico (f93; 39,70%); - nas etapas 2 - <i>“perception”</i> e 3 - <i>“invitation”</i>, os itens foram avaliados negativamente pela maioria dos doentes, mostrando que o médico não questionou o doente sobre o que sabia acerca da doença antes de comunicar a má notícia (f120; 51,30%) e nem se estaria disposto a saber os resultados dos seus exames, diagnóstico e tratamentos (f145; 62%); - na etapa 4 - <i>“knowledge”</i>, os participantes avaliaram positivamente todos os itens sobre a forma como foi transmitida a informação: de forma clara e sem utilizar muitos termos técnicos (f209; 89,30%); não foram usadas expressões que provocaram medo (f186; 79,50%); foi questionado o doente se estava a entender o que estava a ser dito (f165; 70,50%); foram esclarecidas todas as dúvidas (f212; 90,60%) e foi referido que ainda há mais a fazer pelo doente (f201; 85,90%). - nas etapas 5 - <i>“emotions”</i> e 6 - <i>“strategy and summary”</i>, os itens foram avaliados positivamente pela maioria dos doentes, mostrando que o médico os questionou sobre o que estavam a sentir (f=138; 59%); deu-lhes tempo para expressar os sentimentos (f=142; 60,7%); entendeu o que os doentes estavam a sentir (f=141; 60,3%); proporcionou que tomassem decisões em conjunto (f198; 84,6%); apresentou um resumo de todas as informações (f=165; 70,5%) e, no final, permitiu que fossem esclarecidas todas as dúvidas (f=205; 87,6%). A avaliação do grau de satisfação sobre como os médicos conduzem o processo de comunicação de más notícias foi considerada muito boa (f=110; 47%) e boa (f=92; 39,3%) pela grande maioria dos doentes. <p>Estabelecendo comparação entre os dois grupos amostrais, constatou-se que na etapa 1 obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolha do local e apoio, mais valorizados pelos doentes em distanásia, e a possibilidade de estar presente um familiar, no caso dos doentes dos cuidados paliativos.</p> <p>Na etapa 2, os doentes com distanásia julgaram que os médicos procuram saber mais a percepção que os doentes têm sobre a doença.</p> <p>Na etapa 4, os doentes dos cuidados paliativos avaliam melhor os seus médicos no que concerne ao evitamento de expressões que possam assustar o doente, na verificação do entendimento da informação transmitida e explicando o que mais se pode fazer.</p> <p>Na etapa 5, os médicos dos cuidados curativos foram melhor avaliados no que diz respeito ao tempo para expressar os sentimentos, enquanto que os médicos dos cuidados paliativos são mais participativos na decisão terapêutica com a família.</p> <p>Na etapa 6, verificou-se uma melhor avaliação dos cuidados paliativos, no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas no final do processo de comunicação de más notícias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra limitada a duas cidades e, por isso, não representativa da população brasileira. - Os dois grupos tiveram como referência as experiências com profissionais distintos (médicos responsáveis pelos cuidados paliativos e médicos oncologistas).

Percepção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p>Ferraz et al. (26)</p>	<p>O conteúdo das entrevistas foi dividido em três categorias temáticas: abordagem de más notícias, dificuldades na comunicação de más notícias e influência da comunicação na relação médico-doente. A maioria dos médicos relatou conhecer apenas o protocolo SPIKES e os restantes não conheciam nenhum protocolo. Quanto à formação académica voltada para a comunicação de más notícias, os entrevistados relataram ter tido pouca ou nenhuma discussão sobre o tema, bem como acesso aos protocolos. A opinião dos médicos sobre a utilidade de protocolos, como o SPIKES, fundamentou-se na sua organização didática dos principais pilares em que se baseia uma transmissão de más notícias, procurando causar o menor efeito negativo possível ao doente. A respeito das circunstâncias de trabalho, registaram-se uma sobrecarga de doentes no serviço, a pouca disponibilidade de tempo nas consultas e um ambiente inapropriado em termos de acolhimento. Os médicos descrevem como é extremamente difícil comunicar más notícias a doentes que acompanham há mais tempo, com os quais possuem um relacionamento mais próximo e a doentes mais jovens. Outro impasse relacionado com o vínculo médico-doente-família deve-se ao facto de a família constituir um fator impeditivo para uma comunicação mais direta. Os sentimentos médicos de diminuir a esperança e as expectativas do doente em relação ao futuro ou ainda sentir, numa perspetiva curativista, que houve fracasso nas competências médicas e da própria medicina, podem repercutir-se na comunicação da má notícia, gerando a não compreensão da situação real da doença. Não houve consenso nas entrevistas relativamente à dificuldade de os médicos abordarem a questão da morte. Os médicos consideram que o tipo de comunicação verbal e não-verbal é significativo para que o doente compreenda o seu diagnóstico e aceite tratamentos futuros. Aspetos como a empatia, honestidade e coerência, a compaixão, ainda que delimitada a uma vivência que não pertence ao médico, a expressão corporal e o contacto visual influenciam a relação médico-doente.</p>	<p>- Amostra pequena, visto que este estudo se limita à visão dos médicos de um hospital e de especialidades selecionadas.</p>
<p>Cruvinel et al. (27)</p>	<p>Através da metodologia utilizada foram gerados quatro <i>clusters</i> subdivididos em dois grupos: o primeiro grupo abrange o <i>cluster</i> 1 “Diálogo, atenção e sinceridade como percepções positivas no momento do diagnóstico” e o <i>cluster</i> 2 “A fé como sustentação para momentos difíceis” e o segundo grupo o <i>cluster</i> 3 “Dificuldades impostas ao doente pelo desconhecimento do diagnóstico” e <i>cluster</i> 4 “A compreensão do doente da linguagem utilizada pelo médico”. O <i>cluster</i> 3 foi aquele que apresentou maior representatividade (38,71%), evidenciando a insatisfação do doente quando o médico não o esclareceu quanto ao seu estado de saúde, retardando a informação do diagnóstico para uma próxima consulta ou ainda redirecionando esta atribuição para outro médico. O segundo <i>cluster</i> com maior representatividade foi o <i>cluster</i> 4 (21,66%), em que foi referido que os doentes consideram adequada a linguagem utilizada pelo médico, contudo alguns consideram que deveria ser mais clara e com menos termos técnicos. No <i>cluster</i> 1, com representatividade de 21,2%, os doentes referiram que preferem ser informados sobre a sua doença com honestidade e atenção. Infere-se ainda que os doentes ao receberem o diagnóstico, desejam que este seja realizado levando em conta as suas singularidades. Os doentes pouco abordaram a questão da linguagem não-verbal (olhar atento, gestos de empatia e preocupação). O <i>cluster</i> com menor representatividade foi o <i>cluster</i> 2 (18,43%) que reforça a importância da fé. Apesar da menor representatividade deste <i>cluster</i>, as crenças religiosas dos doentes também devem ser levadas em conta na prestação dos cuidados médicos por serem uma poderosa ferramenta para enfrentar a desesperança, o medo e o sofrimento provocados pelo cancro.</p>	<p>- Estudo realizado num único hospital (internamento e quimioterapia).</p> <p>- Falta de dados sociodemográficos que poderiam elucidar tendências de perspetiva dos doentes com a comunicação da má notícia.</p> <p>- Enviesamento temporal na medida em que o doente precisa de se recordar do momento em que lhe foi comunicado o diagnóstico.</p>

Perceção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p><i>von Blanckenburg et al. (28)</i></p>	<p>O questionário MABBAN (<i>Marburg Breaking Bad News Scale</i>) teve como suporte o protocolo SPIKES. Após se ter procedido a análise fatorial, surgiram 5 fatores: fator 1 ambiente (SPIKES 1), fator 2 emoções (SPIKES 5), fator 3 estratégia (SPIKES 6), fator 4 perceção/convite (SPIKES 2/3) e fator 5 conhecimento (SPIKES 4). Também foi aplicado o questionário HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), para medir a morbilidade psicológica, constituído por duas subescalas, cada uma com 7 itens, que avaliam a depressão e a ansiedade.</p> <p>Os doentes avaliaram o SPIKES 1 como o mais importante, seguido do SPIKES 4, SPIKES 6 e SPIKES 5. O fator SPIKES 2/3 foi considerado pelos doentes o menos importante.</p> <p>Para estabelecer a relação entre as variáveis demográficas e clínicas e o SPIKES, foi efetuada uma análise de regressão, tendo-se concluído que a variável idade previu de forma significativa e independente as pontuações nas componentes SPIKES 2/3 ($p \leq 0,01$), SPIKES 4 ($p \leq 0,05$) e SPIKES 5 ($p \leq 0,05$). Assim, quanto mais elevada for a idade do doente, mais importante é a organização prévia da comunicação (preparação do ambiente), a clareza e partilha de conhecimentos e o apoio emocional. O sexo do doente foi significativamente relacionado com o SPIKES 5 ($p \leq 0,05$) e com o SPIKES 2/3 ($p \leq 0,01$), pelo que obter empatia e pré-acordo foi considerado o mais importante para os doentes do sexo feminino. As habilitações académicas previram de forma significativa e independente as pontuações no SPIKES 2/3 ($p \leq 0,01$) e SPIKES 4 ($p \leq 0,01$), assim, os doentes com menos habilitações académicas preferem informações mais claras e um pré-agendamento da comunicação. O facto de o doente ter tido ou não recidiva de cancro não esteve relacionado com os fatores encontrados. Os resultados obtidos do questionário HADS encontram-se relacionados com o SPIKES 5 ($p \leq 0,01$), pelo que os doentes com pontuações mais elevadas de ansiedade desejam ter mais apoio emocional, enquanto que os doentes com pontuações mais elevadas de depressão desejam menos apoio emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo retrospectivo que apenas analisa as preferências dos doentes num só momento. - A população é heterogénea (doentes com diferentes intervalos de tempo de conhecimento do diagnóstico e com diferentes tipos de cancro). - Os itens do MABBAN deveriam contemplar outros aspetos da comunicação de más notícias que não fazem parte do protocolo SPIKES.
<p><i>Marschollek et al. (29)</i></p>	<p>Os resultados foram analisados estatisticamente (usando o teste qui-quadrado, teste U Mann-Whitney, correlação r de Pearson) e o nível de significância $\alpha=5\%$. A taxa de entrevista subjetiva foi determinada através da soma dos pontos das perguntas em que as respostas dos inquiridos dependiam totalmente da sua perceção.</p> <p>Foi avaliada a realização global das principais componentes do protocolo SPIKES, tendo a pontuação mais elevada sido atribuída à etapa <i>Emotions</i> (75,3%), seguida das etapas <i>Knowledge</i> (72,8%), <i>Setting</i> (70,6%), <i>Strategy</i> (56,9%), <i>Invitation</i> (30,4%) e <i>Perception</i> (27,7%).</p> <p>Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos doentes com os seus conhecimentos e a privacidade da consulta ($p < 0,001$), bem como entre a compreensão da linguagem do médico e o grau de satisfação dos doentes com os seus conhecimentos sobre a doença e o acompanhamento ($p < 0,001$).</p> <p>Existe correlação entre a idade do doente e a compreensão da linguagem do médico ($r=0,17$; $p=0,011$). Os doentes que receberam a notícia numa sala separada apresentaram maior probabilidade de classificar o tempo despendido como suficiente ($p=0,0001$). A avaliação do tempo dedicado à comunicação de más notícias não diferiu significativamente em função do sexo e idade dos doentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Questionários preenchidos em momentos diferentes após a revelação do diagnóstico, pelo que a perceção do doente poderá ter mudado ao longo do tempo. - Estudo apenas se baseou nas perceções dos doentes, muitas vezes subjetivas.

Perceção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<i>Mostafavian e Shaye</i> (30)	<p>Na análise de regressão logística, com nível de significância $p=0,05$ para avaliar o efeito de cada variável sociodemográfica, obtiveram-se os seguintes resultados: a variável “o médico ter vivido uma doença grave ou familiares próximos” é estatisticamente significativa no que se refere a dar mais alívio e apoio aos doentes, num ambiente privado e confidencial; não se verificaram correlações significativas entre as variáveis e a apresentação dos doentes ao especialista e à equipa de apoio após a apresentação de más notícias; não houve uma relação estatística significativa entre as variáveis e a transmissão de más notícias por telefone; nenhuma variável foi estatisticamente significativa com o facto de informar o doente sobre o cancro antes de apresentar os detalhes do relatório; os médicos concordaram em encorajar o doente a expressar os seus sentimentos e não houve uma relação significativa entre as variáveis do estudo e o encorajamento do doente na expressão das emoções depois de receber as más notícias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram incluídos apenas médicos de hospitais universitários, não podendo as conclusões serem generalizadas a todos os médicos. - O questionário apenas reflete as opiniões dos médicos, não mostrando o seu desempenho em contexto clínico.
<i>Abazari et al.</i> (31)	<p>Da análise de dados, e com o objetivo de explorar as perceções e preferências dos participantes relativamente à revelação do cancro, resultaram três categorias: (1) estabelecer uma base para comunicar as más notícias; (2) adaptar-se às consequências das más notícias e (3) ajudar o doente a lidar com as más notícias. Em (1), os participantes confirmaram que a revelação do cancro exige sempre disposições prévias: um local privado e calmo; ter em conta o desejo do doente em querer ser informado dos pormenores da sua doença; adiar a comunicação de más notícias para um momento adequado, após obter a vontade do doente em revelar a informação e criar uma atmosfera adequada, sem pressa ou precipitação. Em (2), os doentes associam o cancro à “morte”, “desilusão”, “miséria” e “sofrimento”, e o momento em que foram informados da doença como “ter o mundo a cair sobre a minha cabeça”, “trazer a morte para os meus pensamentos”, entre outros. Os doentes consideraram que seria importante não falar da morte no momento em que lhes é comunicado o diagnóstico. Os participantes defendem que a utilização de estratégias de comunicação eficazes, tais como a empatia e oferecer esperança realista ao doente podem ter um resultado positivo significativo no estado psicológico do doente. Em (3), os participantes referiram que o recebimento de um diagnóstico de cancro afeta todos os aspetos da vida do doente, exigindo o apoio da família, da espiritualidade, da religião e da equipa multidisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra selecionada é de apenas um hospital, o que pode limitar a generalização dos resultados obtidos.
<i>Konstantis e Exiara</i> (32)	<p>Os resultados obtidos indicaram que os médicos especialistas comunicam más notícias com mais frequência do que os médicos internos; 64,41% dos médicos inquiridos não tiveram formação específica, 66,10% não tinham ouvido falar de técnicas ou diretrizes para comunicar más notícias e 61,02% não tinham tentado obter formação na área, mas praticamente todos (99,61%) consideraram que necessitam desta formação para a sua prática clínica; 79,66% afirmaram possuir um plano consistente para comunicar más notícias, enquanto que 76,27% responderam que não as comunicam de igual forma a todos os doentes; 96,61% escolhem um local sossegado e 89,83% reservam um tempo alargado sem interrupções; apenas 38,98% optam por sentar-se perto dos doentes e 57,63% permitem o contacto físico; 89,83% utilizam linguagem acessível, assegurando-se da compreensão por parte do doente e não se apressam na comunicação; por se tratarem de doentes oncológicos, a maioria dos médicos inquiridos (86,44%) escolhem os familiares como primeiros recetores, sendo que 77,97% permitem que seja a família a decidir quanta informação deve ser transmitida e 55,93% nem tentam convencer a família de que o doente precisa de saber tudo sobre a sua doença; 35,59% responderam que a revelação do diagnóstico do cancro é o momento mais difícil, enquanto que 44,07% consideraram que a tarefa mais difícil é discutir o prognóstico, 5,08% a remissão e 15,25% o fim do tratamento e início dos cuidados paliativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria das questões de carácter dicotómico restringiu os dados recolhidos. - Amostra pequena e obtida unicamente de um hospital regional conduz a enviesamento estatístico e impossibilidade de generalizar os resultados. - Prazo para recolha dos dados reduzido (outubro a dezembro de 2010).

Perceção de médicos e doentes sobre a comunicação de más notícias em Oncologia

Autores	Resultados	Limitações do estudo
<p>Bain, Lian e Thon (33)</p>	<p>A pontuação média do questionário BAS foi de 69,0 (DP=15,71), indicando que os doentes consideraram que a capacidade dos médicos para comunicar más notícias é muito boa. As três principais competências que os doentes consideraram faltar aos médicos foram a utilização de uma linguagem corporal adequada, onde se incluía um nível adequado de contacto visual, parecer interessado e atento às necessidades dos doentes e revelar uma atitude profissional competente e atenciosa (M=2,4, DP=1,19), a gestão do tempo (M=2,7, DP=1,13) e a identificação das principais preocupações dos doentes, quanto ao tratamento, prognóstico, sentimentos e emoções, questões familiares e de relacionamento (M=2,8, DP=0,92). A perceção dos doentes sobre a comunicação de más notícias foi a mais baixa para a secção “considerações gerais” (M=2,9, DP=0,68), seguida de “suscitar preocupações” (M=3,0, DP=0,88), “preparar o ambiente” (M=3,0, DP=0,92), “dar informações” (M=3,1, DP=0,76) e “comunicar as más notícias” (M=3,1, DP=0,77). Verificou-se que há diferença significativa entre o sexo e “dar informações” (p=0,028) e “considerações gerais” (p=0,016), pelo que se conclui que as mulheres percebem mais favoravelmente estes dois aspetos. A idade também apresenta uma diferença significativa com “preparar o ambiente” (p=0,042), pelo que os doentes com idades compreendidas entre os 40 e 59 anos valorizam mais este aspeto em comparação com os doentes mais jovens ou mais velhos. Os doentes com diferentes tipos de cancro apresentaram diferença significativa em “preparar o ambiente” (p=0,018), “comunicar as más notícias” (p=0,010), “suscitar preocupações” (p=0,003) e “dar informações” (p=0,004), sendo que os doentes com cancro gastrointestinal apresentaram as pontuações mais baixas. Não se verificaram diferenças significativas tendo em conta os diferentes estadios da doença.</p>	<p>- Amostragem <i>snowballing</i>, o que impossibilita a generalização dos resultados.</p>
<p>Seifart et al. (34)</p>	<p>As respostas ao questionário MABBAN (<i>Marburg Breaking Bad News Scale</i>) indicam que apenas 46,2% dos doentes oncológicos estão completamente satisfeitos com a forma como as más notícias lhes foram comunicadas. A qualidade geral está significativamente relacionada com o estado emocional após a receção da má notícia (r=-0,261, p<0,001). Dos 37 itens que mediam as preferências dos doentes, “ter clareza sobre o sofrimento e a evolução da doença” (SPIKES 4) foi considerado o mais importante; dos 10 itens que receberam classificações mais elevadas, 5 abordavam questões sobre o conhecimento e informações transmitidas (SPIKES 4), 3 estavam relacionados com a estratégia e o resumo (SPIKES 6) e 2 itens com a preparação do ambiente (SPIKES 1). Os resultados da comparação entre as preferências dos doentes e a realidade subjetivamente percebida mostram que existem diferenças significativas no que diz respeito à obtenção de uma explicação definitiva do curso da doença (z=-11,600, p<0,001, r=-0,633). Foram encontradas correlações significativas entre a variável idade e a necessidade de explicações elaboradas e coerentes sobre a doença (r=-0,123, p<0,05) e explicação definitiva da evolução da doença (r=-0,186, p≤0,001), indicando uma maior necessidade de informação em doentes mais jovens; entre a variável sexo e a explicação elaborada e coerente da doença (p=0,044), percecionada como mais importante pelas mulheres; entre a variável nível de instrução e a necessidade de uma explicação definitiva sobre a evolução da doença, sendo que este aspeto é percebido como mais importante para os doentes com níveis de escolaridade mais baixos.</p>	<p>- Falta de informação sobre a abordagem e o estilo de comunicação dos médicos e a sua formação em competências de comunicação de más notícias, numa população transcultural.</p> <p>- O questionário MABBAN deveria contemplar outros aspetos que não fazem parte do protocolo SPIKES.</p> <p>- Não são apresentados a evolução da perceção e o estado emocional dos doentes a longo prazo.</p>

4. Discussão dos resultados

Após a análise dos resultados, considera-se que, apesar da heterogeneidade e das limitações dos estudos, é possível responder à questão norteadora desta investigação: “Qual a percepção dos médicos e dos doentes oncológicos sobre o processo de comunicação de más notícias?”. Assim, no que diz respeito aos objetivos inicialmente delineados, os estudos permitem avaliar a percepção dos médicos e dos doentes e seus familiares, relativamente à forma como é comunicada a má notícia, com ou sem o recurso a protocolos específicos, e às competências de relação de ajuda e comunicacionais.

4.1 Forma de transmissão da má notícia

Nesta RSL, a maioria dos estudos abordaram as preferências dos doentes e avaliaram a qualidade da comunicação de más notícias na prática clínica com o recurso ao protocolo SPIKES. Nos estudos em que os médicos referiram conhecer o protocolo SPIKES, mas não o utilizavam, as más notícias eram comunicadas seguindo um guia estruturado de orientações práticas para efetivar esta tarefa e a partir de experiências clínicas anteriores. Num dos estudos, o protocolo PENS surge como um exemplo de protocolo abreviado para comunicar más notícias (com 4 etapas) e adaptado à realidade cultural da sociedade em que foi aplicado.

Considerando os diferentes momentos do protocolo SPIKES, a análise dos resultados permitiu concluir que ao nível do “*setting up the interview*”, etapa 1 do protocolo, os doentes preferem uma conversa *face to face* e estar mental e emocionalmente preparados para a consulta. No que diz respeito à preparação e escolha do local adequado, os doentes referiram que desejam receber as más notícias num ambiente calmo e privado. A privacidade dos doentes, num ambiente tranquilo, é muito importante e deve ser objeto de atenção suficiente por parte do médico, na medida em que os doentes consideraram que existem falhas ao nível do ambiente e do tempo da consulta, devido ao elevado número de doentes por médico. Estes resultados corroboram o que foi referido num estudo realizado por *Zielińska et al.* relativamente aos vários obstáculos ambientais sob o ponto de vista médico, nomeadamente a falta de tempo e de sala adequada, bem como a falta de contacto com o doente durante o diagnóstico da doença (9).

Os momentos que dizem respeito à percepção do que o doente já sabe sobre a sua doença (“*perception*”) e ao entender o que o doente deseja saber (“*invitation*”) foram conotados como negativos pelos doentes, sempre que o médico iniciava o processo de

comunicação sem ter o cuidado de avaliar primeiramente estas necessidades. Foi também constatado que o anúncio precipitado do diagnóstico de cancro não é bem recebido pelos doentes, tal facto é devido às crenças culturais, que evitam o termo “cancro” por ainda o associar ao medo, à dor, ao sofrimento, à morte e, portanto, a uma doença incurável. De modo a diminuir o stress e tornar a consulta mais personalizada, os doentes preferem que o médico utilize estes dois momentos para poder explorar as suas necessidades e exigências relativas à informação que desejam receber e para a qual se sentem preparados.

No que concerne à etapa “*knowledge*”, a maioria dos doentes manifestaram a preferência por uma comunicação “exata” e centrada nas suas necessidades, sem a omissão de informações do seu quadro clínico e com a explicação clara do diagnóstico e da evolução da doença. Contudo, alguns estudos demonstraram que os doentes apresentam necessidades em termos de informação que nem sempre são satisfeitas. Na prática, como é referido no estudo de *Mostafavian e Shaye*, surgem situações em que os médicos não fornecem informações completas sobre o diagnóstico porque são influenciados por questões culturais, impeditivas de revelar toda a informação (30). As preferências dos familiares do doente, no que se refere ao atenuar do sofrimento do doente quando este recebe a informação de um prognóstico reservado, também são impeditivas de um total conhecimento da doença.

Nos estudos em que foi verificada a preferência em obter toda a informação sobre a doença, alguns doentes apresentaram posteriormente dificuldades na tomada de decisões, nomeadamente os doentes mais velhos. Face a esta constatação *Seifart et al.* apontam para a necessidade de o médico se assegurar regularmente da compreensão da informação por parte do doente, convidando-o a fazer perguntas e a esclarecer as suas dúvidas, com a transmissão da informação de forma gradual ou em momentos distintos (34).

Após a transmissão da informação sobre o diagnóstico de cancro, o momento dedicado à expressão das emoções (“*emotions*”) foi percecionado, em vários estudos, como muito importante, sendo que a sua qualidade tem efeito imediato e duradouro no bem-estar psicológico dos doentes. O estudo de *von Blanckenburg et al.* veio reforçar esta ideia nomeadamente para doentes que apresentam elevados níveis de ansiedade (28). Concluiu-se que os doentes valorizam o facto de o médico os questionar sobre o que estão a sentir e dar-lhes tempo para expressar os sentimentos. Contudo, uma das tarefas mais difíceis indicada pelos médicos inquiridos é encontrar o equilíbrio entre dar esperança e ser empático, para não correr o risco de apresentar expectativas pouco realistas ao doente. Os diferentes estudos concluíram ainda que é necessário ter em atenção a forma como são

estabelecidos o contacto físico e a linguagem corporal (por exemplo, colocar a mão no ombro), cuja intensidade é conhecida por estar fortemente ligada às normas socioculturais, mas nem sempre bem aceites pelo doente.

No que se refere à componente “*strategy and summary*”, os resultados dos estudos analisados apontaram para a preferência dos doentes em receber um cronograma de tratamento claro. *Marschollek et al.* concluíram que é necessário prestar mais atenção a esta etapa, uma vez que a consulta pode não ser bem avaliada se o doente não compreender a sua condição e o seu acompanhamento (29). Por sua vez, *Al-Johani et al.* destacaram a preferência dos doentes em receber um resumo escrito, na medida em que o momento da revelação do cancro pode sobrecarregar emocionalmente tanto os médicos como os doentes, sendo que estes últimos podem esquecer ou não compreender todas as informações que lhes são fornecidas oralmente (21).

4.2 Competências de relação de ajuda e comunicacionais

Paralelamente ao conteúdo da mensagem transmitida, os estudos evidenciaram que os doentes valorizam, como interlocutor, um médico que seja honesto e encorajador, bom ouvinte, com boa linguagem corporal e nível adequado de contacto visual (linguagem não-verbal), empático e com tom de voz adequado. Todos estes aspetos são indicadores de interesse acerca das necessidades e preocupações dos doentes, de uma atitude profissional competente e atenciosa na comunicação de más notícias, e potenciadores de uma melhor relação médico-doente. Apesar de os vários estudos indicarem que os doentes perceberam positivamente as capacidades comunicacionais dos seus médicos, *Abazari et al.* concluíram que a forma não empática de transmitir a má notícia constitui uma causa de insatisfação para o doente e para os seus familiares (31). Concluiu-se que a maior parte das preferências dos doentes situam-se sobretudo ao nível das atitudes relacionais e capacidades de comunicação dos médicos.

Também foi constatada a importância dada à preferência por envolver um membro da família ou amigo na comunicação do diagnóstico de cancro. Os doentes que receberam as más notícias sozinhos ficaram mais afetados negativamente, daí a importância de sistemas de apoio e ajuda aos doentes. É de referir que, à semelhança do estudo desenvolvido por *Naseem* (13), os resultados indicam que estas preferências variam consoante as culturas e as práticas. As culturas orientais tendem a abster-se de comunicar o diagnóstico diretamente com o doente, envolvendo a família no processo, ao passo que as ocidentais valorizam a autonomia dos doentes e respeitam as suas preferências quanto

ao seu envolvimento. Os resultados obtidos mostraram que o apoio da família nas culturas orientais, por ser tão protetor, pode causar problemas junto da equipa médica, na medida em que a primeira procura ocultar notícias ao doente. Assim, como principais fontes de apoio, os doentes referiram a família, os princípios espirituais e religiosos e a equipa multidisciplinar. A família surge como responsável pelos cuidados do doente oncológico e é a base para as decisões relacionadas com o tratamento, enquanto que os princípios espirituais e religiosos são considerados como estratégia de adaptação e aceitação da doença. Por sua vez, a equipa multidisciplinar proporciona também conforto na fase crítica de receber a notícia do diagnóstico de cancro e ajuda o doente e seus familiares a lidarem melhor com a doença.

No geral, os médicos inquiridos mostraram-se confiantes na identificação das emoções dos doentes, para mais facilmente lhes prestarem apoio, e a maioria dos doentes sentiu-se apoiada emocionalmente pelo seu médico. Concluiu-se que a qualidade geral da comunicação de más notícias está significativamente correlacionada com o estado emocional dos doentes após receberem más notícias, enfatizando a importância de uma comunicação de alta qualidade em todo o processo. Para prestar um adequado apoio emocional, o médico deve compreender as diferentes reações dos doentes que, na maior parte das situações, se traduzem em choque, medo e impotência, descrença e negação, raiva e sentimento de injustiça. O apoio psico-oncológico ou o apoio prestado por parte da equipa multidisciplinar e/ou outros profissionais de saúde também foram considerados importantes pelos doentes.

Foram apontados pelos médicos alguns desafios e obstáculos, nomeadamente comunicar más notícias a doentes jovens, que já acompanham há algum tempo e com a doença a progredir, lidar com a família do doente que os impede de comunicar toda a informação ou, ainda, o medo/frustração por não comunicar adequadamente. Em *Marschollek et al.* constatou-se que os doentes mais jovens precisavam de mais atenção e tempo em comparação com os doentes mais velhos (29). Contudo, estes resultados são contrários aos resultados de *Naderi-Nabi et al.* em que os doentes mais velhos e os que apresentavam níveis de escolaridade mais baixos necessitavam de mais tempo para conversar e de uma linguagem mais acessível dos médicos (23).

Por último, em termos de competências comunicacionais, poder-se-á dizer que as preferências e a satisfação dos doentes estão diretamente relacionadas com a comunicação verbal feita de modo adequado pelos médicos, com clareza, sem o recurso a termos técnicos sobre a doença, mantendo um discurso de esperança e positividade quanto ao

tratamento e prognóstico. Os estudos desta RSL concluíram que o diálogo, a atenção e a sinceridade são percebidos pelos doentes como proposições positivas no momento da comunicação do diagnóstico. Por sua vez, a abordagem centrada no doente evidencia a importância da integração entre as perspetivas e necessidades de cada doente, incluindo os seus medos, preocupações e experiências vivenciadas sobre a doença, e as competências comunicacionais e entendimento do médico face a cada situação oncológica.

4.3 Principais limitações

Existem limitações inerentes à presente revisão sistemática que devem ser consideradas:

- Apesar da extensa pesquisa realizada (236 resultados de artigos de 4 bases de dados e 1 resultado adicional identificado noutras fontes por pesquisa cruzada), não se consegue garantir que tenham sido encontrados todos os estudos relevantes para a pesquisa. Dada a impossibilidade de acesso a vários estudos nas bases de dados escolhidas, não se descarta a possibilidade de um viés de publicação e seleção;

- Esta revisão foi efetuada apenas por um pesquisador, podendo também ter ocorrido algum viés na seleção dos estudos incluídos.

4.4 Implicações futuras

Os resultados enfatizam a importância de uma divulgação diferenciada de notícias desfavoráveis, como é exemplo o diagnóstico de um cancro, trazendo por isso implicações para a prática clínica, na medida em que todas as etapas do protocolo SPIKES foram tidas como relevantes na comunicação de más notícias. Os médicos devem dedicar tempo suficiente, tranquilizar o doente, dar a possibilidade de o doente questionar a informação recebida e assegurar um ambiente sem perturbações. Devem ainda saber quais são as preocupações dos doentes, explicar o diagnóstico de forma clara, dar-lhes a possibilidade de expressarem os seus sentimentos e envolvê-los no planeamento do tratamento, para além de que a identificação das preferências dos doentes antes de uma comunicação de más notícias não deve ser ignorada.

Considerando que o protocolo SPIKES não satisfaz plenamente as prioridades dos doentes, este deverá ser readaptado, incluindo a reafirmação frequente da compreensão dos doentes, dando-lhes a possibilidade permanente de fazer perguntas. O respeito pelas necessidades de pré-acordo e a conceção da transmissão de más notícias de forma gradual

e em mais do que um momento, sempre que possível, também deverão ser considerados.

Face ao exposto, futuramente, será pertinente a realização de mais estudos que abordem, por um lado, as competências de comunicação dos médicos e as formas mais efetivas de treinar os médicos nesta tarefa e, por outro, as preferências e exigências dos doentes, nos vários momentos da evolução da doença e atendendo ao tipo de cancro, a incorporar nos protocolos de comunicação de más notícias.

Considera-se ainda que a eficácia do uso de protocolos na comunicação de más notícias depende da validação e da adaptação dos mesmos em culturas diferentes. Por último, deverão ser realizados mais estudos prospetivos de validação desses protocolos em amostras maiores, de forma a produzir mudanças generalizadas ao nível dos cuidados oncológicos e na relação médico-doente.

5. Conclusão

A comunicação eficaz de más notícias é decisiva no tratamento de doentes com cancro e apresenta-se como uma das tarefas mais difíceis e complexas da prática clínica. As competências médicas ao nível da comunicação e da relação de ajuda (suporte emocional) e o uso de um protocolo bem estabelecido têm impacto na forma como os doentes e os seus familiares irão reagir à receção de uma má notícia que afetará negativamente e de forma decisiva o seu futuro.

Quanto à forma de comunicar más notícias, a presente revisão permitiu concluir que o uso de protocolos por parte dos médicos não se apresenta como condição imprescindível para uma comunicação efetiva entre médico-doente. Contudo, a maioria dos estudos consideraram que os protocolos possibilitam uma maior assertividade e coerência na orientação da consulta. O protocolo SPIKES foi o mais referido nos estudos analisados, tendo sido considerado um protocolo bem estruturado que apoia os médicos na comunicação de más notícias, contudo nem sempre é utilizado. Por outro lado, carece de ser adaptado às realidades culturais de cada país e não substitui inteiramente as competências comunicacionais e a empatia do médico. Os médicos apontam para a necessidade de a educação médica incluir nos seus currículos o treino de competências para a comunicação de más notícias (verbal e não-verbal) e o conhecimento de protocolos que são utilizados para os auxiliar nesta tarefa.

Compreender as preferências e a satisfação dos doentes relativamente a cada etapa do processo comunicacional de más notícias, tendo em conta diferenças culturais que condicionam as suas percepções sobre a forma como deve ser transmitida a informação, é fundamental para que os médicos, numa abordagem holística dos cuidados de saúde, estabeleçam uma relação adequada com os seus doentes. De facto, a análise dos artigos incluídos nesta revisão é indicadora de que é cada vez mais necessário integrar a perspetiva e as preferências dos doentes nos processos de gestão da qualidade de comunicação de más notícias para uma maior satisfação dos mesmos.

Em suma, comunicar más notícias eficazmente beneficia do uso de protocolos específicos, com normas de orientação que servem de apoio para lidar com essas situações de forma ética e profissional, e também de competências comunicacionais e formação médica adequadas. A conjunção destes fatores promove uma prestação de cuidados de saúde com qualidade e uma boa relação médico-doente quando são comunicadas notícias desfavoráveis ao doente e aos seus familiares.

6. Referências Bibliográficas

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4): 302-1.
2. Regulamento de Deontologia Médica. Ordem dos Médicos - Regulamento nº 707/2016, de 21 de julho. Diário da República, 2ª Série–nº 139. Disponível em: https://omcentro.com//ficheiros/docs/regul_707_2016.pdf.
3. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 183-142.
4. World Health Organization. Cancer. 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
5. Saqib SU, Inam Pal KM. Disclosing bad news of cancer diagnosis: Patients' preference for communication. *J Pak Med Assoc*. 2021 Apr;71(4):1239-1242. doi: 10.47391/JPMA.03-414.
6. Alves CGB, Treister NS, Ribeiro ACP, Brandão TB, Tonaki JO, Lopes MA, Rivera C, Santos-Silva AR. Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2020 Apr;129(4):347-356. doi: 10.1016/j.oooo.2019.11.014.
7. Mailankody S, Rao SR. “PENS” approach for breaking bad news - a short and sweet way!. *Support Care Cancer* 29; 2021: 1157-1159. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05807-0>.
8. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, Khosravani H, Perri GA. Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News - A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2023 Nov;40(11):1231-1260. doi: 10.1177/10499091221146296.
9. Zielińska P, Jarosz M, Kwiecińska A, Bętkowska-Korpała B. Main communication barriers in the process of delivering bad news to oncological patients - medical perspective. *Folia Med Cracov*. 2017;57(3):101-112. PMID: 29263459.

10. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Malekian A, Mokarian F, Hakimian SMR, Ehsani M. Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. *J Med Ethics Hist Med*. 2017 Dec 19;10:13.
11. Ferreira SR, Araújo AI, Madeira N. Comunicação de más notícias. In: «Psicologia na Medicina». Macedo A, Pereira AT, Madeira N (Editores). LIDEL Edições Técnicas; 2018. pp. 527-538. ISBN 978-989-752-348-9. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/161804675.pdf>.
12. Kaur B. Breaking Barriers to Effective Communication of Bad News - Obstetric Outlook. *Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 2, Issue 1, 2019, 18-21*. DOI:[10.22259/2638-5244.0201004](https://doi.org/10.22259/2638-5244.0201004).
13. Naseem S. "Breaking breast cancer news" with ethnic minority: a UK experience. *J Multidiscip Healthc*. 2018 Jul 4;11:317-322. doi: 10.2147/JMDH.S166660.
14. Torregrosa Almonacid L, Gempeler Rueda FE, Silva Herrera JM. Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. *Univ. Med*. 2020;61(1). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-1.conv>.
15. Anuk D, Bahadir G. A Challenging Issue for both Patients and Physicians: Breaking Bad News in Oncology. *Turkish Journal of Oncology*, 2020; 35(1):114-8. doi: 10.5505/tjo.2020.2234.
16. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171:260-3.
17. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*. 2010 May;16(2):61-5. doi: 10.4103/0973-1075.68401.
18. Cumpston M, Flemyng E, Thomas J, Higgins JPT, Deeks JJ, Clarke MJ. Chapter I: Introduction. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook.

19. Donato H, Donato M. Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 Mar. 29 [cited 2023 Aug. 31];32(3):227-35. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923>.
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
21. Al-Johani WM, AlShamlan NA, AlGhamdi MF, AlAbdulkader AM, Aljohani WM, AlGhamdi RF, Alrefae M, Alshehabi M, AlOmar RS, Abdel Wahab MM. Breaking Bad News of a Cancer Diagnosis: A Mixed-Methods Study of Patients' Perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2022; 16:3357-3369. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S394170>.
22. Mailankody S, Sherigar P, Pai A, Shenoy R, Udupa K, Lewis S, Rao SR. PENS approach for breaking bad news in the oncology outpatient setting: a real-world report. *Support Care Cancer*. 2022 Dec 14;31(1):13. doi: 10.1007/s00520-022-07458-9.
23. Naderi Nabi B, Rafiei Sorouri Z, Pourramzani A, Mirpour SH, Biazar G, Atrkarroushan Z, et al. Physicians' Skills in Breaking Bad News to Patients With Cancer Using SPIKES Protocol. *Caspian J Neurol Sci*. 2022; 8(4):234-243. Disponível em: <https://doi.org/10.32598/CJNS.4.31.96.5>.
24. Krieger T, Salm S, Dresen A, Cecon N. Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022 Aug 23:1- 12.
25. Melo CD, Magalhães MR, Meneses LM, Alves RS, Magalhães JJ. Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado. *Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.20, 2022, e00226194*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs226>.
26. Ferraz MAG, Chaves BA, Silva DP, Jordán A de PW, Barbosa LNF. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. *Rev bras educ med* [Internet]. 2022; 46(2):e076. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458>.

27. Cruvinel AFP, Thomas B, Klaus GB, Silva TG. Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não-verbal no recebimento de más notícias. *Rev Med (São Paulo)*. 2021 nov.-dez.;100(6):561-9.
28. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020 Aug;103(8): 1623-1629. doi: 10.1016/j.pec.2020.02.036.
29. 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 Canc Educ* 34, 2019: 375–380. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1315-3>.
30. Mostafavian Z, Shaye ZA. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *J Family Med Prim Care*. 2018 May-Jun;7(3):601-605. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_25_18.
31. 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 Nov;24(11):4651-9. doi: 10.1007/s00520-016-3308-x.
32. Konstantis A, Exiara T. Breaking bad news in cancer patients. *Indian J Palliat Care*. 2015 Jan-Apr;21(1):35-8. doi: 10.4103/0973-1075.150172.
33. Bain MG, Lian CW, Thon CC. Breaking bad news of cancer diagnosis - Perception of the cancer patients in a rural community in Malaysia. *South Asian J Cancer*. 2014 Apr;3(2):116-21. doi: 10.4103/2278-330X.130447.
34. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014 Mar;25(3):707-711. doi: 10.1093/annonc/mdt582.

7. Anexos

Anexo 1

STROBE Statement - checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	
		(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org