

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

Comunicação de más notícias

Sofia Ramos Ferreira, Ana Araújo, Nuno Madeira

Tópicos:

- Más notícias: introdução, conceitos e breve resenha histórica
- Dificuldades inerentes à comunicação de más notícias
- Modelos e protocolos de comunicação de más notícias
- Comunicação de más notícias segundo o protocolo SPIKES

A comunicação de más notícias constitui um intimidador - mas inevitável - desafio comunicacional. O treino de competências nesta área é exequível e traduz-se em potenciais mudanças do estilo comunicacional (Langewitz, 2017) com impacto na percepção por parte do clínico da sua preparação para a comunicação de más notícias. Atendendo à relevância deste acto médico e à sua transversalidade a todas as especialidades, é da maior importância a abordagem sistematizada do mesmo.

Antes de iniciar a leitura do capítulo, propomos um pequeno exercício.

Exercício prático

Doente do sexo feminino, de 55 anos, recentemente submetida a biópsia, comparece a consulta com o seu médico assistente. Este, já na posse do relatório, vê confirmada a suspeita de que a doente padece de uma doença oncológica de prognóstico reservado. Chega o momento de comunicar a notícia à doente.

Que aspectos positivos e negativos destaco do meu desempenho na comunicação de uma má notícia? O que posso melhorar?

1. Más notícias: introdução, conceitos e breve resenha histórica

Má notícia é toda aquela passível de alterar de forma drástica a perspectiva do doente em relação ao seu futuro (Buckman, 1984). É neste medida compreensível que a comunicação de más notícias seja uma situação em que a impredictibilidade natural da interacção humana é levada ao limite (Langewitz, 2017).

A *comunicação de más notícias* trata-se de uma situação delicada e complexa, geralmente vivenciada pelo clínico como particularmente geradora de stresse (Studer et al., 2017). O estilo comunicacional do médico repercute-se na percepção que o doente retém do clínico e nos pensamentos e sentimentos relativos à comunicação de más notícias (Schmid Mast e al., 2005). O contacto interpessoal é portanto um elemento fundamental da prática clínica e a capacidade de comunicar adequadamente é hoje considerada uma competência essencial para o exercício da profissão (Studer et al., 2017).

A comunicação de más notícias tem um impacto emocional para o médico que transcende em larga medida o stresse despoletado pelo acto; o clínico tem de saber reconhecer e gerir os seus próprios sentimentos - culpa, desilusão, apreensão, sentido de responsabilidade. Adicionalmente a esta tarefa de gestão interna, o médico tem de comunicar informação sensível tendo em consideração os sentimentos do doente, de forma flexível e adaptada ao mesmo; através das suas reacções pode inferir medos, preocupações e expectativas, compreender as suas estratégias de *coping* e utilizar este conhecimento para melhor apoiar o doente e individualizar a sua orientação (Brown et al., 2002).

A comunicação de más notícias adequada, raramente aptidão inata (Joeques, 2007), trata-se de uma competência susceptível de ser aprendida, treinada e aperfeiçoada. Apesar da comunicação de más notícias ser altamente desafiante, o médico pode encontrar uma tremenda gratificação em providenciar uma presença terapêutica num momento de extrema necessidade (Vandekieft, 2001) e o doente pode encontrar uma oportunidade única de crescimento pessoal, trazendo sentido à sua experiência (Rabow et al., 1999).

Historicamente, o ensino médico tem valorizado mais o treino de competências técnicas comparativamente ao treino de competências ao nível da comunicação, deixando os profissionais vulneráveis perante a complexa e emocionalmente intensa tarefa de comunicação de más notícias (Monden et al., 2016). À medida que a comunicação foi sendo reconhecida como componente fundamental da prática clínica, a comunicação de más notícias tornou-se uma área de interesse (Lane, 2016). Verificou-se pois uma tónica acrescida nas últimas décadas no que diz respeito ao ensino de competências comunicacionais adequadas aos profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias como é hoje entendida trata-se de um constructo relativamente recente, fruto de alterações de paradigma ocorridas ao longo dos últimos 50 anos. A tradição paternalista de antigamente baseava-se na crença de que saber que se tinha uma doença fatal era lesivo para o doente; pensava-se que este acto comunicativo retirava a esperança, aumentava o sofrimento e potencialmente encurtava o tempo restante de vida (Coulehan et al., 2006).

Sabe-se actualmente que a maioria da população deseja saber o seu prognóstico e que estar na posse desse conhecimento é nitidamente mais benéfico que prejudicial. É prática corrente a comunicação de notícias ao doente, quer estas sejam boas ou más, permitindo-lhe fazer escolhas informadas, essenciais ao respeito pela autonomia do paciente e pela sua capacidade de autodeterminação (Coulehan et al., 2006). Embora exista algum grau de variabilidade intercultural em relação à comunicação de más notícias e muita da literatura se reporte apenas à sociedade ocidental, existe evidência de que as atitudes estejam a alterar-se progressivamente e globalmente no sentido de uma abordagem mais aberta no que concerne à partilha de informação difícil, ainda que persista alguma resistência.

Não obstante a alteração de paradigma, as múltiplas intervenções que tiveram lugar durante as últimas décadas e o trabalho de investigação crescente que tem vindo a ser desenvolvido, a literatura mostra que ainda há dificuldades no acto médico de comunicação de más notícias, com consequências para todos os envolvidos (Lane, 2016).

2. Dificuldades inerentes à comunicação de más notícias

As preocupações do médico e do doente, que condicionam inquestionavelmente a interacção entre ambos, diferem quando chega o momento de comunicar más notícias.

O *médico* tende a focar-se em aspectos relacionados com a doença propriamente dita (Lane, 2016) acabando por frequentemente dar primazia ao alívio da dor física em detrimento do *distress* emocional e do sofrimento. Alguns dos obstáculos à comunicação de más notícias na perspectiva do médico (Buckman, 1984; Vandekieft, 2001; Macdonald, 2004), estreitamente relacionados com medos pessoais, encontram-se de seguida sumarizados:

Perspectiva do médico
<ul style="list-style-type: none">• Medo de não saber todas as respostas;• Medo da contradição ou de estar errado;• Medo do desconhecido e do que não aprendeu formalmente;• Medo da reacção, potencialmente inesperada, do doente à notícia;• Medo de ser acusado/considerado culpado 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.
Quadro 1. Obstáculos à comunicação de más notícias – perspectiva médica

O *doente*, por outro lado, vivencia a experiência de modo substancialmente diferente, atormentado por perguntas que nem sempre vê respondidas e muitas vezes ansiando desempenhar um papel mais activo/colaborativo na tomada de decisões. A comunicação de más notícias pode ainda levantar ao doente questões existenciais e espirituais, talvez nunca antes colocadas, que devem ser tidas em consideração e que por vezes o levam a colocar certos aspectos da sua vida em perspectiva. Alguns dos obstáculos à comunicação de más notícias na perspectiva do doente encontram-se expostos em seguida (Macdonald, 2004):

Perspectiva do doente
<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 clínico; • Medo de perder a privacidade; • Medo das consequências possíveis; • Medo do desconhecido; • Medo de perder o controlo.
Quadro 2. Obstáculos à comunicação de más notícias – perspectiva do doente

Para ultrapassar estes obstáculos poderá constituir uma mais-valia ouvir quem já esteve sentado do outro lado da cadeira; a organização britânica *The Patients Association*, que procura dar uma voz activa ao doente, partilhou algumas sugestões para a comunicação de más notícias (Macdonald, 2004):

- Comunicação de más notícias de forma individual e privada pelo médico
- Sendo possível, estabelecer contacto prévio de modo a que algum membro da família/pessoa de referência possa estar presente
- Utilizar o tempo disponível, ainda que limitado, de forma construtiva
- Explicações claras e simples, utilizando linguagem apropriada
- Médico encontrar-se informado de antemão, não só de aspectos concretos da doença em questão, como de grupos de apoio e outras opções disponíveis
- Idealmente agendar entrevista posterior para discussão de tratamentos/*outcome*
- Trabalho cooperativo e não adopção de atitude paternalista pelo clínico
- Doente desempenhar um papel mais activo na gestão da doença
- Oportunidade de colocar questões
- Possibilidade de falar com alguém no momento que se segue imediatamente

As dificuldades inerentes à comunicação de más notícias, vivenciadas parte a parte, podem ser minimizadas; certas dicas práticas podem também revelar-se úteis e ajudar a desmistificar alguns dos obstáculos à comunicação de más notícias (Buckman, 1984; Macdonald, 2004; Coulehan et al., 2006):

A doença do paciente não é culpa do médico, embora o acto de culpabilização do médico não seja uma reacção incomum; esta reacção deve ser tida em conta, mas como transferência que na realidade é, não deve ser vista como pessoal.

O facto de um doente chorar após a comunicação de uma má notícia não é sinónimo de uma comunicação ineficaz por parte do clínico; deve-se reconhecer e aceitar a reacção; os silêncios que possam surgir também não devem ser temidos.

É necessário saber comunicar com empatia e transmitir compaixão; profissionalismo não significa ser desprovido de emoções, tal como realismo não é sinónimo de brutalidade.

Preparar a comunicação de más notícias com antecedência; recorrer a um modelo ou protocolo com o qual o médico se sinta confortável pode ser uma boa opção.

Atender ao contexto cultural do doente, mas evitar estereótipos; cada pessoa tem uma história de vida única e é sempre necessário individualizar a abordagem.

Nunca negligenciar a dimensão humana da mensagem e transmitir ao doente preocupação, disponibilidade e sensação de não-abandono.

Ajustar o ritmo e a forma ao doente e ao momento, valorizar tanto a comunicação verbal como não-verbal; ouvir o que o paciente faz e não só o que diz.

Oferecer ao doente a possibilidade de fazer lista de questões/prioridades, facultar acesso a folhas de instruções/apoio, ilustrar informação recorrendo a desenhos e esquemas e fornecer suporte escrito da informação mais relevante são estratégias possíveis para uma maior inclusão do doente em todo o processo.

A comunicação de más notícias é um passo fundamental na constituição de uma aliança terapêutica entre médico e doente que será vital para o seu trabalho conjunto na gestão do impacto total da doença (Brown et al., 2002). Cabe ao médico antecipar, reconhecer e minimizar as dificuldades inerentes à comunicação adequada de más notícias.

3. Modelos e protocolos de comunicação de más notícias

Existe evidência de que a comunicação ineficiente de más notícias tem consequências tanto para os doentes como para os próprios clínicos. Para os pacientes, o resultado deste acto pode incluir maior stresse, dificuldade de ajustamento e pior *outcome*; para os médicos, traduzir-se num risco acrescido de ansiedade e *burnout* (Lane, 2016). A comunicação de más notícias é portanto um caminho com duas vias e não uma mera transmissão unilateral de informação.

Assim, a comunicação adequada de más notícias visa não só a retenção de informação importante por parte do doente como também a redução do *distress* psicológico (Lane, 2016). De forma complementar, a percepção do doente em relação ao acto médico parece depender em grande medida da qualidade da informação transmitida e da demonstração de suporte emocional. Vários estudos sustentam a importância da empatia e da necessidade de uma abordagem centrada no doente (Lane, 2016) que inclua a sua família.

A literatura demonstra que os doentes querem informação que seja compreensível, personalizada e completa; o treino dos profissionais de saúde tem pois que se focar nesses componentes; é ainda importante que haja *feedback*, para permitir uma melhor prática e melhorias efectiva na comunicação.

Atendendo às especificidades e dificuldades inerentes à comunicação de más notícias, foi proposto o recurso a modelos e protocolos; apresentam-se em seguida alguns exemplos (Rabow et al., 1999; Baile et al.; 2000; Vandekieft, 2001; Narayanan, 2010; Monden et al., 2016; Bumb et al., 2017):

S	Setting up - Preparar o que é possível antecipar
P	Perception - Perceber o que o doente já sabe
I	Invitation/Information - Compreender quanto o doente quer saber
K	Knowledge - Partilhar a informação de forma simples e directa
E	Emotions - Reconhecer e validar emoções e reacções demonstrando empatia
S	Strategy/Summary – Resumir; discutir as opções de tratamento e plano

Dica: No site VitalTalk (www.vitaltalk.org) estão disponíveis vídeos ilustrativos de cada etapa do protocolo SPIKES

A	Advance preparation – Preparar informação, contexto e componente emocional
B	Build a therapeutic environment/relationship – Preparar o ambiente
C	Communicate well - Partilhar a informação de forma simples e directa
D	Deal with patient and family reactions – Reconhecer e gerir reacções
E	Encourage and validate emotions – Explorar significados e apurar necessidades

B	Background – Preparar o meio, a informação e o componente emocional
R	Rapport – Construir uma boa relação profissional
E	Explore - Perceber o que o doente já sabe ou que suspeita
A	Announce – Partilhar a informação de forma simples e directa
K	Kindling – Gerir emoções
S	Summarize - Resumir e discutir as opções de tratamento e o plano futuro

P	Prepare - Saber que informação apresentar e adequar a linguagem
E	Evaluate - Perceber o que o doente já sabe ou que suspeita
W	Warning - Fornecer indicação de que notícias sérias serão comunicadas
T	Telling - Partilhar a informação de forma simples e directa
E	Emotional response - Atentar na reacção do doente à notícia transmitida
R	Regrouping preparation - Responder de forma colaborativa à má notícia

Não obstante as diferenças entre cada um, existem alguns elementos em comum, nomeadamente a averiguação do que o paciente já sabe e do que deseja saber, o recurso a um “tiro de aviso”, a utilização de linguagem directa e simples, a consideração pela agenda do doente e a disponibilização de informação profissional (Lane, 2016).

A existência de modelos e protocolos que auxiliem o médico na comunicação de más notícias pode revelar-se bastante útil e contribuir para a redução de stresse nos profissionais de saúde. O modelo utilizado irá depender da preferência pessoal; é porém importante que o modelo escolhido seja utilizado para orientação e não seguido de forma rígida e dogmática (Lane, 2016). Atendendo aos benefícios assinalados resultantes da sua aplicação na clínica, a implementação e avaliação destas orientações no ensino médico devem continuar a ser desenvolvidas (Joekes, 2007).

4. Comunicação de más notícias segundo o protocolo SPIKES

Os princípios e técnicas utilizados para comunicar más notícias são, essencialmente, transversais aos diferentes protocolos. Escolhemos desenvolver o protocolo SPIKES por nos parecer representar uma sequência racional e fácil de incorporar na prática clínica.

O protocolo SPIKES (Figura 1) decompõe e estrutura a comunicação de más notícias em seis passos sequenciais – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy/Summary. (Baile et al., 2000; Kaplan, 2010). Este método simplifica a tarefa e diminui a probabilidade de falhas. O SPIKES consiste numa variação de outros protocolos de entrevista clínica (ex.: modelo de Calgary-Cambridge) específico para comunicação de más notícias. À semelhança dos protocolos gerais, o SPIKES consiste em **recolher informação** do doente (Setting, Perception), **transmitir informação** acessível (Invitation, Knowledge), oferecer apoio e **lidar com emoções** (Emotions), e **estabelecer um contrato** com o doente obtendo a sua colaboração na elaboração de um plano (Strategy / Summary). Deste modo, o médico inicia a entrevista com perguntas abertas, procurando identificar e compreender as expectativas do doente. Com o desenrolar da entrevista, assume uma postura mais diretiva (mas não paternalista!), recorre a perguntas cada vez mais fechadas de modo a clarificar as expectativas do doente, aproximando-as da realidade da notícia a ser transmitida. Após comunicar a notícia, o médico deve dar espaço e ajudar o doente a lidar com as emoções. Só depois, surge a possibilidade de discussão de um plano que implica a partilha de decisões numa relação colaborativa entre os intervenientes – Modelo de decisão partilhada (Elwyn et al., 2012).

A comunicação de más notícias nem sempre implica a existência de todas as etapas propostas pelo SPIKES. No entanto, quando presentes elas deverão ser sequenciais pois a informação obtida ou transmitida no passo anterior é necessária para o desenrolar do passo seguinte. Ou seja, o médico deve garantir um fluxo de informação lógico e adaptado a cada doente.



Figura 1. Protocolo SPIKES. O SPIKES (S - Setting; P - Perception; I - Invitation; K - Knowledge; E - Emotions, S – Strategy / Summary) é um protocolo para comunicação de más notícias, constituído por etapas sequenciais. Nas primeiras etapas, o médico utiliza essencialmente perguntas abertas de modo a perceber o lado do doente (ex.: contexto sociocultural, o que já sabe e o que deseja saber sobre o seu estado de saúde). Depois o médico continua num estilo mais direto, transmite a notícia e vai assumindo o papel de conduzir a entrevista de modo a lidar com a reação emocional do doente e definir um plano em colaboração com o mesmo. A divisão por etapas ajuda a dosar a troca de informação e a expressão emocional. Isto diminui o choque e aumenta a clareza do receptor.

De seguida, iremos descrever os princípios gerais a considerar em cada uma das seis etapas do SPIKES.

SETTING – Preparar o que é possível antecipar

Comunicar más notícias é uma tarefa geradora de stresse. Uma estratégia para lidar com esse evento stressante é prepará-lo, ou seja, planear a informação a transmitir e possíveis questões que possam surgir bem como prever que ambos os intervenientes (transmissor e receptor) poderão sentir-se frustrados. O clínico tem a responsabilidade

de comunicar eficazmente a notícia mas não é responsável pela notícia. (Whippen et al., 1991) Pensar que a sinceridade e a qualidade da informação fornecida serão fundamentais para ajudar o doente a planear o futuro pode ajudar. Algumas indicações a ter em conta são (Knight, 2004):

- Não delegar a tarefa;
- Confirmar e ter disponível a informação médica do doente;
- Procurar um local privado, calmo, sem elementos distractivos;
- Prevenir interrupções (ex.: fechar a porta do gabinete em vez de deixar entreaberta, avisar restantes profissionais de saúde). Se necessário, de início, informar o doente acerca de constrangimentos relativamente ao tempo da consulta ou possíveis interrupções;
- Perguntar se o doente prefere estar acompanhado e se assim o desejar, perceber qual o grau de afinidade do acompanhante. Se vários familiares estiverem presentes na sala de espera, sugerir que escolha um ou dois mais significativos;
- Transmitir que há tempo para explorar os problemas do doente (ex.: permanecer sentado);
- Facilitar a relação médico-doente durante a conversa (ex.: estabelecer contacto visual com o olhar ao mesmo nível do doente e sem objetos que interfiram, nomeadamente ecrã do computador, processos, canetas);
- Outras: ter lenços de papel disponíveis; se foi realizado o exame físico, dar tempo para o doente se vestir.

O médico deve tocar no doente?

Tocar no braço ou na mão do doente pode facilitar a ligação empática entre o médico e o doente. Antes de o fazer o médico deve perceber se o doente está à vontade com este tipo de abordagem atendendo ao contexto sociocultural, traços de personalidade bem como pistas durante a entrevista.

Se não houver um gabinete disponível?

Procurar lugar privado e digno. Numa enfermaria ou numa sala de urgência, correr os cortinados para garantir alguma privacidade.

Se a única alternativa for comunicar por telefone?

Dar a notícia por telefone é quase sempre uma má decisão (Coulehan et al., 2006). Se não houver outra possibilidade, o clínico pode perguntar ao receptor da notícia onde se encontra e se está acompanhado. Estas perguntas servem de “tiro de aviso” e ajudam a preparar a recepção da notícia.

PERCEPTION – Perceber o que o doente já sabe

Segue-se a parte da entrevista em que o médico, recorrendo a perguntas abertas, tenta representar a imagem que o doente tem acerca dos sintomas ou da doença (se já conhecida), nomeadamente a gravidade atribuída aos mesmos. A noção de pouca gravidade pode dever-se a desconhecimento ou a processos menos adaptativos de vivenciar a doença, nomeadamente negação ou expectativas irrealistas acerca do tratamento (Lubinsky, 1999). Um desafio para o clínico nesta etapa é alternar entre uma postura de aceitação das crenças do doente e ao mesmo tempo corrigir ideias que sejam demasiado dissonantes com a realidade. Ou seja, aproveitar a oportunidade para começar aproximar as expectativas (modelos leigos de doença) com realidade (modelos médicos). Nunca é demais lembrar que neste passo a palavra é do doente, sendo a escuta activa o principal papel do médico. Algumas dicas que podem facilitar esta tarefa são:

- Dar tempo ao doente, não interromper nas pausas, ser paciente;
- Ter atenção ao nível de compreensão do doente e adequar o vocabulário usado. Se o nível de compreensão for perto da realidade clínica, o médico tem de fazer menos trabalho de educação para a saúde. Se o doente não souber o que significa uma

opacidade na radiografia, o médico terá de investir mais tempo na explicação caso o doente a queira saber;

- Apurar informação transmitida no contacto com outros profissionais de saúde ou por outros meios (internet, comunicação social, amigos);
- Interrogar o doente diretamente sobre o que pensa ser o impacto da doença no seu futuro.

FRASES FACILITADORAS (Knight, 2004):

“Sabe por que razão veio a esta consulta?”; “O que entende da sua doença até agora?”; “Quando notou pela primeira vez essa dor o que pensou?”; “Sabe porque foi fazer a RMN?”

Que tipo de vocabulário utilizar na presença de profissionais de saúde ou doentes familiarizados com esses termos?

Se o doente diz “sombra”, o médico pode usar também a palavra “sombra”. Se o doente diz *carcinoma in situ*, o médico pode utilizar o mesmo termo. Outro exemplo é: disseminar vs metastizar.

INVITATION – Descobrir a que nível o doente quer saber

Antes de comunicar uma má notícia, o médico deve procurar perceber se o doente deseja ou está preparado para a receber. Enquanto a maioria dos doentes expressam vontade de saber a informação completa e detalhada, alguns podem não o desejar. Seja qual for o motivo, o médico deve transmitir que a opinião do doente é importante e aceita-la, ou seja, **não transmitir a informação se o doente manifestar vontade de não saber**. Ter em conta que esta postura de não querer saber pode representar uma estratégia de adaptação à doença, mais utilizada à medida que a sua gravidade aumenta (Miller, 1995; Butow, 1997). Por outro lado, se o doente está interessado em saber, é obrigação ética e legal do médico transmitir a informação sobre o diagnóstico e prognóstico. Indicações úteis neste passo são:

- Ter em conta que as pessoas lidam com a informação de maneira diferente tendo em conta características como a idade e o contexto sociocultural (raça, religião);
- Pedir autorização; fazer um convite explícito;

- Se o doente não quer saber, mostrar disponibilidade (ex.: perguntar se prefere que fale com um familiar ou reagendar o encontro). Não dar informação que o doente não queira. A maioria vai querer mais tarde.

FRASES FACILITADORAS (Knight, 2004):

“Prefere que lhe dê a informação detalhada acerca do exame ou que passemos mais tempo a discutir o plano de tratamento?”; “É o tipo de pessoa que gosta de saber todos os pormenores acerca da sua condição?”; “Como gostaria que eu lhe transmitisse a informação? (acompanhado, carta para o médico de família) ”; “Gostaria de saber todos os pormenores?”; "Se a sua doença se tornar mais grave no futuro, gostaria de saber?". A frase utilizada não importa assim tanto. O que importa é perguntar e transmitir ao doente que a sua opinião é importante.

Se a família pedir para o médico não dar a notícia (Knight, 2004)?

Nesta situação o médico pode tentar perceber quais são os motivos dos familiares que justificam essa posição, nomeadamente convicções religiosas ou culturais e experiências prévias de contactos de saúde. Em algumas circunstâncias, pode ser útil sugerir uma conversa conjunta, com participação do(s) familiar(es) na comunicação da notícia. A opinião do doente deverá ser respeitada.

Se o doente continuar em negação (Knight, 2004)?

Se após a intervenção do médico até esta etapa (ex.: dar espaço, explorar as ideias do doente) o doente continuar em negação relativamente à gravidade dos seus sintomas, pode ser útil perguntar se prefere que a informação seja comunicada a um familiar ou reagendar o encontro. E, essencialmente, transmitir disponibilidade.

KNOWLEDGE – Dar a notícia

Dar um “tiro de aviso” que antecipa a chegada da má notícia pode diminuir o choque (Maynard, 1996) e facilitar o processamento de informação (Maynard, 1997) após a recepção da notícia. O médico deve esperar e observar a reação do doente após o que

pode prosseguir com a informação mais detalhada, tendo em conta as seguintes sugestões (Knight, 2004):

- Utilizar vocabulário adequado à compreensão do doente, evitando termos técnicos se for esse o caso;
- Evitar frases longas e preferir dar a informação em pequenas parcelas (técnica dos *chunks and checks*), verificar se o doente percebeu e dar espaço (ex.: silêncios) para questões;
- Evitar eufemismos, não minimizar a gravidade da doença.
- Não ser demasiado frontal pois isso pode predispor o receptor à tendência para culpar o médico (Lind, 1989), prejudicando a relação médico-doente, nomeadamente a adesão à terapêutica;
- Evitar dar prognósticos sobre a altura da morte;
- Não dizer que não há nada a fazer.

FRASES FACILITADORAS – “Tiro de Aviso” (Knight, 2004)

“Como os primeiros exames tinham mostrado”; Como já teria consciência”. A utilidade de frases de tonalidade mais pessimista como: “lamento informá-lo que”; “infelizmente tenho más notícias” é questionável. O termo “lamento” também pode predispor à culpabilização do médico pelo doente.

E se não houver mesmo nada a fazer?

Mesmo em situações terminais, os cuidados paliativos oferecem um contributo fundamental para garantir a qualidade de vida e oferecer dignidade ao doente, nomeadamente através do alívio da dor e de outros sintomas (Sardell, 1993; Greisinger, 1997). Deste modo, **há sempre alguma coisa a fazer**, salvaguardando que esta ideia é distinta da de sobre-tratamento, o qual não é desejável. Ou seja, tal como o doente tem direito a não receber uma má notícia, também tem direito a recusar tratamentos, contando que esteja na posse plena das suas faculdades mentais.

EMOTIONS – Responder às emoções do doente com respostas empáticas

As reações emocionais do doente a uma má notícia são muito variáveis (ex.: silêncio, perplexidade, negação, choro, raiva, descrença, medo, ansiedade, culpa). A reação

específica é pouco representativa do grau de adaptabilidade vs inadaptabilidade face à notícia. Acompanhar o doente no processamento da informação e perceber o seu grau de adaptabilidade são tarefas exigentes que requerem competências de empatia. Isto implica uma relação colaborativa em vez de assimétrica, em que o médico, ao lado do doente, dá espaço e fornece apoio com o objectivo de decompor, organizar e clarificar as emoções e preocupações do doente. Este estado servirá de ponto de partida para abordar os problemas e apresentar soluções personalizadas, no passo seguinte (Strategy/Summary). Dicas que facilitam esta resposta empática são:

- Dar tempo;
- Observar a emoção;
- O choro e o silêncio devem ser respeitados e não inibidos;
- Identificar a emoção (“Estou a perceber que ficou desiludido”). Verbalizar a emoção é particularmente útil quando esta não é clara à partida porque dá oportunidade ao doente de corrigir;
- Legitimar a emoção, conectá-la a uma causa (“Infelizmente o tumor não está a responder ao tratamento”) e a uma razão. A razão pode ser bastante variável, desde medo de sofrer ou morrer até ao impacto que a doença pode ter nas áreas do funcionamento (ex.: laboral, familiar, relacional; preocupações sobre como a sua doença vai afectar os outros) (Figura 2);
- Verificar se o doente percebeu toda a informação que lhe foi sendo transmitida.



Figura 2. A má notícia em si pode ser geradora de determinada reação emocional. Contudo, pode ser o impacto da notícia que explica (é a causa) dessas emoções e sentimentos negativos. Naturalmente, estas relações variam de pessoa para pessoa, e o médico deve ajudar o doente a fazer a ligação.

FRASES FACILITADORAS – Verbalizar e racionalizar emoções

Respostas **empáticas** (“**Percebo** o quão angustiante isto seja para si”, “**Compreendo** que não estivesse à espera desta notícia”), **validadoras** (“**É normal** reagir assim neste tipo de situações”, “Muitos outros doentes **sentem o mesmo** que está a sentir”) e **exploratórias** (“**O que quer dizer** com “já não aguento mais”, “**Pode explicar-me** o que o preocupa mais?”). Utilizar este tipo de frases reduz o isolamento do doente, transmite solidariedade e valida os sentimentos e pensamentos do doente como normais e expectáveis (Buckman, 1998).

Se o doente ficar em silêncio após receber a notícia?

Neste caso, em vez de identificar uma emoção, o médico pode optar por uma pergunta aberta (“O que está a pensar/sentir neste momento?”).

STRATEGY / SUMMARY – Planear o seguimento

Ter um plano claro para o futuro diminui as dúvidas e preocupações do doente (SPIKES). As informações necessárias para a discussão de uma estratégia personalizada provém das etapas anteriores a esta. Para discutir um plano é essencial conhecer o ponto de partida, isto é, o contexto sociocultural do doente (ex.: se é casado, tem filhos, vive sozinho, atividade laboral), o seu nível de entendimento acerca da doença e o impacto dos diferentes sintomas nas suas rotinas. É ainda necessário que a reação emocional tenha sido abordada e resolvida de modo a garantir a disponibilidade e clareza da parte do doente para intervir na elaboração de soluções. Partilhar a responsabilidade na elaboração do plano pode diminuir a tendência do doente a culpar o médico quando o tratamento não é bem sucedido (SPIKES). Para além de discutir o tratamento médico da doença, o médico deve esforçar-se por perceber os objectivos específicos que variam consoante o doente (ex.: controlo da dor, vómitos, ansiedade, insónia; minimizar o impacto da doença na vida familiar, laboral, relacional). Apenas depois de identificar as preocupações específicas, é possível elaborar um plano para cada problema consensual com o doente, considerando os princípios do modelo biopsicossocial. Ideias úteis neste passo são:

- Explicar claramente exames complementares de diagnóstico e tratamentos a fazer, nomeadamente, os procedimentos, riscos e efeitos secundários;
- Explicar os objectivos e expectativas específicas para cada problema. É mais informativo dizer que poderá continuar a trabalhar enquanto recebe determinado tratamento do que dizer que a probabilidade de remissão é de 80%. Geralmente, termos como “remissão” (que pode ser confundido com “cura”), “recaída” e “recidiva” são ambíguos para o doente;
- Se o doente expressar expectativas irrealistas (ex.: “Disseram-me que este tratamento é milagroso”), esta é mais uma oportunidade nivelar as expectativas acerca da doença e do tratamento, explicando o seu propósito;

- Perguntar quem tem de ser informado e se o doente vai precisar de ajuda nessa tarefa;
- Sumarizar;
- Perguntar se tem dúvidas;
- Se o doente continua com dúvidas, responder ou agendar para próximo contacto
- Perguntar se é capaz de conduzir até casa e se tem alguém à sua espera;
- Assegurar a continuidade dos cuidados; agendar contacto seguinte; transmitir disponibilidade e apoio.

Porque é que os médicos se sentem desconfortáveis ao discutir prognósticos e opções de tratamento?

As principais preocupações descritas pelos médicos são a incerteza acerca das expectativas do doente, medo de não ser capaz de manter a esperança, sensação de incapacidade para lidar com a reação emocional do doente e constrangimentos devido a situações anteriores em que o médico foi demasiado optimista (Baile et al., 2000)

Dualidades nas etapas da comunicação de más notícias – modelo SPIKES		
S	Antecipar frustração (do médico e do doente)	Sinceridade
P	Aceitar negação/Não confrontar	Corrigir informação errada
I	Aceitar o direito de não querer saber	Disponibilidade
K	Evitar eufemismos	Nunca dizer que não há nada a fazer
E	Sensibilidade e respeito	Evitar paternalismo e a excessiva emoção
S	Tratamento médico da doença	Resolução dos problemas do doente

Quadro 3. Dualidades nas etapas da comunicação de más notícias. Durante a comunicação de más notícias, o médico depara-se com dualidades que podem gerar resistência e interferir com a clareza da transmissão da informação. É fundamental que o mesmo seja capaz de antecipar estes momentos bem como de desenvolver competências emocionais e empáticas que lhe permitam optar por uma postura sincera e compassiva.

Após a leitura do capítulo, propomos a realização de outro exercício.

Exercício prático

Doente do sexo masculino, de 61 anos, comparece a consulta com o seu médico assistente após ciclo de quimioterapia. A resposta ao tratamento não tem sido porém favorável e os exames complementares mostram metastização extensa do tumor. Chega o momento de o comunicar ao doente.

Que diferenças senti na minha preparação para a comunicação de más notícias? Que aspectos preciso de rever? Que competência necessito treinar?

Pontos-chave

- Uma má notícia altera de forma drástica e negativa a perspectiva do doente em relação ao seu futuro; a forma como é comunicada tem consequências tanto para o doente como para o próprio médico;
- A comunicação de más notícias é uma competência fundamental da prática clínica que pode - e deve - ser ensinada, treinada e aperfeiçoada;
- Recentemente tem sido dado maior ênfase à comunicação de más notícias, com realização de investigação na área e desenvolvimento de modelos e protocolos que desempenham um papel importante na preparação do clínico;
- O protocolo SPIKES é um modelo de entrevista clínica específico para a comunicação de más notícia que consiste em seis etapas sequenciais: **S**etting (preparar o que é possível antecipar), **P**erception (perceber o que o doente já sabe), **I**nvitation (descobrir a que nível o doente quer saber; convite claro), **K**nowledge (dar a notícia; dar conhecimento e informação ao doente), **E**motion (responder às emoções do doente com respostas empáticas), **S**trategy (planear o seguimento, clarificar).

Referências

- Baile WF, Buckma R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 5:302-311
- Brown JB, Hammond J, Weston WW (2002). Breaking bad news. In Brown JB, Stewart M, Weston WW (Eds) *Challenges and Solutions in Patient-Centered Care*. United Kingdom; Radcliffe Medical Press Ltd.
- Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J (2017). Breaking Bad News - An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21(5):573-580
- Buckman R (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*. 288(6430):1597–1599
- Buckman R, Korsch B, Baile WF (1998). *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*. CD-ROM (Pt 2): Dealing with feelings. Toronto; Medical Audio Visual Communications.
- Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MH, Boyer MJ (1997). The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*. 8:857-863
- Coulehan JL, Block ML (2006). Telling Bad News. In: Coulehan JL, Block ML (Eds) *The Medical Interview – Mastering Skills for Clinical Practice*. Philadelphia; F.A.Davis Company.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*. 27(10):1361–1367
- Greisinger AJ, Lorimor RJ, Aday LA, Winn RJ, Baile WF (1997). Terminally ill cancer patients: their most important concerns. *Cancer Practice*. 5:147-154.
- Joeke C (2007). Breaking bad news. In: Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, West R (Eds) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. New York; Cambridge University Press.
- Kaplan M (2010). SPIKES:A framework for breaking bad news to patients with câncer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(4):514-6
- Knight, S (2004). EndLink: An Internet-based End of Life Care Education Program – Module 2: Communication Bad News. Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center at Northwestern University. Acedido em:
http://endlink.lurie.northwestern.edu/eolc_communicating_bad_news.cfm

Lane R (2016). Breaking Bad News. In: Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (Eds) *Clinical Communication in Medicine*. United Kingdom; John Wiley & Sons Ltd.

Langewitz W (2017). Breaking bad news – Quo vadis? *Patient Education and Counseling*. 100(4):607-609

Lind SE, DelVecchio-Good MJ, Seidel S, Csordas T, Good BJ (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 7:583-589

Lubinsky MS (1999). Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genetic Counseling*. 3:5-12

Macdonald E (2004). *Difficult Conversations in Medicine* (1st ed.) New York; Oxford University Press.

Maynard DW (1996). On “realization” in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation. *American Sociological Review*. 61:109-131

Miller SM (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*. 76:167-177

Monden KR, Gentry L, MTh, Cox TR (2016). Delivering bad news to patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 29(1):101–102

Narayanan V, Bista B, Koshy C (2010). ‘BREAKS’ Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*. 16(2):61–65

Rabow MW, McPhee SJ (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*. 171(4):260–263

Sardell AN, Trierweiler SJ (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*. 72:3355-3365

Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz (2005). Recipients’ perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*. 58(3):244–251

Studer RK, Danuser B, Gomez P (2017). Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*. 120:14-22

Vandekieft GK (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*. 64(12):1975-8

Whippen DA, Canellos GP (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*. 9:1916-1920.