

Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura

Medical Training for Breaking Bad News: Review of the Literature

Alexandre Nonino¹
Stenia Gonçalves Magalhães¹
Denise Pinheiro Falcão¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica.
- Relações Médico-Paciente.
- Comunicação.
- Revelação da Verdade.

KEYWORDS:

- Medical Education.
- Physician-Patient Relations.
- Communication.
- Truth Disclosure.

RESUMO

Nos últimos anos, diretrizes para a comunicação médica de más notícias aos pacientes foram publicadas. Treinamentos para esta tarefa passaram a ser incluídos nos currículos de graduação, especialização e educação médica continuada. O objetivo desta revisão foi avaliar as evidências existentes na literatura sobre a eficácia destes treinamentos. Apenas sete estudos controlados, quatro dos quais randomizados, foram encontrados. Quatro deles indicam melhora dos aprendizes que foram treinados. Estes achados mostram que o treinamento em comunicação de más notícias pode ser eficaz para médicos e estudantes, mas há importantes limitações que impedem conclusões definitivas. Estas limitações são discutidas.

ABSTRACT

Guidelines for communicating bad news to patients have been published and training programs for this task have been included in graduate and post-graduate medical courses. The aim of this review was to evaluate evidence of the efficacy of these trainings in the medical literature. Only seven controlled trials, four of them randomized, were found. Four for them showed improvement in communication skills in the trained apprentices. These findings suggest that training undergraduate and post-graduate doctors in the skills for communicating bad news may be beneficial but there are important limitations to reach a definitive conclusion. These limitations are discussed.

Recebido em: 04/12/2011

Aprovado em: 04/04/2012

INTRODUÇÃO

A comunicação de más notícias, embora seja frequente entre os profissionais de saúde e seus pacientes, ainda é considerada uma tarefa extremamente difícil¹. Entende-se por más notícias a revelação de diagnósticos que impactam negativamente a vida dos pacientes, segundo a percepção deles próprios².

No passado, havia uma crença disseminada entre médicos de que a revelação de informações ameaçadoras poderia causar angústia que incapacitaria a manutenção de qualquer esperança por parte dos pacientes, justificando-se, assim, a ocultação das más notícias³. Contudo, desde a segunda metade do último século, evidencia-se uma tendência, por parte dos pacientes, público em geral e médicos, a expor abertamente diagnósticos e prognósticos, tornando a comunicação médica mais clara⁴.

Interações em que se discutem más notícias são reconhecidamente angustiantes para todos os envolvidos. A forma como o diagnóstico de doenças graves, como o câncer, é transmitido pode ter impacto significativo não apenas nas percepções do paciente sobre sua doença, mas também nas relações de longo prazo com seu médico⁵.

Médicos residentes, quando avaliados por instrumentos para detecção de habilidades consideradas necessárias à transmissão de más notícias de forma empática e informativa, apresentam barreiras à interação com os pacientes. Parte desse problema está associada a seus medos, falta de suporte de supervisores e restrição de tempo⁶. Outro aspecto a observar é que muitos falham por não considerar a perspectiva e expectativa do paciente^{7,8}.

Embora o tempo de experiência profissional possa aprimorar a aptidão médica em comunicar más notícias⁹, considerável proporção de médicos mais experientes ainda se sente insuficientemente instruída sobre como realizar esta tarefa¹⁰. Levantamentos realizados mostram que a maioria dos médicos especialistas acredita que programas de treinamento nesta prática sejam úteis^{1,11}.

Para abordar este problema, pesquisadores investigaram as experiências e desejos de profissionais de saúde, pacientes e seus familiares¹² e desenvolveram diretrizes de interação no contexto oncológico^{13,14}. Estas diretrizes dividem a interação, basicamente, em três etapas: (a) preparação para a transmissão da notícia, em que se estabelece o contato pessoal, verifica-se o grau de conhecimento do paciente em relação ao diagnóstico e a extensão das informações que deseja receber; (b) informação propriamente dita, com linguagem e ritmo adequados; (c) resposta empática à reação do paciente. Além de guiarem os conteúdos verbais que devem ser expressos, as diretrizes levam em conta que conteúdos não verbais têm impacto na qualidade da comunicação¹⁵.

Baseadas na premissa de que a habilidade de comunicação pode ser ensinada¹⁶, diferentes estratégias de educação para estudantes de Medicina e médicos foram desenvolvidas¹⁷. Estas estratégias incluem, entre outras: aulas didáticas, discussões em grupos, práticas de atuação individuais ou em grupo com pacientes simulados e momentos didáticos durante o atendimento clínico. Cada uma destas modalidades tem potenciais vantagens e desvantagens, como indicado no Quadro 1.

QUADRO 1.

Adaptado de Rosebaum et al. (18) Vantagens e desvantagens de estratégias para ensino de comunicação de más notícias para estudantes e residentes

Estratégia	Vantagens	Desvantagens
Aulas didáticas	Apresenta conceitos fundamentais a grande número de aprendizes; tempo e recursos dispensados mínimos; aprendizes são anônimos	Pouca oportunidade para discussão; Sem oportunidade de prática e <i>feed-back</i>
Discussão em pequenos grupos	Oportunidade de discutir problemas, competências e preocupações	Sem oportunidade de prática e <i>feed-back</i> ; Tempo intensivo dos instrutores
Pequenos grupos; Simulação pelos pares	Oportunidade de discutir problemas, competências e preocupações; Prática de competências com <i>feed-back</i> ; oportunidade de vislumbrar a perspectiva do paciente	Capacidades diversas de aprendizes simularem pacientes; Tempo intensivo dos instrutores
Pequenos grupos; Pacientes Simulados (PS) padronizados	Possibilidade de cenários múltiplos; Prática de competências com <i>feed-back</i> de instrutores, pares e PS. Situações mais realistas	Ansiedade pela performance diante dos pares; Tempo intensivo dos instrutores e PS; Menos realistas que encontros individuais
Encontros individuais padronizados	Prática de competências com <i>feed-back</i> de instrutores e PS; Mais realista que interações em grupo	Sem discussão em grupo; sem exposição a diferentes abordagens e reações dos pacientes; Tempo intensivo dos instrutores e PS
Momentos didáticos em situações clínicas reais	Contexto real; Observação, demonstração e <i>feed-back</i>	Restrição de tempo; Privacidade do paciente

Um levantamento realizado com coordenadores de residências médicas em cancerologia nos Estados Unidos mostrou que 63% dos programas têm alguma forma de treinamento em comunicação de más notícias, e em 23% deles o período de treinamento é considerado de moderado a extenso por seu coordenador¹⁸. No Brasil, há também iniciativas de inclusão de treinamento em comunicação no currículo médico². Embora esse treinamento venha se tornando parte consistente da educação médica, ainda há poucos dados para demonstrar a eficácia destes treinamentos¹⁹.

Assim, o objetivo desta revisão foi determinar quais são as evidências existentes na literatura sobre a eficácia do treinamento de médicos e estudantes de Medicina para a comunicação de más notícias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram consultadas as bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo, através da estratégia: (“education, medical” [mesh] OR “medical oncology/education” [mesh]) AND (“physician-patient relations” [mesh] OR “communication” [mesh]) AND (“truth disclosure” [mesh] OR “bad news” [tiab] OR *diagnos** [tiab] OR *prognos** [tiab] OR *reveal** [tiab] OR *revelation* [tiab] OR *fatal* [tiab] OR *death* [tiab] OR “end of life” [tiab] OR *unfavorable* [tiab]), usando o limitador “clinical trials”. O período de publicação se estendeu até 30 de outubro de 2011, sem limite de data inicial ou restrição de idioma.

Com base nos resultados desta busca, selecionamos para análise apenas os estudos controlados sobre treinamento de estudantes de Medicina ou médicos, específicos para a comunicação de más notícias, isto é, de diagnósticos de doenças potencialmente fatais, como câncer, ou gravemente debilitantes, como doenças neurodegenerativas, ou ainda de mudança do intuito assistencial de terapêutico para paliativo. Ensaios clínicos que avaliaram a eficácia de treinamentos em comunicação médica em geral não foram considerados para esta análise.

RESULTADOS

Dos 85 estudos identificados, somente sete corresponderam aos critérios de inclusão definidos para esta revisão, todos publicados nos últimos dez anos. As características deles estão apresentadas no Quadro 2²⁰⁻²⁶.

As modalidades de treinamentos realizadas e seus conteúdos, durações e extensões foram consideravelmente diferentes em cada estudo. Além disso, em dois estudos^{21,22}, os grupos controles foram também intervencionais. Um dos estudos²⁵ fez uso de comunicação por internet como forma de realizar treinamento e avaliação a distância.

Os questionários ou sistemas de pontuação utilizados para avaliar o desempenho de cada sujeito de pesquisa foram

únicos para cada estudo, construídos com base nas diferentes diretrizes de comunicação de más notícias existentes e/ou nas experiências prévias de cada grupo de pesquisadores. Apenas em um estudo²², o desfecho avaliado foi relacionado ao paciente entrevistado (Escala de Ansiedade pré e pós-consulta de pacientes oncológicos aos médicos sujeitos de pesquisa).

Quanto à aplicação da avaliação, diferentes estratégias foram utilizadas. Em três estudos^{20,21,25}, os pacientes simulados eram os responsáveis pelo preenchimento dos questionários de avaliação de conteúdos e competências do entrevistador. Em dois estudos^{23,24}, esta tarefa coube a dois avaliadores externos, e, em um outro²⁶, a um *software* de análise de conteúdos das transcrições, alimentado por dicionários construídos especificamente para esta finalidade. Em todos os estudos os avaliadores eram cegos em relação a qual grupo pertencia cada sujeito.

Quatro dos sete estudos mostraram diferenças significativamente favoráveis aos grupos que realizaram treinamentos (ou que tiveram treinamento mais extensivo nos casos de estudos com controles intervencionais). Quando consideramos somente os estudos randomizados, apenas um dos quatro estudos²⁶ evidenciou desfechos que favoreceram o grupo treinado. Entretanto, em dois deles^{24,25}, verificou-se que o grupo teste obteve desempenho melhor, próximo da significância estatística.

DISCUSSÃO

A partir da formulação e publicação de diretrizes para a comunicação de más notícias, diversas modalidades de treinamento para esta tarefa passaram a fazer parte dos currículos de vários cursos de graduação em Medicina, residência médica e educação médica continuada. As estratégias de treinamento são variadas e frequentemente consomem muitos recursos e tempo dos educadores¹⁷. A disponibilidade de novas tecnologias, baseadas na internet, pode reduzir o custo e aumentar a aplicabilidade destes treinamentos²⁵.

Embora estudos prévios não controlados tenham demonstrado que tais treinamentos traziam satisfação para estudantes e médicos participantes e maior confiança deles para comunicar más notícias²⁷⁻²⁹, a presente revisão mostra que há poucos estudos com desenho adequado para avaliar a eficácia destes treinamentos.

Dos sete estudos controlados, quatro mostraram resultados favoráveis aos grupos submetidos a treinamento. Em dois dos estudos randomizados, houve uma tendência não significativa a favor do grupo que sofreu a intervenção. Como em nenhum dos estudos houve prévio cálculo amostral formal, é possível que eles não tenham tido poder suficiente para de-

QUADRO 2
Características dos Estudos

Autores	País	Rando- mizado	N	Sujeitos	Intervenções	Duração	Avaliação	Resultados	p
Colletti et alli. 2001 (20)	Estados Unidos	Não	38	Estud. Med.	Teste: PS/FB Controle: nenhuma	1-2 h -	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste	<0,05
Amiel et alli. 2006 (21)	Israel	Não	34	Med. Treinam.	Teste: AT + DG + PS/FB Controle: DG	14 x 1,5h ND	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste	<0,01
Lienard et alli. 2006 (22)	Bélgica	Sim	57	Med. Especial.	Teste: AT + PT + WC Controle: AT + PT	1h + 2,5d + 6x3h 1h + 2,5d	Avaliação de Intensidade de Ansiedade após entrevista com paciente real	Redução da Ansiedade pré e pós entrevista semelhante nos 2 grupos	0,28
Alexander et alli. 2006 (23)	Estados Unidos	Não	56	Med. Treinam.	Teste: AT + DG + PS/FB Controle: nenhuma	2 dias -	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste	0,04
Szmulowicz et alli. 2010 (24)	Estados Unidos	Sim	49	Med. Treinam.	Teste: AT + DG + PS/FB Controle: nenhuma	1 dia -	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste, não significativas	0,07
Daetwyler et alli. 2010 (25)	Estados Unidos	Sim	52	Estud. Med.	Teste 1: e-learning Teste 2: e-learning+ PS/FB Controle: nenhuma	ND ND -	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste 2, não significativas	0,053
Lienard et alli. 2010 (26)	Bélgica	Sim	113	Med. Treinam.	Teste: AT + DG + PS/FB Controle: nenhuma	40 horas -	Análise de conteúdo/ competências em entrevista com paciente(s) simulado(s)	Diferenças nos Scores de conteudos/competencias favorecendo Grupo Teste	*

Legenda: ND: Informação não disponível; d: dias; h: horas; Sujeitos: Estud. Med.: Estudantes de Medicina; Med. Treinam.: Médicos em treinamento (residentes ou fellows); Med. Especial.: Médicos especialistas, em atividade profissional. Intervenções: AT: aulas teoricas; DG: Discussão em Grupos; PS/FB: Encontro com pacientes simulados e feedback/orientações; PT: "Programa de Treinamento básico"; WC: "Workshops de Consolidação"; e-learning: módulo de treinamento por internet; * os conteúdos/competencias foram avaliados separadamente, e foram significativos ($p < 0,05$) na sua maioria.

tectar diferenças. A diversidade de métodos de treinamento e avaliação impede agrupar estes dados para análise. Outra limitação dos estudos existentes é que, por analisarem os desfechos logo após a finalização dos treinamentos, não permitem avaliar a capacidade dos médicos de reter por longo prazo as competências aprendidas. Limitações semelhantes ocorrem quando se investigam as evidências sobre a eficácia de treinamentos em comunicação médica geral, conforme evidenciado por revisão sistemática³⁰.

Embora o foco das diretrizes para a comunicação de más notícias seja, em última análise, a redução da ansiedade e a melhoria da compreensão e aderência dos pacientes²⁴, todos os estudos aqui avaliados, com uma exceção, e a grande maioria dos estudos não controlados têm, como desfecho principal, mudanças nos comportamentos dos médicos ou estudantes. O único estudo controlado e randomizado que avaliou redução do escore de ansiedade dos pacientes falhou em mostrar benefício do treinamento²¹. A escassez de estudos que avaliem desfechos relacionados aos pacientes provavelmente decorre da óbvia maior dificuldade em desenhá-los e conduzi-los.

Esta revisão mostra que a preocupação a respeito da qualidade da comunicação de más notícias ao paciente é atual, mas não permite concluir, de forma inequívoca, que treinamentos de estudantes de Medicina e médicos residentes podem ser benéficos para que adquiram as competências consideradas necessárias.

Por fim, deve-se considerar que há diferenças nas formas de comunicação verbal e não verbal entre diversas culturas e que, portanto, a realização de estudos controlados em estudantes ou médicos brasileiros será bem-vinda.

REFERÊNCIAS

- Barnett MM, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Med Educ.* 2007;41(10):947-56
- Lino AC, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa, LB, Caprara A. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Méd.* 2011; 35(1): 52-57

3. Reiser SJ. Words as Scalpels: Transmitting Evidence in the Clinical Dialogue. *Ann Intern Med.* 1980; 92(6):837-42
4. Charlton RC. Breaking bad news. *Med J Aust.* 1992; 157(9):615-21.
5. Maguire P. Breaking bad news. *Eur J Surg Oncol.* 1998; 24(3):188-91
6. Eggly S, Afonso N, Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med.* 1997;72(5):397-9.
7. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II-Most young doctors are bad at giving information. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986; 292(6535):1576-8.
8. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* 2001;35(3):197-205.
9. Dickinson GE, Tournier RE. A decade beyond medical school: a longitudinal study of physicians' attitudes toward death and terminally-ill patients. *Soc Sci Med.* 1994; 38(10):1397-400.
10. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *J Palliat Med.* 2010; 13(6):677-83.
11. Costantini A, Baile WF, Lenzi R, Costantini M, Ziparo V, Marchetti P, Grassi L. Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *J Cancer Educ.* 2009; 24(3):180-5.
12. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004; 363:312-9
13. Giris A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol.* 1995;13(9):2449-56
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al: SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news — Application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5:302-11
15. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Froes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Rev Bras Ed Méd* 2010; 34 (3):363-70
16. Turini B, Martins-Neto D, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: experiência, estruturação e desafios em novos currículos médicos. *R Rev Bras Ed Méd* 2008; 32 (2): 264-70
17. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med.* 2004;79(2):107-17.
18. Hebert HD, Butera JN, Castillo J, Mega AE. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors. *J Palliat Med.* 2009;12(12):1119-24.
19. Wittenberg-Lyles EM, Goldsmith J, Sanchez-Reilly S, Ragan SL. Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencies in current communication training protocols. *Soc Sci Med.* 2008; 66(11):2356-65.
20. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching students to break bad news. *Am J Surg.* 2001;182(1):20-3.
21. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, et al. Ability of primary care physician's to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. *Patient Educ Couns.* 2006; 60(1):10-5.
22. Liénard a, Merckaert I, Libert Y, et al. Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Ann Oncol.* 2006;17(9):1450-8.
23. Alexander SC, Keitz S a, Sloane R, Tulskey J a. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Acad Med.* 2006; 81(11):1008-12.
24. Szmuiłowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliative Med.* 2010; 13(4):439-52.
25. Daetwyler CJ, Cohen DG, Gracely E, Novack DH. eLearning to enhance physician patient communication: a pilot test of "doc.com" and "WebEncounter" in teaching bad news delivery. *Med Teach.* 2010; 32(9):e381-90.
26. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Brit J Cancer.* 2010; 103(2):171-7.
27. Cushing AM, Jones A. Evaluation of a breaking bad news course for medical students. *Med Educ* 1995;29:430-5.
28. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students to break bad news. *Can Med Assoc J* 1997;156:1159-64.
29. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of work-shops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999; 86:887-97.
30. Moore PM, Wilkinson SSM, Rivera Mercado S. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, Issue 10, Art. No. CD003751.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Alexandre Nonino concepção e desenho do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação de dados; elaboração da versão inicial do artigo; aprovação final da versão encaminhada para publicação. Stenia Gonçalves Magalhães concepção e desenho do estudo, aquisição de dados; revisão crítica da versão inicial para conteúdo intelectual significativo; aprovação final da versão encaminhada para publicação. Denise Pinheiro Falcão concepção e desenho do estudo, análise e interpretação de dados; revisão crítica da versão inicial do artigo para conteúdo intelectual significativo; aprovação final da versão encaminhada para publicação

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alexandre Nonino
SMHN Quadra 2, Bloco A, 12º andar
Brasília
CEP. 70710-904 DF
E-mail: nonino@cetro.com.br