



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Centro de Bioética

Comunicação e importância da verdade em Cuidados Paliativos

Ana Carlota Vida

Abril'2017



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Centro de Bioética

Comunicação e importância da verdade em Cuidados Paliativos

Ana Carlota Vida

Orientado por:

Dr. Paulo Reis Pina

Abril'2017

RESUMO

A comunicação é um elemento chave na relação entre os profissionais de saúde, os doentes e suas famílias. Relativamente à área dos Cuidados Paliativos, torna-se ainda mais pertinente, quer devido às novas situações que surgem quotidianamente no percurso da doença, quer devido à adaptação necessária para superá-las. Na maioria das vezes, a gravidade e complexidade inerentes à prestação destes cuidados tornam a comunicação difícil, não só pelos temas que são tratados, mas também pela situação de vulnerabilidade do doente. Também a verdade assume um papel importante na discussão com os doentes, nomeadamente, na comunicação de más notícias e de prognósticos terminais.

Deste modo, esta revisão tem como principais objetivos identificar os principais facilitadores e barreiras de comunicação; verificar quais as perceções do médico e do doente a este respeito; perceber a importância do treino e da formação nas capacidades comunicativas dos profissionais de saúde; esclarecer o papel da comunicação na transição para os Cuidados Paliativos; compreender a importância da verdade em situações de doença avançada, nomeadamente, as preferências dos doentes e a posição adotada pelos profissionais relativamente a prognósticos terminais.

Palavras-chave: comunicação, verdade, Cuidados Paliativos, prognóstico, fim de vida

ABSTRACT

Communication is a fundamental part in the relationship between healthcare professionals, patients and their families. When it comes to Palliative Care, it becomes even more important, due to the new situations that emerge in the evolution of the disease and the need to adapt so as to overcome this period. In most cases, the severity and complexity inherent to the providing of care makes communication difficult, not only because of the topics that are discussed but also due to the vulnerability of the patients. Truth-telling also assumes a relevant part in discussions with patients, such as delivering bad news or terminal prognosis.

This review intends to identify the major facilitators and barriers of communication and verify which are the perceptions of both the doctor and the patient in this matter; understand the importance of training the communicative capacities of healthcare professionals; make clear the role of communication when referring patients to Palliative Care and comprehend the importance of truth-telling in cases of advanced disease, more precisely, the preferences of the patients and the position adopted by clinicians when it comes to terminal prognosis.

Key-words: communication, truth-telling, Palliative care, prognosis, end-of-life

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da Faculdade de Medicina de Lisboa.

ÍNDICE

Introdução.....	6
1. Comunicação	6
1.1. Benefícios da comunicação.....	6
1.2. Facilitadores da comunicação.....	7
1.3. Barreiras da comunicação.....	8
1.4. Comunicação centrada no doente.....	10
1.5. Perceções do médico e do doente sobre a comunicação.....	11
1.6. Treino/ Formação.....	11
1.7. Comunicação na transição para os Cuidados Paliativos.....	13
2. A importância da verdade.....	13
2.1. Preferências dos doentes.....	14
2.2. Diferenças culturais.....	17
2.3. Prognóstico e fim de vida.....	17
2.3.1. Incerteza associada ao prognóstico.....	18
2.3.2. Ansiedade e depressão.....	19
2.3.3. Espiritualidade e religião.....	19
2.3.4. Família.....	19
2.3.5. Honestidade.....	20
3. Comunicação de más notícias.....	21
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	25

Índice de abreviações

CP – Cuidados Paliativos

MN – más notícias

FDV – fim de vida

PS – profission(al)/(ais) de saúde

PT – prognóstico(s) termin(al)/(ais)

Introdução

A comunicação é um elemento chave na relação entre os profissionais de saúde (PS), os doentes e suas famílias. É através desta que o médico reúne grande parte da informação necessária acerca do doente, a qual lhe permitirá estabelecer o diagnóstico. É também por esta via que o doente tem acesso a informação da sua condição clínica, nomeadamente, diagnóstico, instruções terapêuticas, conselhos e todos os dados necessários para o envolver no processo de tomada de decisão, numa medicina centrada no doente.^{1,2} Assim, pretende-se que exista uma troca de informação entre ambas as partes envolvidas. Estes aspetos são fundamentais na criação de uma relação médico-doente de confiança, indispensáveis na prestação de um serviço de melhor qualidade que visa assegurar o bem-estar do doente¹.

Num estudo com 167 oncologistas de todo o mundo, verificou-se que os médicos transmitem más notícias (MN) numa média de trinta e cinco vezes por mês, tendo-se identificado que o tópico mais difícil de discutir foi a substituição do tratamento curativo pela implementação de medidas paliativas³. Deste modo, observa-se que relativamente à área dos Cuidados Paliativos (CP), este assunto é ainda mais pertinente, quer devido às novas situações que surgem quotidianamente no percurso da doença, mas também devido à adaptação necessária para superá-las. Além disso, a gravidade e complexidade inerentes à prestação destes cuidados, tornam a comunicação difícil na maioria das vezes, não só pelos temas que são tratados, bem como pela situação de vulnerabilidade do doente.⁴

Deste modo, esta revisão tem como principais objetivos identificar os principais facilitadores e barreiras de comunicação; verificar quais as perceções do médico e do doente a este respeito; perceber a importância do treino e da formação nas capacidades comunicativas dos PS; esclarecer o papel da comunicação na transição para os CP; compreender a importância da verdade em situações de doença avançada, nomeadamente, as preferências dos doentes e a posição adotada pelos profissionais relativamente a prognósticos terminais (PT).

1. COMUNICAÇÃO

1.1. Benefícios da comunicação

A comunicação tem como pilar princípios básicos relacionados com a transferência de informação, tais como: ser específica, ser pouco complicada, utilizar alguma repetição, minimizar a linguagem médica e a verificação de que o doente está a compreendê-la⁵.

A comunicação eficaz tem sido considerada a arte da medicina, tendo por base promover uma boa relação interpessoal, facilitar a troca de informação e envolver os doentes na tomada de decisão¹. Os doentes que estabelecem uma boa relação com o seu médico estão mais

disponíveis para partilhar informação pertinente acerca dos seus problemas, receios e expectativas, permitindo ao profissional de saúde atender às suas necessidades, através do alívio de sintomas e da melhoria do seu bem-estar. Assim, a adesão à terapêutica e aos conselhos prestados pelos PS tende a ser maior¹. Esta relação que se estabelece permite ainda conhecer o contexto do doente, nomeadamente, os seus valores culturais e espirituais, possibilitando oferecer medidas de apoio nesse sentido. Existe, portanto, um reforço da autonomia do doente, fruto de uma relação médico-doente mais interativa. A componente familiar é também beneficiada, uma vez que existe uma melhoria da relação com os familiares e uma maior compreensão das suas necessidades. Deste modo, temos um cuidado cada vez mais humanizado e capaz de dignificar o doente.⁴

Existe uma forte associação entre a satisfação do doente e os comportamentos do médico. Apesar de existirem outros fatores que influenciam a satisfação do doente, a evidência indica que esta está fortemente associada com comportamentos comunicativos que ocorrem durante a interação médico-doente⁵. Num estudo, estes comportamentos foram organizados em duas categorias: comportamentos práticos (onde se incluem respostas de escuta ativa, dar informação detalhada) e comportamentos afetivos (trocas emocionais, como responder empaticamente, demonstrar apreço e atender às principais preocupações do doente). Os comportamentos práticos foram identificados como os contributos mais importantes para a satisfação do doente. Contudo, para que essa satisfação fosse significativa, esses comportamentos tinham de estar aliados a conceitos de medicina centrada no doente, na medida em que o médico não era demasiado direto e ao mesmo tempo estava atento à resposta do doente à informação que lhe era transmitida. A comunicação não-verbal, como o contacto visual e a escuta ativa, estavam também associados a um aumento da satisfação do doente⁵.

1.2. Facilitadores da comunicação

Vários estudos sugerem que uma melhor compreensão dos fatores que facilitam a comunicação acerca do fim de vida (FDV) podem ser úteis para guiar e implementar estratégias de comunicação mais adequadas e que têm por base as preocupações e preferências do doente⁶. Ter menos barreiras e mais facilitadores está associado a uma maior comunicação sobre FDV e com mais qualidade, segundo os doentes⁶. Mais frequentemente têm sido referidos como facilitadores da comunicação⁷:

- Algumas características relacionadas com o doente: ter mais idade e maior esperança de vida;
- A disponibilidade do médico (visitas domiciliárias, tirar o tempo necessário para discutir com o doente, prestar continuidade de cuidados);
- Uma longa relação médico-doente;

- Demonstrar compromisso e estar disponível para discutir qualquer assunto, nomeadamente, diagnóstico e prognóstico; assuntos relacionados com as dimensões psicológica, social e espiritual do doente, bem como as suas preferências relativamente ao FDV e eventual preparação da morte;
- Ser proactivo, isto é, ter iniciativa para abordar e discutir assuntos relacionados com FDV;
- Boas capacidades interpessoais;
- Ser honesto, amigável e respeitar o doente;
- Escutar o doente ativamente e de forma séria, prestando atenção a possíveis sinais;
- Dar-lhe oportunidade de expressar as suas emoções;
- Ajudá-lo a articular as suas preocupações e, se possível, antecipar os seus pensamentos;
- Apoiar (encorajar, dar apoio emocional);
- Monitorizar alterações na opinião do doente;
- Verificar que a informação transmitida foi compreendida;
- Não ocultar informação;
- Procurar estabelecer um consenso com o doente, nomeadamente, no que diz respeito ao tratamento;
- Negociar as várias opções dentro dos CP;
- Ter mais experiência e treino específico em CP.

1.3. Barreiras da comunicação

- Relacionados com o doente:

- Condição médica do doente, linguagem e fatores culturais^{7,8};
- Estado emocional do doente⁸;
- Ambivalência acerca da vontade de conhecer o prognóstico⁷;
- O doente não falar acerca dos seus problemas e necessidades⁷;
- Falta de clareza do doente nas suas expectativas⁷;
- Dificuldade em discutir alguns temas, como por exemplo, a espiritualidade⁷;
- Vergonha por não compreender a informação transmitida pelo médico⁷;
- Alteração das ideias e preferências do doente durante a progressão da doença⁷;
- Papel da família: desentendimento entre o doente e os seus familiares⁷;
- A dependência no médico⁷;
- Imprevisibilidade do curso da doença⁷.

- Relacionados com o médico:

- Disponibilidade: falta de tempo, ausência (ex: férias), não fazer visitas domiciliárias^{7,8,9};

- Complexidade da informação médica e utilização de linguagem médica inacessível^{7,9};
- Utilização de eufemismos: são frequentemente usados com o objetivo de tentar amenizar uma situação sendo que, na maioria das vezes, os profissionais não se apercebem que transmitiram um significado incorreto, sobretudo quando a comunicação não-verbal não é congruente com a mensagem subentendida. Por exemplo, as expressões “gânglios positivos” ou “gânglios negativos” e frases como “a doença está a progredir” apresentam diferentes conotações quando utilizadas num contexto médico ou por um leigo, podendo alarmar ou falsamente tranquilizar os doentes³;
- Estar preocupado com o efeito que a informação poderá ter na esperança do doente⁷;
- Dificuldade em determinar qual o momento certo para iniciar discussão relacionada com FDV⁷;
- Ocultar/ esconder informação^{7,10};
- Não saber quais os doentes que desejam discutir estes tópicos⁷;
- Não escutar atentamente⁷;
- Não atender às necessidades emocionais e espirituais do doente, deixando-as para o próprio lidar com elas^{7,10};
- Obstáculos pessoais do médico: dificuldade em lidar com a negação do doente; dificuldade/stress em tomar decisões referentes a CP; fornecer informação de forma brusca; falta de iniciativa perante os doentes; discutir maus prognósticos com muita frequência⁷;
- Incerteza na estimativa do prognóstico – ambiguidade^{7,8};
- Limites do conhecimento médico^{7,9};
- Falta de conhecimento relativamente a CP⁷;
- Dificuldade, por parte dos médicos, em discutir alguns temas, nomeadamente, os seus erros (ex: atraso no diagnóstico ou na referenciação), preocupações espirituais e crenças religiosas dos doentes, estadio final da doença^{7,8};
- Dificuldade em lidar com as próprias emoções (culpa, tristeza, identificação, sensação de falhar), sendo que existe pouca evidência de que estas dificuldades se atenuem com o aumento da experiência do clínico³;
- Deterioração da capacidade de comunicar dos médicos: tem sido documentado em vários estudos que as capacidades comunicativas dos estudantes de medicina tendem a piorar à medida que estes progridem na sua educação médica, havendo uma supressão da empatia e substituição da comunicação por conjuntos de técnicas e procedimentos^{5,10}.
- Falha de comunicação entre a equipa: o tratamento oncológico é geralmente prestado por uma equipa multidisciplinar e, dessa forma, obriga a uma excelente continuidade comunicativa e conhecimento acerca da informação que tem sido disponibilizada quer

pela equipa, quer pelos seus membros individualmente, tanto aos doentes como aos seus familiares. Os membros da equipa têm frequentemente pouca consciência acerca do papel informativo uns dos outros e respetivas responsabilidades³.

Entre todas estas barreiras, as mais frequentemente identificadas relacionam-se com a falta de tempo do médico, ambivalência / falta de abertura para discutir diagnóstico e prognóstico (de ambas as partes – médico e doente), falta de honestidade do médico relativamente a estes mesmos temas⁷. Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos clínicos¹⁰.

1.4. Comunicação centrada no doente

A grande maioria dos clínicos concorda que a melhor forma de comunicar MN caracteriza-se por uma abordagem centrada no doente, em que a informação é dada de forma gradual e progressiva, de acordo com as necessidades do doente, encorajando-os, simultaneamente, a falarem dos seus sentimentos e preocupações. A maioria dos estudos feitos acerca das perspetivas do doente recai sobre qual o tipo de informação que querem receber e não sobre **a forma** como a querem a receber¹¹.

Os clínicos diferem na forma como transmitem a informação. Brewin descreveu três tipos de comunicação de MN¹²:

1. **Centrado na doença** – tem por base que receber MN é uma experiência negativa e dolorosa para o doente, sendo que a forma como esta mensagem é transmitida não é relevante. É também designado por “agressivo e insensível” e caracteriza-se pela transmissão de informação sem envolver o doente.
2. **Centrado na emoção** – o clínico insiste na tristeza da mensagem e demonstra excesso de empatia e de simpatia, ao mesmo tempo evitando causar falsa esperança. É designado “simpático e triste”.
3. **Centrado no doente** – o médico transmite a informação consoante as necessidades do doente, verifica que este compreende a informação disponibilizada e demonstra empatia. Também designado “compreensivo e positivo”, sendo esta a forma recomendada para a transmissão de MN.

Neste estudo verificou-se que estes três diferentes tipos de comunicar com o doente originaram reações claramente distintas nos seus recetores¹¹. Um estilo de comunicação centrado no doente na transmissão de MN resultou num desfecho mais positivo em comparação com os outros dois tipos. Na versão centrada no doente, o clínico foi percecionado como mais emocional, menos dominante e mais apropriado na sua forma de informar, mais disponível e com maior transmissão de esperança. Também esta forma de comunicar atingiu maiores níveis

de satisfação. Além disso, o aumento de tensão/ raiva e depressão/ rejeição foi menor na comunicação centrada no doente.¹¹

1.5. Percepções do médico e do doente sobre a comunicação

Numa revisão sistemática sobre a discrepância entre as percepções do doente e do médico acerca da comunicação no FDV, foi comum os doentes terem a percepção de que os médicos têm tendência para dar informação apenas quando o doente a solicita. É frequente os clínicos interpretarem incorretamente o facto de os doentes não solicitarem informação como não estando interessados em conhecê-la. Da mesma forma, assumem que a informação que os doentes desconhecem não os pode prejudicar e esta atitude paternalista continua muito presente, apesar das iniciativas para aumentar a autonomia e o envolvimento dos doentes². Num estudo americano com médicos de cinco hospitais diferentes, observou-se que mesmo quando os doentes solicitavam estimativas de sobrevivência, os clínicos apenas as forneciam em cerca de 37% das vezes, optando antes por não revelar ou sobrestimar positivamente estes valores³.

Por outro lado, alguns médicos tendem a sobrestimar a necessidade de informação dos doentes. Muitos clínicos acreditam que disponibilizaram mais informação do que aquela que o doente percecionou. Mesmo quando os médicos pensaram ter informado o doente, um subgrupo de doentes (mais de 30%) não compreendeu o seu diagnóstico e respetivo tratamento, nem a extensão da doença².

Pesquisa prévia revelou que os doentes tendem a esquecer entre 40% a 50% da informação que o clínico lhes fornece². Atribuiu-se como justificações o facto de os doentes se encontrarem preocupados e, portanto, apresentarem maior dificuldade em reter a informação; por vezes, não compreenderem a linguagem utilizada, nomeadamente, se esta não tiver sido claramente comunicada; negarem ou inconscientemente bloquearem a informação como mecanismo de *coping* relativamente à doença².

1.6. Treino/ Formação

Num estudo onde se gravaram consultas com mais de 3000 doentes, os médicos analisaram as suas entrevistas e a sua performance e avaliaram-na como sendo pior quando estavam a ser discutidos CP, em comparação com a discussão sobre potencial tratamento curativo, o que permite inferir a importância de uma boa comunicação³.

Tem sido demonstrado que o treino das capacidades comunicativas melhora a comunicação médico-doente¹. Vários cursos de treino de transmissão de MN têm sido reportados, mas todas estas iniciativas utilizam uma grande variedade de modelos e abordagens³. A maioria dos cursos e *workshops* são aferidos através de uma auto-avaliação da

confiança por parte dos participantes, antes e após os cursos. Apesar destas avaliações serem, de forma geral, positivas, fornecem pouca evidência acerca da eficácia da transferência de boas capacidades para a prática clínica³. Além disso, os comportamentos aprendidos podem diluir-se ao longo do tempo, pelo que é importante praticar novas técnicas e ter feedback regular dessas aprendizagens¹.

A educação em CP tem sido uma forma de introduzir o treino de capacidades comunicativas na educação médica não graduada, com particular ênfase em como transmitir MN aos doentes. Entre 2000 e 2005, a educação em CP nas escolas médicas dos EUA aumentou de 87% para 94%, sendo que 92% das escolas consideram que esse currículo incide em ensinar como comunicar com doentes em estadios terminais e suas famílias¹³.

Num estudo acerca da visão/ ideias dos estudantes de medicina acerca do treino em comunicação em CP, verificou-se que estes acreditam que a habilidade natural e a experiência são mais importantes do que um currículo de aprendizagens em comunicação, uma vez que consideram que a capacidade de transmitir MN depende largamente do bom senso e de capacidades inatas. Ainda assim, a insatisfação dos estudantes com o formato do ensino sugere que as abordagens pedagógicas acerca da comunicação em CP devem envolver técnicas mais interativas que valorizam estratégias verbais e não-verbais. Por exemplo, o *role play* e a prática de transmissão de MN em doentes *standard* foram estratégias identificadas como desejáveis¹³.

Numa revisão sobre a transmissão de MN, verificou-se que a abordagem mais bem-sucedida foi aquela centrada no aluno e que apresentava como características principais uma componente cognitiva/ baseada em evidência sobre capacidades comunicativas; uma componente comportamental que permitia aos participantes ensaiar essas capacidades adquiridas, através da técnica de *role play* (com atores desempenhando o papel de doentes); uma componente afetiva que permitia aos participantes explorarem os sentimentos evocados pela comunicação de assuntos difíceis. Nesta revisão, também se identificou a falta de treino como o principal fator responsável pelos elevados níveis de *burnout* e morbidade psicológica nos PS³.

A transmissão de MN de forma apropriada é apenas um elemento da interação com os doentes. Assim, o conteúdo destes cursos deve incluir outras aprendizagens, sempre com o objetivo de melhorar a comunicação³. Nesse sentido, um outro estudo identificou contar o prognóstico, mediar conflitos, comunicar empaticamente e saber lidar com a família, como competências nucleares que devem ser alvo de treino nos estudantes de medicina e devem fazer parte dos programas de educação médica¹⁴.

1.7. Comunicação na transição para os Cuidados Paliativos

Num estudo sobre a comunicação de um PT em CP, documentaram-se cinco domínios como sendo de grande importância para esta população: controlar a dor, evitar um prolongamento da morte, atingir um estado de controlo, aliviar o sofrimento/ esgotamento da família e fortalecer relações com as pessoas mais próximas¹⁵.

Um outro estudo sobre o papel da comunicação na transição para os CP destaca a importância do trabalho conjunto entre as diferentes áreas interdisciplinares, valorizando a colaboração na comunicação entre a equipa, o doente e os seus familiares. Deste modo, deve-se assegurar ao doente que não há desinvestimento por parte da equipa na sua saúde, apenas será modificado o foco de intervenção, pretendendo-se proporcionar vida com qualidade, sem sofrimento físico e possibilitar a realização de concretizações pessoais⁴.

É fundamental perceber qual a avaliação que o doente faz da sua condição, pois esta será um fator-chave para uma comunicação eficaz. Esta deve ser adaptada às preferências e características do doente e sua família. Assim, o profissional de saúde deve posicionar-se a partir das emoções do doente (raiva e negação) e criar medidas paliativas para a tomada de decisões⁴.

2. A IMPORTÂNCIA DA VERDADE

É dever do clínico informar, mas nem sempre é desejo do doente ser informado¹⁶. Assim, não deve ser negado ao doente, informação e conhecimento necessários para que este faça escolhas críticas. Porém, uma vez que esta partilha pode incluir uma verdade dolorosa, requer grande sensibilidade e bom senso para julgar como, quando e onde é apropriado partilhá-la¹⁷.

Ainda que a verdade seja importante, várias questões são levantadas: Quanta informação verdadeira devem os doentes saber? Como deve ser contada? Deve estar o doente em controlo do fluxo de informação? Deve o doente conhecer o diagnóstico terminal, ainda que esta informação seja indesejada?¹⁷

Recentemente, o paternalismo tem vindo a ser substituído por uma ênfase da **autonomia** do doente e também por uma maior consideração pelo impacto psicológico da doença. Os médicos são encorajados a serem honestos e abertos relativamente ao diagnóstico e opções de tratamento¹⁸.

Num estudo realizado em Portugal, foram entrevistados 80 médicos do Hospital Universitário de Coimbra e do Centro Hospitalar de Coimbra, tendo-se verificado que 59% dos médicos não revelavam toda a verdade sobre o diagnóstico ao doente, ou seja, mesmo quando disponibilizavam alguma informação, retiravam a conotação maligna. As principais justificações apresentadas foram:

- Receio do impacto psicológico (31,3%);
- Meio cultural português (12,5%);
- Dificuldades do próprio médico (11,3%).

Também foram dadas respostas como “o doente não quer saber”, “o doente não está preparado para saber”, “para proteger o doente”, as quais sugerem que o clínico considera o doente incapaz de compreender e lidar com esta informação. Apesar do impacto psicológico no doente ser afirmado como a principal razão para não dizer a verdade, apenas em 27% das respostas verificou-se que este foi negativamente afetado pelo conhecimento da patologia.

Relativamente aos fatores considerados na decisão de informar o doente, os mais frequentemente referidos foram:

- O nível intelectual/ cultural do doente (70%);
- Características da personalidade (32,5%);
- Vontade de saber (27,5%).

Deste modo, observa-se que os médicos tendem a dar mais informação ao doente com um bom nível intelectual e cultural, equilibrado do ponto de vista emocional e com um bom suporte socio-emocional. A idade também foi um fator considerado (16,3%), sendo que a verdade tende a ser omitida quanto mais jovem ou idoso é o doente em questão. Procurou-se ainda compreender em que medida o médico alterava a sua atitude com a aquisição de experiência clínica no decorrer do tempo, mas esta alteração não foi evidente.¹⁹

2.1. Preferências dos doentes

A forma como as MN são recebidas depende de vários fatores como as expectativas do doente, as suas experiências prévias e personalidade. Dois doentes ou dois familiares diferentes, não recebem as mesmas notícias da mesma maneira. Ainda assim, a forma como estas são transmitidas pode influenciar substancialmente as emoções, crenças e atitudes perante a equipa médica. Deste modo, é importante compreender o que valorizam os doentes para atuar de acordo com as suas preferências³.

Um estudo sobre contar a verdade a doentes oncológicos terminais a receberem CP demonstrou que estes querem saber a verdade. Contudo, o conteúdo ou definição de “verdade” é variável. Deste modo, verificou-se que a preferência dos doentes em relação à verdade dependia

das suas necessidades perante as **circunstâncias do momento**. Os doentes podem demonstrar ambivalência e flutuação entre o querer discutir toda a verdade ou apenas partes parciais da verdade ou, até mesmo, uma verdade desejável. Assim, é importante perceber quais são os pensamentos do doente, qual o seu entendimento realista acerca da sua condição, mesmo quando já existiram discussões prévias. Este estudo mostra que alguns doentes terminais, apesar de estarem a par da sua morte iminente, preferem limitar a sua confrontação com essa verdade, evitando fazer determinadas questões aos seus clínicos e abstendo-se de discussões prognósticas¹⁶.

A evidência sugere que existem potencialmente consequências negativas num indivíduo que não tem *insight* acerca do estadió da doença. Estas incluem um controlo insatisfatório da patologia, nomeadamente, admissões hospitalares desnecessárias, maior proporção de mortes hospitalares, falta ou atraso na referenciação para os CP, pobre controlo de sintomas, menos possibilidade de planeamento do FDV e, conseqüentemente, redução da capacidade de decisão. Estão também documentadas consequências psicológicas, onde se incluem um aumento da falta de confiança e um sentimento de abandono por parte dos doentes. Deste modo, esta evidência suporta que a **consciencialização da doença**, de uma forma geral, é um objetivo desejável na prestação de cuidados em doentes com estadió avançado de doença¹⁸.

Um doente informado terá vários benefícios graças à sua autonomia, tais como um maior planeamento e controlo acerca de assuntos que assumem particular importância no FDV¹⁸. Assim, num estudo sobre discussões em FDV verificou-se que uma maior compreensão/perceção do prognóstico está associado a uma abordagem terapêutica mais concordante com as preferências do doente²⁰. A literatura evidenciou que os doentes podem sentir-se ameaçados quando recebem informação, mas que no momento em que percebem que este fluxo de informação pode ser controlado de acordo com as suas preferências, a oportunidade de serem informados é bem-vinda. É importante reiterar que uma negociação específica e individual (monitorização) das necessidades de informação, em qualquer altura, é fundamental para assegurar uma prestação de cuidados de maior qualidade¹⁸.

Apesar destas vantagens, os estudos sugerem que muitos doentes não atingem uma compreensão realista do seu prognóstico¹⁴, isto é, fazem interpretações erradas e nem sempre retêm toda a informação que lhes é transmitida, havendo uma sobrestimação positiva da mensagem¹⁸. Além disso, geralmente existe uma discrepância entre a perceção que o profissional tem da informação que foi disponibilizada ao doente e da mensagem que este reteu da conversação¹⁸. Deste modo, os profissionais que são envolvidos nas discussões do prognóstico devem compreender estas influências, de forma a minimizá-las o máximo possível.

Num estudo realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, com uma amostra de 47 doentes, foi desenvolvido um questionário que foi aplicado na primeira consulta externa da unidade de CP. Verificou-se que 72% dos doentes afirmavam terem sido informados do seu

diagnóstico, porém, nem todos conheciam de forma clara a natureza da sua doença. Do grupo de treze doentes que não foram informados, apenas um preferiu manter-se sem informação. Apesar de uma das limitações do estudo ser o tamanho da amostra, concluiu-se que a maioria dos doentes oncológicos portugueses quer ser informado acerca do diagnóstico e quer participar nas decisões relacionadas com o tratamento. Contudo, salienta-se que existem alguns doentes cuja vontade não é essa, o que deve ser igualmente respeitado. Relativamente às suas preferências, a maioria dos doentes manifestou o desejo de ter presente um membro da família, mas não outros PS além do médico.²¹

Noutro estudo sobre contar a verdade a doentes terminais, na Bélgica, verificou-se que os doentes terminais preferem que a transmissão da informação seja gradual e “passo-a-passo”. A maioria dos PS concorda com esta abordagem, acrescentando que a verdade deve ser “doseada”. Na prática, isto nem sempre resultou devido a diversos fatores como: a dificuldade em fornecer um prognóstico com uma estimativa de sobrevivência precisa (resultando num sobrestimação da esperança de vida), a falta de tempo dos PS para comunicar, inibições emocionais de ambas as partes e alguma falta de tato recíproca. Além disso, alguns doentes parecem não estar preparados para a sua autonomia, principalmente, doentes em fim de vida, que sentem dificuldade em tomar uma decisão e, muitas vezes, querem que o seu médico desempenhe um papel mais ativo neste processo⁹.

É fundamental assegurar que não são tomadas decisões baseadas em tendências identificadas em preferências de prognóstico consoante a idade, o género, a cultura ou o estadió da doença¹⁸. Da mesma forma, assumir que não se deve contar porque o doente não perguntou é incorreto, pois este poderá ter receio em fazê-lo ou não saber como abordar o tópico²². Uma forma de descodificar as preferências dos doentes terminais relativamente à verdade é utilizar o discurso indireto (“Algumas pessoas preocupam-se acerca daquilo que pode ou não acontecer no futuro..”) Se a resposta for afirmativa, provavelmente estes começaram a pensar no futuro. Se a resposta for negativa, deve-se alargar a conversa e perceber se querem discutir este tópico¹⁶.

2.2. Diferenças culturais

Um estudo comparou a importância da verdade na discussão do prognóstico em doentes com doença avançada nos países anglo-saxónicos e não anglo-saxónicos²³.

- **Anglo-saxónicos:** os clínicos acreditam que **os doentes** devem ser informados sobre a natureza terminal da sua doença e é preferível transmitir um desfecho realista, em vez de ocultar informação. Contudo, alguns estudos revelaram que os PS são reticentes ou evitam fornecer informação prognóstica a doentes com doença em estado avançado. 25% a 33% mentiu a um doente/ familiar, sendo as razões apontadas as seguintes: a falta de treino dos clínicos; o *stress*; a falta de tempo para atender às necessidades emocionais dos doentes; medo que esta informação tenha impacto negativo no doente; a incerteza na previsão do curso da doença; pedidos dos familiares para ocultar informação; um sentimento de falta de esperança perante a falta de alternativas de tratamento.²³
- **Não anglo-saxónicos:** alguns estudos reportam que os médicos estão mais disponíveis para fornecer informação acerca do prognóstico aos **familiares** em vez de ao doente (Japão, Hong Kong, Espanha e Grécia). Assim, nestas culturas, as famílias assumem o controlo da informação do doente, dado que a informação prognóstica é vista por alguns cuidadores como tendo um impacto negativo na condição do doente, em vez de o fortalecer. Verificou-se, portanto, que estes médicos eram mais propensos a ocultar informação do doente, por solicitação da família. Apresentavam também tendência para transmitir a informação primeiro à família e só depois ao doente.²³

Isto pode ser suportado por uma crença difundida de que, nestas culturas, o bem-estar da família é a principal prioridade, opostamente à cultura Anglo-saxónica onde o indivíduo é tido em primeiro lugar.²²

Vários estudos têm mostrado, que estes doentes preferem menor quantidade de informação comparativamente aos doentes provenientes da cultura Anglo-saxónica²³.

2.3. Prognóstico e fim de vida

O prognóstico é a capacidade de prever a história natural da doença com base nas características individuais do doente e possíveis complicações. Num estudo sobre a comunicação do prognóstico em doentes em FDV considera-se que pode estar dividido em duas partes²²:

- *foreseeing*: é a estimativa cognitiva (interior) do curso da doença no futuro. Com experiência e conhecimento, os clínicos desenvolvem esta capacidade.²²

- *foretelling*: é a comunicação da estimativa ao doente e à sua família. Também requer tempo para o desenvolvimento desta capacidade. Contudo, ao contrário do *foreseeing*, este pode

despoletar *stress* substancial e emoções negativas. É, portanto, reiterada a importância destas duas capacidades na prática clínica.²²

Em doentes que são confrontados com a verdade de um PT não se pode esperar que reajam com otimismo. Normalmente reagem com lágrimas e sofrimento, apesar de alguns ficarem aliviados pela confirmação das suas preocupações¹⁶. As conversas sobre o prognóstico são, portanto, multidimensionais, relacionais e dinâmicas. Cada conversa é única, determinada pela situação clínica, pelo contexto cultural e crenças, bem como pelas capacidades de comunicação dos participantes²⁴.

Evidência empírica sugere que os doentes terminais querem saber informação acerca do seu prognóstico. Apesar disso, os médicos mostram-se relutantes em comunicar informação prognóstica aos seus doentes, ainda que a maioria acredite que os doentes têm o direito a esta informação da forma mais precisa possível²³. As razões são inúmeras e ainda não estão completamente esclarecidas mas incluem a falta de confiança no seu julgamento do prognóstico. Esta falta de confiança e, conseqüente falta de iniciativa, está muito associada à incerteza/imprevisibilidade das estimativas prognósticas e ao receio de que estas sejam pouco realistas e demasiado otimistas^{8,22}. Além disso, algumas técnicas utilizadas para fazê-lo são consideradas inapropriadas, nomeadamente, camuflar a informação em eufemismos, dar indesejada falsa esperança, incoerência entre a informação transmitida e o nível agressivo dos cuidados prestados²².

2.3.1. Incerteza associada ao prognóstico

Doentes, família e PS, todos reportaram que a comunicação da **incerteza** do prognóstico é um aspeto desejável numa medicina centrada no doente, apesar de esta ser muito poucas vezes comunicada²². Também reconheceram que a comunicação do prognóstico requer uma discussão no início da trajetória da doença e sensibilidade e consciência de que este é um processo individual, complexo e gradual que envolve múltiplas discussões²². Além disso, verificou-se que quando ocorrem erros prognósticos, estes são feitos numa direção otimista e tendem a aumentar quanto maior for a relação com o doente³.

Mais recentemente têm sido desenvolvidos modelos que com base nas características dos doentes, doença e tratamentos produzem uma estimativa personalizada da mortalidade e sobrevivência. Num estudo sobre os fatores que influenciam a intenção de comunicar o prognóstico em doentes oncológicos em FDV, destaca-se a importância de adotar modelos que sejam capazes de fazer uma estimativa prognóstica personalizada, uma vez que perante a evidência os clínicos possuem maior confiança para abordar este tema⁸. Pretende-se com estes diminuir a incerteza inerente ao prognóstico. Reitera-se ainda a importância de promover a credibilidade destes modelos bem como tornar os médicos aptos a utilizá-los e,

simultaneamente, capazes de controlar o sofrimento emocional experienciado durante este processo⁸.

2.3.2. Ansiedade e depressão

Num estudo sobre os fatores que afetam as preferências dos doentes em FDV verificou-se que os doentes com níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e depressão apresentavam maior vontade de discutir o seu prognóstico e FDV e que as suas preferências relativamente aos cuidados podem mudar conforme alteração dos seus sintomas. É, portanto, importante ter acesso aos sintomas psicológicos do doente quando se define os objetivos do tratamento e monitorizar as alterações que ocorrem nas suas preferências conforme as mudanças na sintomatologia⁶. Não houve associação entre as discussões acerca do FDV e o surgimento subsequente destes sintomas^{6,23}.

Por outro lado, num outro estudo também sobre as preferências dos doentes identificou-se uma tendência em que um aumento da consciencialização da sua condição estava associado a uma diminuição da ansiedade e depressão¹⁸. Ainda assim, salienta-se que a descoberta de uma associação entre a consciencialização e estados psicológicos positivos não mostra uma relação de causa-efeito. Por exemplo, o facto de a incidência de depressão ser mais baixa nos doentes que conhecem o seu prognóstico pode ser explicado por os mais deprimidos procuraram menos informação, enquanto aqueles que estão menos deprimidos sentem mais motivação para adquirir informação e ter papel ativo nas decisões acerca do FDV. Assim, isto sugere uma conclusão diferente, pode ser o estado psicológico que induz a necessidade (ou ausência dela) de informação prognóstica, em vez de ser o estado de consciencialização que cria o estado psicológico¹⁸.

2.3.3. Espiritualidade e religião

Constatou-se que os doentes que atribuem grande importância às dimensões espiritual e religiosa estavam mais disponíveis a ter discussões acerca do FDV com os seus clínicos⁶. Muitos doentes explicitaram que as suas necessidades espirituais não são abordadas nem apoiadas pelo médico⁶. Além disso, reportou-se que uma maior consciência da condição terminal aumentava o bem-estar espiritual dos doentes¹⁸.

2.3.4. Família

As reuniões de família fornecem estrutura para envolver os doentes em discussões prognósticas, assim salienta-se a importância da equipa de CP compreender a dinâmica familiar, pois esta influencia as opções de tratamento¹⁵.

As famílias percebem que a informação prognóstica é imperfeita, ainda assim esperam e desejam que esta seja partilhada pelo médico da melhor forma possível, uma vez que esta é a

base de muitas decisões clínicas importantes¹⁴. Um estudo com 3124 doentes mostrou que o prognóstico apenas foi discutido em 37,8% dos casos, apesar das conferências com a família terem ocorrido em 73% dos casos¹⁴. Sublinha-se que este desejo das famílias por conversações acerca do prognóstico, não significa que estas esperem que o médico tome decisões por si¹⁴. Da mesma forma, não é recomendável fornecer informação à família e escondê-la do doente, pois pode ser uma fonte de conflito²³.

Constatou-se que cerca de metade dos membros de todas as famílias queria mais informação acerca dos possíveis cenários/desfechos, incluindo a possível morte do doente²². Os familiares que ofereceram resistência em saber que o doente poderia morrer expressaram, numa visão retrospectiva, que gostariam de ter recebido essa informação e que teriam beneficiado com isso. Por outro lado, os familiares em que houve discussão da incerteza/ imprevisibilidade do prognóstico mostraram satisfação com o cuidado prestado e sublinharam que a comunicação foi eficaz. Também evidenciaram benefícios a longo prazo, incluindo uma sensação de paz e ausência de arrependimento por poderem estar disponíveis para permanecer junto do doente antes da sua morte²².

Relativamente ao conteúdo da conversa, num estudo sobre a comunicação do prognóstico observou-se que a quantidade e características da informação prognóstica diferiam conforme a participação do doente/ família na conversa²⁵. Deste modo, as conversas em que não havia envolvimento do doente (isto é, apenas com os familiares) continham mais informação prognóstica e mais frequentemente conteúdo negativo acerca do prognóstico. Quando os doentes não eram participantes ativos da conversa, geralmente refletiam contextos clínicos de situações mais graves. Além disso, observou-se que havia um aumento da intensidade e características pessimistas quanto mais próximo a morte parecia ao clínico. No entanto, neste momento particularmente vulnerável é precisamente quando as famílias reportam uma evicção da comunicação, especialmente no que diz respeito às expectativas²⁵.

2.3.5. Honestidade

A dificuldade da maioria dos clínicos é atingir o equilíbrio entre ser honesto e, simultaneamente, encorajar, dar esperança e apoiar³. Contudo, identificou-se que existe uma preferência universal pela honestidade dos profissionais e que, para além da honestidade, 91% pretendem que seja otimista¹⁸.

Evidenciou-se que uma das razões para a não divulgação do prognóstico é a de interferir com o estabelecimento da confiança. No entanto, a confiança implica que os profissionais irão contar a verdade acerca do prognóstico, para que os doentes possam tomar decisões informadas. Para construir uma relação de confiança e manter a esperança, os doentes precisam de saber que os sintomas serão controlados e que os médicos serão honestos. As tentativas do médico em ocultar a verdade aos doentes, em vez de o protegerem, podem prejudicá-lo ainda mais. Na

ausência de informação prognóstica, os doentes podem envolver-se em tratamentos que não são eficazes e potencialmente prejudiciais, podendo acabar por morrer de uma forma que não desejam.²³

Verificou-se que uma manutenção da honestidade e comunicação aberta acerca do FDV manteve, e até aumentou, a esperança. Contudo, esta esperança estava também associada ao otimismo e alguns doentes recebiam que o facto de estarem muito informados pudesse destruí-la. Deste modo, os PS identificaram um dilema: será que um doente com consciência realista da sua condição pode manter algum grau de esperança? Concluiu-se que dependerá da quantidade de informação disponibilizada e da forma como esta é realizada. Assim, os clínicos devem decidir, personalizadamente, **qual** a informação a dar a cada doente e a melhor **forma** de a apresentar.¹⁸

Um adequado “ritmo” de comunicação da informação pode ser a chave para um equilíbrio eficaz entre assegurar algum grau de realismo e não “esmagar” o doente com a conversa. Uma compreensão dos objetivos do doente e algum *insight* relativamente à forma como o indivíduo pode melhorar a sua qualidade de vida são também fundamentais neste processo.¹⁸

Assim, a **honestidade** com os doentes deve prevalecer, em detrimento de uma atitude de evicção, albergando desta forma a esperança.²³

3. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Demonstrou-se que a comunicação de um PT nem sempre pode ser planeada, uma vez que, como já foi referido, depende da compreensão pré-existente do doente acerca do seu prognóstico.¹⁵

Quando se revelam MN é muito importante esclarecer: qual a informação que o doente já tem conhecimento, perceber as suas preocupações após serem dadas as notícias, compreender qual a informação que necessita e disponibilizá-la²⁶. Assim, a comunicação deve ser **adaptada** conforme os doentes, respetivas famílias e equipa de CP e não apenas a aplicação exclusiva de um “guião”¹⁵.

- **Perceber o que é que o doente sabe acerca da sua condição:** “tem alguma ideia do que tem causado os seus sintomas?” A maioria dos doentes reconhece que algo está errado, contudo é necessário clarificar, perguntando “existe alguma razão que o faça pensar isso?”. Assim, o médico fica em posição de confirmar as MN em vez de as revelar aleatoriamente, a um doente que não tem noção da sua situação.²⁶

- **O silêncio e reconhecimento do sofrimento:** nesta fase, existe a tentação de acelerar imediatamente fornecendo informação, contudo, o doente está preocupado com as notícias que lhe foram transmitidas e não está capaz de assimilar a informação fornecida. Assim, o médico deve ativamente reconhecer o sofrimento do doente: “eu consigo ver que o que lhe disse deixou-o em baixo”. De seguida, o médico pode aproveitar para negociar com o doente: “Consegue dizer-me o que está a preocupá-lo?”. Ser convidado a falar acerca das suas preocupações ajuda a reduzir o sofrimento a um nível manobrável. É importante esclarecer quais as preocupações antes de dar conselhos ou informação. Relativamente ao prognóstico, é preferível dar ideias gerais e não certezas absolutas.²⁶
- **Partilhar as suas preocupações:** mesmo quando os problemas não podem ser resolvidos, por serem consequência inevitável da doença/ condição do doente, este sentir-se-á menos angustiado se tiver oportunidade de partilhar, sentindo-se aceite e compreendido pelo PS envolvido no seu tratamento.²⁶
- **Gerir a negação:** alguns doentes negam um estadio incurável e não são capazes de aceitar um PT da primeira vez que o recebem¹⁵. É importante confrontar a negação de forma que não cause dano psicológico no doente. Isto pode ser feito confrontando primeiro o doente com inconsistências da sua perceção da doença/ do que está acontecendo. Ainda assim, quando a negação é persistente, é preferível deixar o doente no seu modo defensivo pois significa que este não está capaz de tolerar ser confrontado com a realidade, sendo que existirão outras oportunidades para o fazer.²⁶

Ao longo do tempo, a investigação relativamente à transmissão de MN tem permitido desenvolver modelos que pretendem facilitar a comunicação. O **protocolo SPIKES**, sugerido por Buckman, é uma estratégia que se baseia num conjunto de seis passos que têm como principal objetivo ajudar a estabelecer uma comunicação mais eficaz, tentando reduzir o sofrimento do doente. Nem sempre todos os passos estão presentes, contudo, quando tal acontece, devem ser assegurados de forma sequencial.²⁷

1 – *Setting up*: consiste em preparar a entrevista, nomeadamente, obter privacidade; envolver os familiares, se for essa a vontade do doente; o médico e o doente devem estar sentados, o que transmite uma sensação de maior disponibilidade e tempo para discutir; manter o contacto visual com o doente; assegurar que não existem interrupções durante a conversa.

2 – *Perception*: compreender qual a perceção que o doente tem da sua situação clínica, por exemplo, “o que é que lhe foi dito acerca da sua situação clínica?”, “o que pensa que vai acontecer?”, “quando teve o sintoma *x* o que pensou que ia suceder?”. A resposta do doente permite preparar a conversa, corrigindo a informação que tenha sido mal compreendida e ajustar aquela que será transmitida.

3 – *Invitation*: este é o momento em que o doente solicita por informação relativamente ao diagnóstico, prognóstico e detalhes sobre a doença. Se estivermos perante um doente que não deseja receber mais informação, o médico deve oferecer-se para responder às perguntas que surjam no futuro e mostrar disponibilidade para falar com os familiares. Uma forma de perceber é questionar o doente, por exemplo, “se a sua condição se tornar mais séria, deseja saber?”, “gostaria que eu lhe contasse todos os detalhes sobre a sua situação?”.

4 – *Knowledge*: consiste em dar informação e conhecimento ao doente. É importante ter em consideração o nível de compreensão e o vocabulário do doente; não utilizar linguagem técnica (por exemplo “espalhar” em vez de “metastizar”); evitar ser demasiado rude; dar informação em pequenas porções e verificar frequentemente se o doente está a compreender; quando na presença de um mau prognóstico evitar afirmações como “Não existe mais nada que possamos fazer”, uma vez que esta atitude é inconsistente com os objetivos terapêuticos de controlar a dor e aliviar os sintomas.

5 – *Emotions*: atender às emoções do doente com respostas empáticas. Deste modo, o clínico deve observar qualquer emoção expressada pelo doente, identificar qual a emoção que está a ser experienciada e a razão associada. Em seguida, o médico deve transmitir ao doente que compreende o motivo dessa emoção e utilizar expressões que manifestem empatia, por exemplo “Eu também gostaria que as notícias fossem melhores”. Por outro lado, se o doente se mantiver em silêncio e não expressar emoções muito claras, o médico pode fazer questões exploratórias antes da resposta empática.

6 – *Strategy and summary*: antes de discutir o plano terapêutico, é importante perceber se os doentes estão preparados para ter essa discussão. Se assim for, o doente deve ser envolvido no processo de tomada de decisão, uma vez que isso fará com que sintam que os seus desejos são importantes. Por outro lado, também o médico partilha esta responsabilidade, o que reduz a sua sensação de falha caso o tratamento não seja bem-sucedido. Assim, neste momento definem-se os objetivos específicos para o tratamento, tais como, eventual continuidade de cuidados ou controlo de sintomas.²⁷

Existem algumas técnicas que são utilizadas para solicitar a elaboração do doente e iniciar conversa acerca do FDV²⁸:

1. *Fishing questions*: após o doente descrever um sintoma, problema ou dificuldade, o médico pergunta-lhe acerca de pensamentos e preocupações que surjam associados a este. A exploração destas preocupações podem levar ao tópico do FDV e, conseqüentemente, permitem focar nessa temática. As perguntas devem ser abertas, pois dão oportunidade ao doente de introduzir considerações acerca do FDV, ou de não as fazer se não se sentir preparado, uma vez que a solicitação por parte do médico não foi explícita.

2. **“Você disse...”- parafrasear:** consideração que propõe uma versão de algo que foi dito pelo doente, parafraseando-o. “Você disse...” é o componente que reúne o que o doente mencionou. Em seguida, o médico dá a entender ao doente que compreendeu o que este lhe disse, podendo eventualmente sumarizar o conteúdo.
3. **Proferir um pensamento acerca do FDV:** o médico sugere o FDV como uma direção para a elaboração. Muitas vezes quando os médicos adotam esta estratégia, já houve várias oportunidades para os doentes voluntariamente abordarem o tópico, mas estes não o fizeram.

Conclusão

Apesar de já estarem identificadas muitas das barreiras de comunicação na relação médico-doente, estas continuam presentes na prática clínica e muitos profissionais têm dificuldade em contorná-las. De uma forma geral, o médico e o doente apresentam percepções francamente diferentes após uma conversação, sendo importante ter isso em consideração.

Em CP, a comunicação do prognóstico e as discussões acerca do FDV devem ser realizadas consoante as preferências dos doentes, adaptadas e monitorizadas de acordo com as necessidades destes, devendo prevalecer a honestidade.

O treino e a formação relativamente às capacidades comunicativas ainda são vistos como pouco importantes, apesar de já estarem reconhecidas abordagens de ensino, como o *role play*. Além disso, existem inúmeras técnicas disponíveis que funcionam como ferramentas e pretendem ajudar os clínicos no momento da conversa.

Em suma, é necessário que os próprios médicos reconheçam e identifiquem as suas dificuldades na comunicação com os doentes, pois só assim poderão procurar formação e adotar estratégias que os tornem mais aptos e disponíveis a discutir o prognóstico, numa medicina mais humanizada.

Bibliografia

1. Ha J. F., Longnecker N. (2010) Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10:38-43.
2. Hancock K., Clayton J. M., Parker S. M., Walder S., Butow P. N., Carrick S., Currow D., Ghersi D., Glare P., Hagerty R., Tattersall M. H. N. (2007) Discrepant Perceptions About End-of-Life Communication: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 34(2): 190-200.
3. Fallowfield L., Jenkins V. (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet* 363: 312-319.
4. Borges M. M., Junior R. S. (2014) A comunicação na transição para os Cuidados Paliativos: Artigo de Revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica* 38(2): 275-282.
5. King A., Hoppe R. B. (2013) “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education* September 2013:385-393.
6. Fakhri S., Engelberg R. A., Downey L., Nielsen E. L., Paul S., Lahdya A. Z., Treece P. D., Curtis J. R. (2016) Factors Affecting Patients’ Preferences for and Actual Discussions About End-of-Life Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 52(3): 386-394.
7. Slort W., Schweitzer B. P. M., Blankenstein A. H., Abarshi E. A., Riphagen I., Echteld M. A., Aaronson N. K., Van der Horst H. E., Deliens L. (2011) Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine* 25(6): 613-629.
8. Han P. K. J., Dieckmann N. F., Holt C., Gutheil C., Peters E. (2016) Factors Affecting Physicians’ intentions to Communicate Personalized Prognostic Information to Cancer Patients at the End of Life: An Experimental Vignette Study. *Medical Decision Making* 36: 703-713.
9. Deschepper R., Bernheim J. L., Stichele R. V., Van den Block L., Michiels E., Van Der Kelen G., Mortier F., Deliens L. (2008) Truth-telling at the end of life: A pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. *Patient Education and Counseling* 71: 52-56

10. Araújo M.M.T., Silva M.J.P. (2012) Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 46(3): 626-32.
11. Mast M. S., Kindlimann A., LAngewitz W. (2005) Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling* 58: 244-251.
12. Brewin TB. (1991) Three ways of giving bad news. *Lancet* 337:1207-9.
13. Wittenberg-Lyles E. M., Goldsmith J., Ragan S. L., Sanchez-Reilly, S. (2010) Medical Students' Views and Ideas About Palliative Care Communication Training. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 27(1): 38-49.
14. Schram A. W., Hougham G. W., Meltzer D. O., Ruhnke G. W. (2016) Palliative Care in Critical Care Settings: A Systematic Review of Communication-Based Competencies Essential for Patient and Family Satisfaction. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 1-9.
15. Wittenberg-Lyles E. M., Goldsmith J., Sanchez-Reilly S., Ragan S. L. (2008) Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: deficiencies in current communication training protocols. *Social Science & Medicine* 66: 2356-2365.
16. Friedrichsen M., Lindholm A., Milberg A. (2011) Experiences of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care. *Palliative and Supportive Care* 9: 173-180.
17. Browne N. (1998) Truth-telling in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 2(4): 218-224.
18. Innes S., Payne S. (2009) Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative Medicine* 23: 29-39.
19. Santos Z., Santos G., Abrantes P. (1994) Comunicação médico doente em Oncologia. *Acta Médica Portuguesa* 7: 361-365.
20. Mack J. W., Weeks J. C., Wright A. A., Block S. D., Prigerson H. G. (2010) End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol* 28:1203-208.

21. Gonçalves F., Marques A., Rocha S., Leitão P., Mesquita T., Moutinho S. (2005) Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine* 19: 526-531.
22. Krawczyk M., Gallagher R. (2016) Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of family members. *BMC Palliative Care* 15: 59.
23. Hancock K., Clayton J. M., Parker S. M., Walder S., Butow P. N., Carrick S., Currow D., Gherzi D., Glare P., Hagerty R., Tattersall M. H. N. (2007) Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine* 21: 507-517.
24. Gramling R., Norton S., Ladwing S., Winters P., Metzger M., Quill T., Alexander S. (2013) Latent Classes of Prognosis Conversations in Palliative Care: A Mixed-Methods Study. *Journal of Palliative Medicine* 16(6): 653-660.
25. Gramling, R., Norton S. A., Ladwing S., Metzger M., DeLuca J., Gramling D., Schatz D. Epstein R., Quill T. (2013) Direct Observation of Prognosis Communication in Palliative Care: A Descriptive Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 45 (2): 202-212.
26. Maguire P. (2005) Breaking bad news: talking about death and dying. *Medicine* 33(2): 29-31.
27. Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E., Kudelka A. (2000) SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 5: 302-311.
28. Pino M., Parry R., Land V., Faull C., Feathers L., Seymour J. (2016) Engaging Terminally Ill Patients in End of Life Talk: How Experienced Palliative Medicine Doctors Navigate the Dilemma of Promoting Discussions about Dying. *PLoS One* 11(5).