



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**ROSA PATRÍCIA NEVES MOURA CARVALHO**

***COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS -  
A REALIDADE MÉDICA PORTUGUESA***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO**

**MARÇO/2010**

# *ÍNDICE*

RESUMO .....	2
ABSTRACT .....	4
INTRODUÇÃO .....	6
MATERIAIS E MÉTODOS .....	8
RESULTADOS .....	9
DISCUSSÃO .....	20
CONCLUSÕES .....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
AGRADECIMENTOS .....	32

## **RESUMO**

**Introdução:** Uma boa comunicação médico-doente é fundamental para uma prática clínica de excelência, sendo uma aptidão susceptível de ser aprendida e melhorada, com ganhos para doentes e médicos. Um aspecto delicado da comunicação médico-doente é a comunicação de más notícias, que é uma tarefa frequente na actividade clínica e uma fonte de *stress* para ambos os intervenientes. No sentido em que a preparação formal dos clínicos para estas situações é escassa, têm surgido nos últimos anos várias *guidelines* e propostas de modelos de ensino, com aparentes resultados favoráveis, cujo intuito é melhorar a actuação do clínico.

**Objectivos:** Os objectivos deste trabalho são perceber a realidade portuguesa no que respeita à formação académica do médico relativamente à comunicação de más notícias, conhecer a opinião dos jovens médicos portugueses sobre a importância deste assunto e obter um *feedback* das suas experiências e do possível impacto das mesmas na sua vida pessoal.

**Metodologia:** Foi elaborado um inquérito com questões pertinentes sobre o assunto, dirigido aos médicos internos das diversas especialidades existentes nos Hospitais da Universidade de Coimbra, cujos dados foram posteriormente tratados estatisticamente.

**Resultados:** O tema comunicação de más notícias foi abordado na formação académica de 53% dos inquiridos mas destes, 81,5% consideram que foi de forma insuficiente e 42% que foi de pouca ou nenhuma ajuda prática. A maioria dos internos considera que este é um assunto importante e que deve ser abordado, quer na licenciatura, quer na especialidade. Quase todos já comunicaram uma má notícia, sendo que o fazem com alguma frequência e a sua primeira experiência ocorreu em 92,8% dos casos no primeiro ano de actividade profissional. Com a prática sentem-se melhor preparados e experimentam menos ansiedade e aflição, e simultaneamente mais tranquilidade e confiança, existindo algumas diferenças entre os sexos. 39,6% já sentiram a sua vida pessoal afectada, em especial por alteração do humor e

ansiedade.

**Conclusões:** A comunicação de más notícias é um assunto importante e com o qual o médico também sofre, mas que não está a receber o devido valor nas escolas médicas portuguesas. Esta matéria deve fazer parte da formação médica, preferencialmente em ambas as fases de ensino (pré e pós-graduada), existindo vários modelos de ensino com bons resultados pelos quais as faculdades e hospitais podem optar.

**Palavras-Chave:** comunicação médico-doente, comunicação de más notícias, formação médica e experiência pessoal

## ***ABSTRACT***

***Introduction:*** A good doctor-patient communication is essential to a high-quality clinical practice and is a skill likely to be learned and improved, with benefits for patients and physicians. A sensitive issue of doctor-patient communication is the communication of bad news, which is a common task in clinical activity and a source of *stress* for both interlocutors. Since doctors formal instruction for these situations is little, in recent years several *guidelines* and strategies for teaching breaking bad news have risen, evidencing fine results and aiming to improve clinicians performance.

***Objectives:*** The goals of this study are to perceive the situation in Portugal regarding medical training in this field, to know the opinions of young Portuguese doctors about the importance of the issue and to get *feedback* from their experiences and the impact on their personal life.

***Methods:*** A survey was created with relevant questions on the subject and aimed at junior doctors of the diverse specialties existing in Coimbra's University Hospitals. Data were statistically analyzed.

***Results:*** Breaking bad news has been talked about in the academical training of 53% of the respondents but of these, 81.5% considered it insufficient and 42% of little if any practical help. Most junior doctors believe this is an important issue and that it should be talked about, either during medical education or during specialty (residency). Almost all reported having already broken bad news, which is done frequently and, moreover, their first experience took place in 92.8% of cases in the first year of work. As they become more experienced they feel better prepared and go through less anxiety and distress, while more calm and confidence, though there are some differences involving gender. 39.6% have felt his personal life affected, particularly through changing in the mood and anxiety.

**Conclusions:** Breaking bad news is an important issue and whereby doctors also suffer, nevertheless it is not receiving due consideration in Portuguese medical schools. This subject should be part of medical training, preferably in its both phases (pre- and post-graduate), as there are several valuable teaching strategies which universities and hospitals may choose.

**Keywords:** doctor-patient communication, breaking bad news, medical training and personal experience

## ***INTRODUÇÃO***

A actividade médica é, em todos os seus aspectos, uma das mais exigentes actividades profissionais. Do médico espera-se, não só um elevado nível de conhecimento científico e uma competência técnica de qualidade, mas também uma atitude adequada perante o doente. Contudo, para uma prática clínica de excelência, outro elemento é necessário – uma boa comunicação médico-doente. [16]

Desconsiderada até algumas décadas atrás e considerada ainda por muitos como uma “arte”, a comunicação médico-doente tem visto a sua importância ser gradualmente reconhecida, sendo considerada pelos doentes como uma das três competências mais importantes do médico [5].

Sabe-se hoje que a aptidão de comunicação do médico é susceptível de ser aprendida e melhorada mediante treinamento [1, 3, 6, 27, 29] e que a sua melhoria pode resultar em ganhos, não só para o doente (melhor percepção da informação, maior facilidade em lidar com a doença, menor incidência de depressão, maior *compliance* e maior usufruto do potencial terapêutico da relação médico-doente), mas também para o médico (melhor transmissão da informação, redução da ansiedade, menor prejuízo das restantes actividades do dia, diminuição do risco de *burnout* e diminuição de processos judiciais). [1, 3, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 24, 27, 29]

Assim, existe actualmente consenso quanto à relevância da aprendizagem de técnicas de comunicação nos vários períodos da formação e actividade médicas [25], e também quanto à lacuna nesta matéria que, mundialmente, se verifica nos cursos médicos [1, 6, 25, 27], a qual já começa a ser colmatada em algumas escolas médicas [2, 4, 7, 8, 12].

Há porém um aspecto extremamente delicado na comunicação médico-doente – a comunicação de más notícias (CMN).

Por má notícia entende-se notícia que altera a perspectiva futura do doente e/ou da sua família de uma forma brusca e negativa [6], relacionando-se com doença grave, nível elevado de limitação, morte ou perspectiva de morte.

Muito se tem escrito sobre a reacção do doente à CMN, mas pouco sobre as reacções e sentimentos do médico [6, 25], embora esta seja uma situação frequente na prática clínica e um grande desafio para o médico, em especial no início de carreira [16, 21].

Sucedem que o médico é preparado para lidar com o sucesso e a cura, em detrimento do fracasso e da morte [10, 15, 25], o que aliado à má preparação na CMN e ao confronto com os seus próprios medos, falta de confiança, sentimento de responsabilidade e reacção do doente [3, 6, 9, 14, 24] culmina numa situação indubitavelmente *stressante* para o médico.

A evidência da relevância do assunto e a necessidade de preparar o clínico para estas situações – necessidade que os próprios expressam [3, 4, 21], tem motivado o surgimento de várias *guidelines* (SPIKES, ABCDE, ...), que ainda carecem validação [3, 13, 22], e de vários modelos de ensino (palestras, discussão em grupo, *workshops*, *roleplaying*, observação de vídeos), utilizados em exclusivo ou em associação, com resultados favoráveis. [24]

É à luz deste conhecimento que surgem questões como “Está esta matéria a receber a devida atenção nas escolas médicas portuguesas?”, “É este um assunto que assume importância para o jovem médico?”, “Sentem-se eles preparados para esta situação?” e “Qual a sua experiência nesta matéria?”.

Com este trabalho pretende-se perceber a realidade portuguesa no que respeita à formação académica do médico relativamente à CMN, conhecer a opinião dos jovens médicos portugueses sobre a importância deste assunto e obter um *feedback* das suas experiências e do possível impacto das mesmas na sua vida pessoal.

## ***MATERIAIS E MÉTODOS***

Este trabalho consiste num estudo descritivo e inferencial, com base num inquérito elaborado pela autora, com questões pertinentes sobre o assunto, dirigido aos médicos internos das diversas especialidades existentes nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os inquéritos foram distribuídos e recolhidos pela autora, em mão, entre o dia 15 de Dezembro de 2009 e o dia 28 de Janeiro de 2010, nos respectivos serviços do supracitado hospital.

Os dados foram tratados estatisticamente com recurso à aplicação de tratamento estatístico de dados SPSS (versão 11.0), tendo sido aplicados os testes  $\chi^2$ , U de Mann-Whitney e Wilcoxon *signed ranks test*.

## **RESULTADOS**

### ***Dados demográficos***

Da população de 83 internos de especialidade a quem foram entregues questionários, obteve-se uma amostra de 51 (taxa de resposta de 61,4%), cuja distribuição por sexos é: 43,1% do sexo feminino e 56,9% do sexo masculino. A média de idades é de 28,9 anos ( $\sigma = 2,243$ ), com uma idade mínima de 25 anos e uma idade máxima de 37 anos. Trata-se de uma distribuição normal de idades, sem diferença de variância por sexos. (Num dos inquiridos foi omitida a idade.)

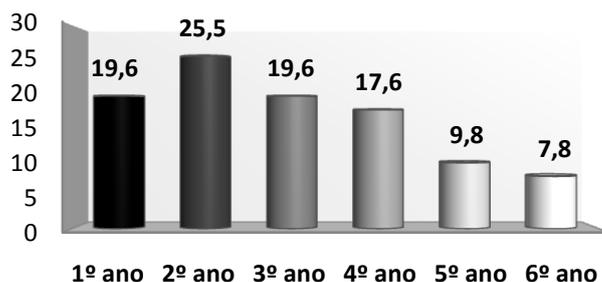
A distribuição dos internos por especialidade é mostrada na tabela I, não existindo diferença por sexos.

As figuras 1 e 2 mostram a distribuição dos internos por ano de especialidade e por universidade onde o curso foi tirado, respectivamente. (Num dos inquiridos foi omitida a universidade.)

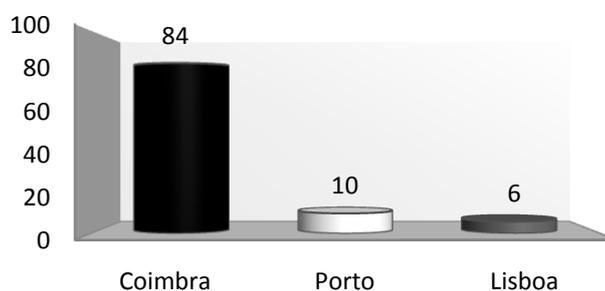
**Tabela I – Distribuição dos internos por especialidade.**

<b>Especialidade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Cardiologia</b>	5	9,8
<b>Dermatologia</b>	6	11,8
<b>Endocrinologia</b>	2	3,9
<b>Ginecologia</b>	4	7,8
<b>Hematologia</b>	4	7,8
<b>Medicina interna</b>	3	5,9
<b>Oftalmologia</b>	6	11,8
<b>Ortopedia</b>	7	13,7
<b>Otorrinolaringologia</b>	3	5,9
<b>Pneumologia</b>	2	3,9
<b>Psiquiatria</b>	4	7,8
<b>Urologia</b>	5	9,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Figura 1 – Distribuição dos internos por ano de especialidade (%).**



**Figura 2 – Distribuição dos internos por universidade onde tiraram o curso (%).**



### *A formação médica*

Os dados relativos à questão sobre a abordagem do tema CMN durante a formação médica são apresentados na tabela II. Relativamente ao grau de ajuda dessa abordagem e se o tema foi abordado de forma suficiente ou insuficiente, os dados são apresentados na tabela III e na figura 3, respectivamente. Em nenhum dos casos se verificou existir diferença por sexos.

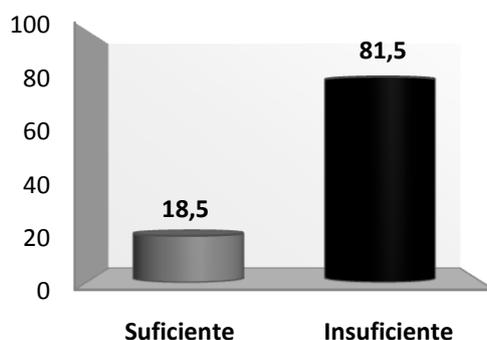
**Tabela II – Respostas à questão “Durante a sua formação médica o tema ‘CMN’ foi alguma vez abordado?”**

	Coimbra	Porto	Lisboa	Total
Sim	50%	80%	33,3%	53%
Não	50%	20%	66,7%	47%

**Tabela III – Respostas à questão “Em que grau isso foi de ajuda para si quando teve que dar uma má notícia?”**

Grau de ajuda	%	% cumulativa
Nenhuma ajuda	11,5	11,5
Pouca ajuda	34,6	46,2
Moderada ajuda	30,8	76,9
Considerável ajuda	19,2	96,2
Grande ajuda	3,8	100,0

**Figura 3 – Respostas à questão “Considera que o tema foi abordado de forma ‘suficiente’ ou ‘insuficiente?’” (%).**



### ***A importância do assunto***

Na tabela IV e nas figuras 4 e 5, encontram-se expostas as informações referentes às questões sobre a importância deste assunto para o médico, a importância do mesmo ser abordado durante a formação do médico e onde deve ser abordado, respectivamente.

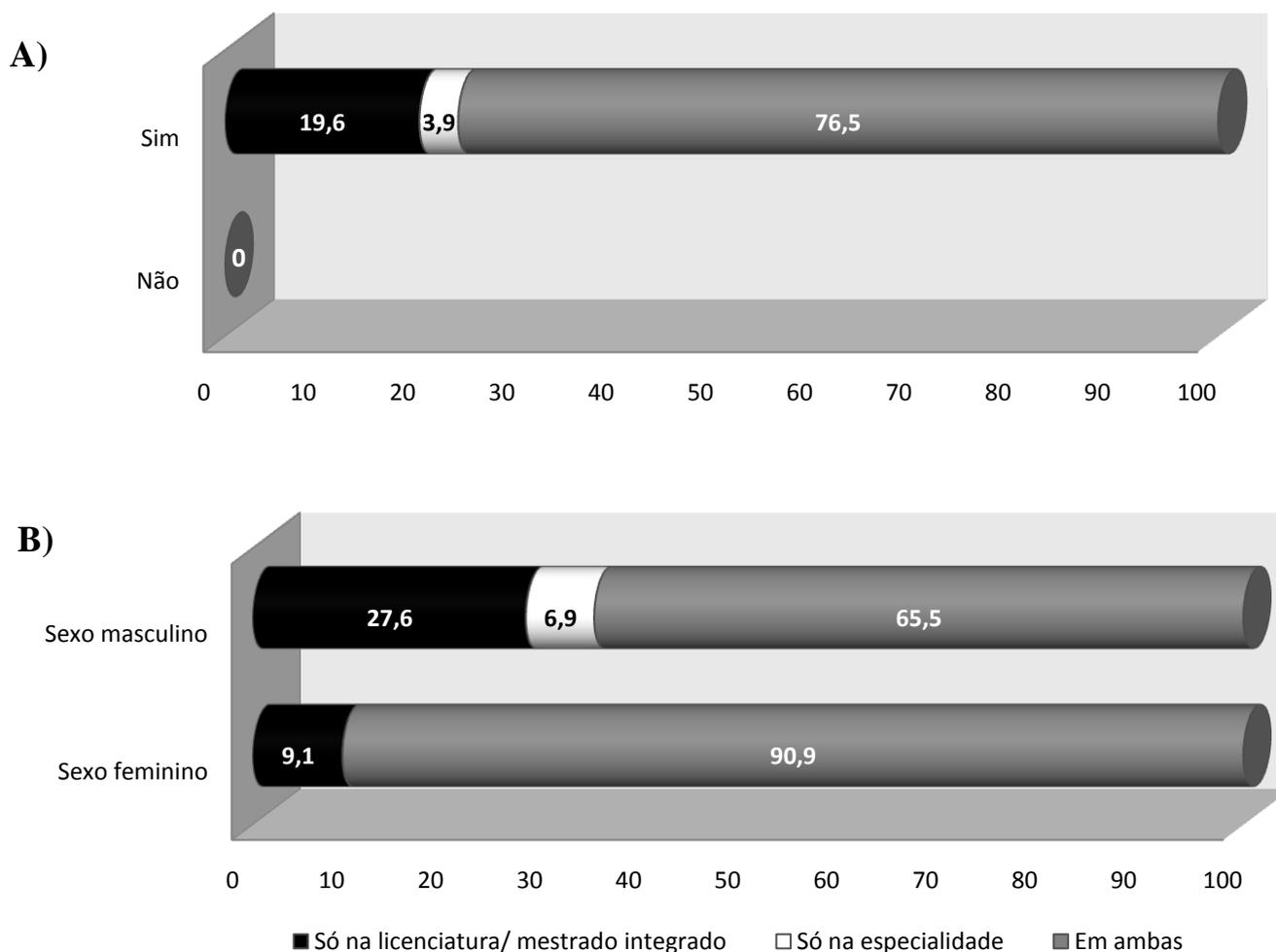
A única questão em que se apuraram diferenças por sexo foi a seguinte, “Considera que é importante que a CMN seja abordada durante a formação do médico?”, as quais são mostradas na figura 4B.

Na questão “Onde deve ser abordado o tema?”, foi permitida mais que uma opção.

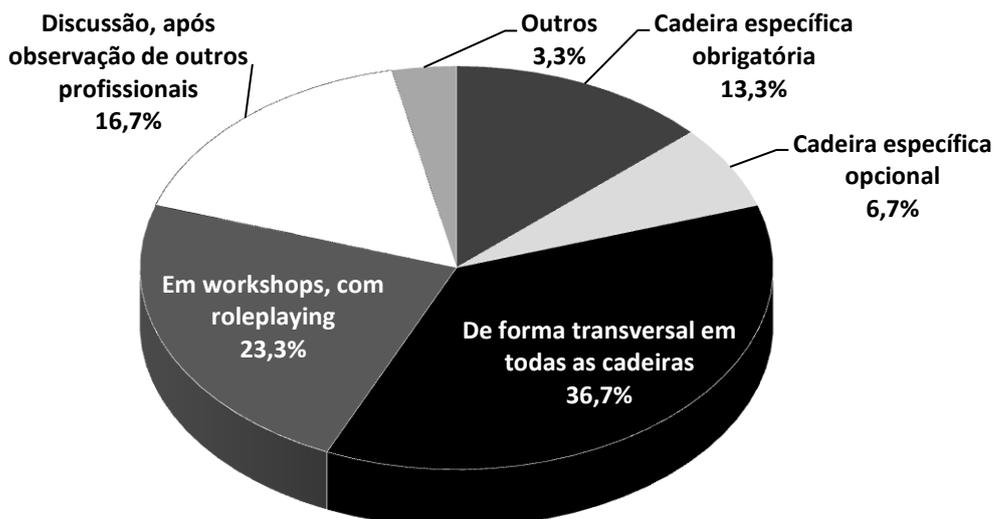
**Tabela IV – Respostas à questão “Na sua opinião, qual a importância deste assunto para o médico?”**

Grau de importância	%	% cumulativa
Nada importante	-	-
Pouco importante	-	-
Moderadamente importante	13,7	13,7
Consideravelmente importante	39,2	52,9
Muito importante	47,1	100,0

**Figura 4 – Respostas à questão “Considera que é importante que a CMN seja abordada durante a formação do médico?” (p=0,044 por sexos). A) No geral. B) Por sexos. (%)**



**Figura 5 – Respostas à questão “Onde deve ser abordado o tema?”.**

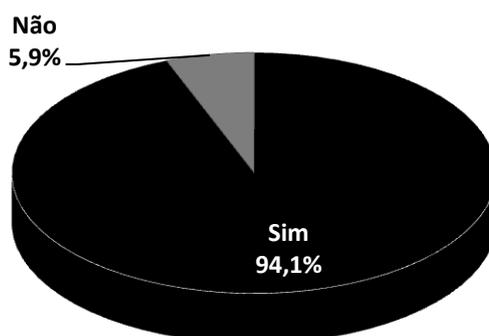


### ***A experiência pessoal***

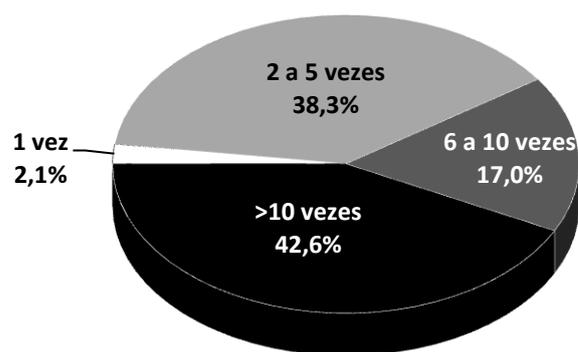
Na figura 6 está registada a experiência dos internos quanto a já terem comunicado uma má notícia, ou não.

Quanto ao número de vezes que tiveram essa experiência, não existem diferenças estatísticas nem por sexo, nem por ano de especialidade, encontrando-se os resultados na figura 7. (Num dos inquéritos foi omitida a resposta a esta questão.)

**Figura 6 – Respostas à questão “Já comunicou uma má notícia a um doente ou familiar?”.**



**Figura 7 – Respostas à questão “Quantas vezes já comunicou uma má notícia?”.**



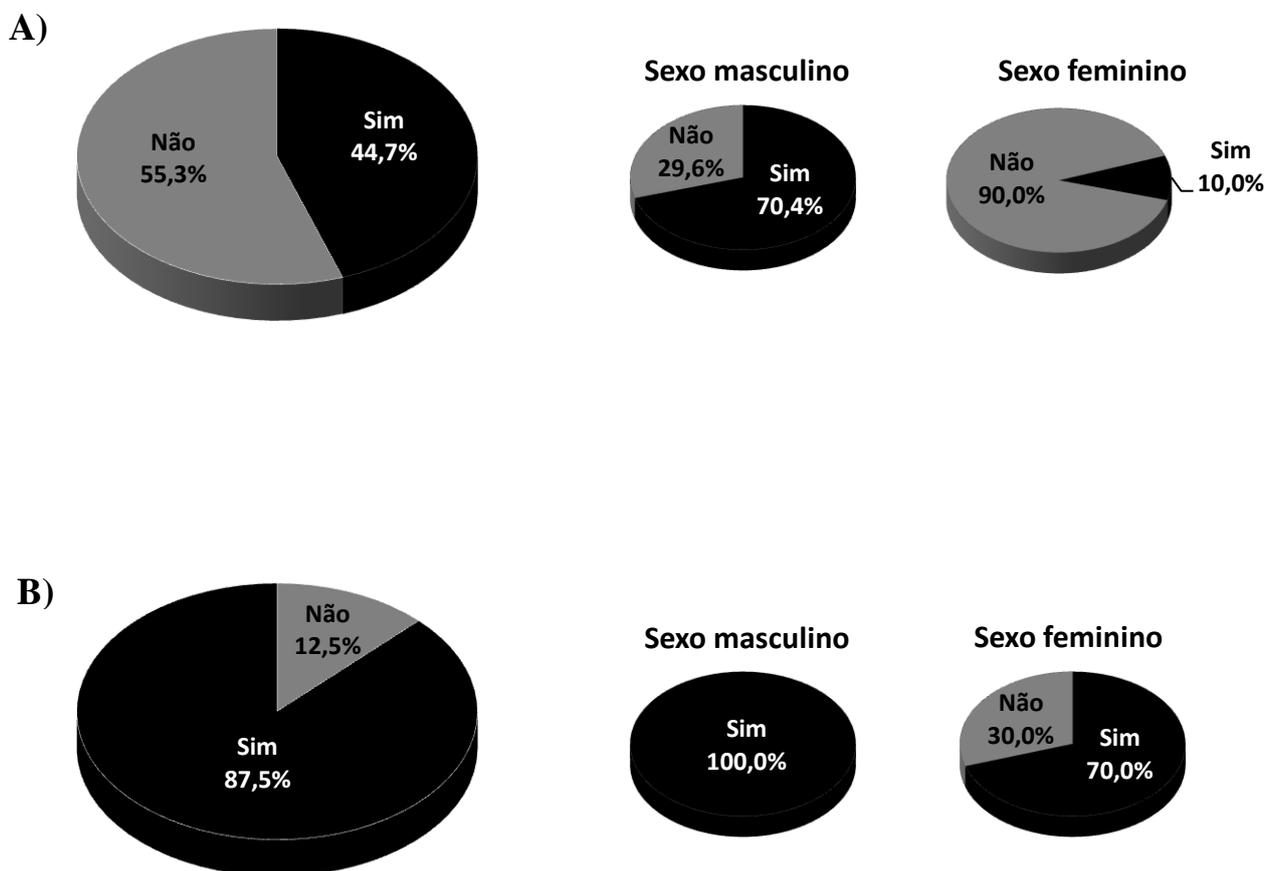
A tabela V mostra quanto tempo após o início da actividade profissional comunicaram pela primeira vez uma má notícia. (Em seis dos questionários a resposta estava incompleta ou era inexistente.)

**Tabela V – Respostas à questão “Relativamente à primeira vez em que comunicou uma má notícia, foi quanto tempo após o início da actividade profissional?”**

<i>Tempo após início da actividade</i>	<i>%</i>	<i>% cumulativa</i>
<i>&lt; 1 mês</i>	9,5	9,5
<i>1 mês</i>	11,9	21,4
<i>2 meses</i>	26,2	47,6
<i>3 meses</i>	7,1	54,7
<i>4 meses</i>	4,8	59,5
<i>6 meses</i>	9,5	69,0
<i>10 meses</i>	2,4	71,4
<i>12 meses</i>	21,4	92,8
<i>24 meses</i>	7,2	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Na figura 8 surgem os dados quanto ao facto de se sentirem preparados, ou não, para dar a má notícia da primeira vez que o fizeram e se se sentem melhor preparados agora. Em ambos os casos verifica-se a existência de diferença estatística por sexos. (Num dos inquiridos foi omitida a resposta.)

**Figura 8 – Respostas às questões: A) “Relativamente à primeira vez em que comunicou uma má notícia, sentia-se preparado para a dar?” ( $p < 0,001$  por sexos); B) “Actualmente, sente-se melhor preparado comparando com o início da actividade médica?” ( $p = 0,002$  por sexos) – total, sexo masculino e sexo feminino.**



Quanto à relação entre o ano de especialidade em que os internos se encontram e o facto de se sentirem melhor preparados agora, não existe significância estatística, mas são perceptíveis algumas diferenças apresentadas na tabela VI.

**Tabela VI – Distribuição percentual do facto de se sentirem melhor preparados actualmente para comunicar uma má notícia, por ano de especialidade. (%)**

MELHOR	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	TOTAL
<b>SIM</b>	66,7	93,3	77,8	100,0	100,0	100,0	87,5
<b>NÃO</b>	33,3	7,7	22,2	-	-	-	12,5
<b>TOTAL</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

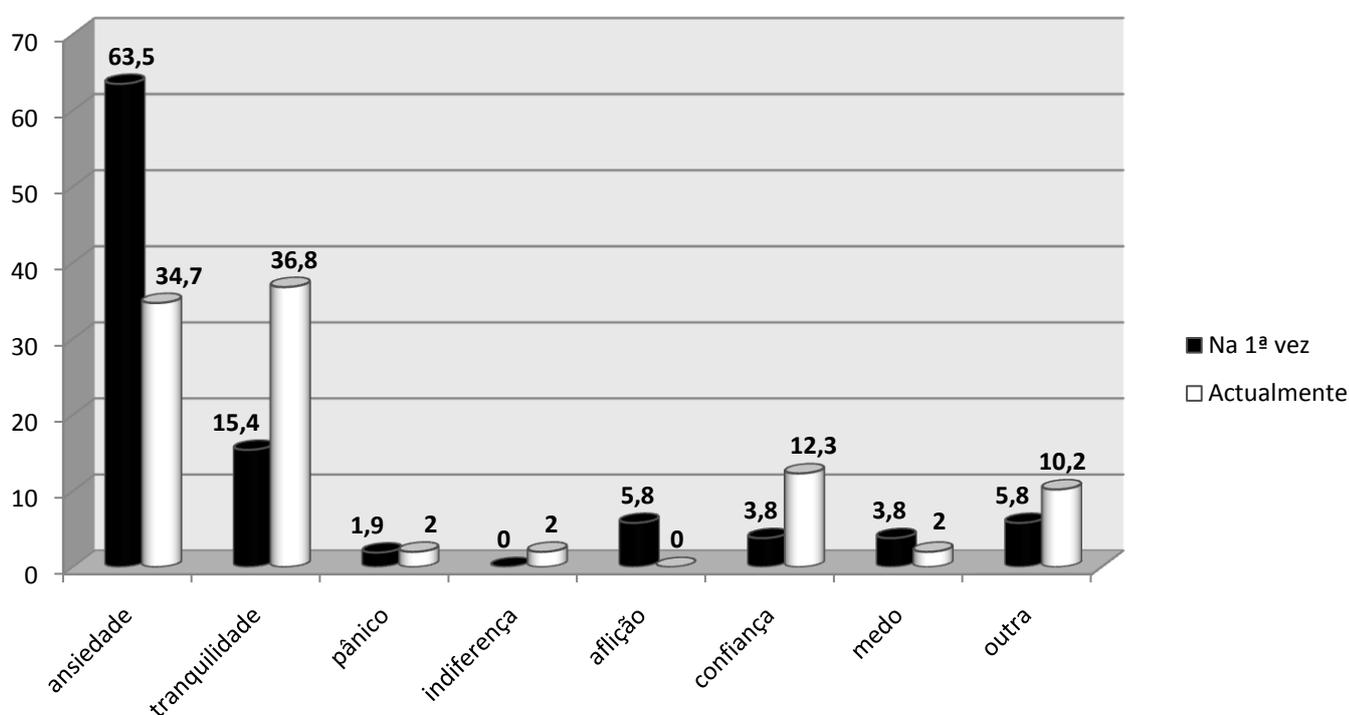
A tabela VII mostra a relação que existe entre o facto dos internos terem abordado o tema CMN na sua formação e o facto de afirmarem terem-se sentido preparados para comunicar uma má notícia na sua primeira experiência, na qual não se provou existir diferença.

**Tabela VII – Tabela de dupla entrada que mostra a relação entre o tema ter sido abordado e os internos sentirem-se preparados. (%)**

		preparado		
		SIM	NÃO	
tema abordado	SIM	25,5	25,5	51,1
	NÃO	19,1	29,8	48,9
		44,7	55,3	100,0

O estado de espírito na primeira vez que deram uma má notícia e actualmente está patente na figura 9, existindo diferença estatisticamente significativa entre eles. (Num dos inquéritos foram omitidas as respostas quanto ao estado de espírito.) Nem na primeira experiência, nem actualmente, se verificou diferença por sexos, mas existe alguma variabilidade mostrada na tabela VIII.

**Figura 9 – Respostas às questões “Qual das seguintes palavras caracterizaria melhor o seu estado de espírito...” “...quando comunicou uma má notícia pela primeira vez?” e “...quando comunica uma má notícia actualmente?” (p<0,001 entre primeira vez e actualmente). (%)**



**Tabela VIII – Distribuição percentual do estado de espírito na primeira vez e actualmente, por sexos. (%)**

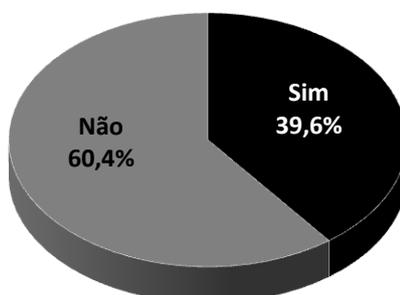
	Sexo	ansie.	tranq.	pânico	indif.	aflição	conf.	medo	outra	TOTAL
1ª vez	masc.	58,1	25,8	3,2	-	-	6,5	3,2	3,2	100,0
	fem.	71,4	-	-	-	14,3	-	4,8	9,5	100,0
Agora	masc.	20,7	55,2	3,4	3,4	-	10,3	-	6,9	100,0
	fem.	55,0	10,0	-	-	-	15,0	5,0	15,0	100,0

LEGENDA: masc.- masculino; fem.- feminino; ansie.- ansiedade; tranq.- tranquilidade; indif.- indiferença; conf.- confiança.

As respostas às questões sobre se a vida pessoal já terá sido afectada pelo acto de comunicar uma má notícia e a forma como isso aconteceu, surgem na figura 10 e tabela IX, respectivamente.

Dos 19 indivíduos que afirmaram que a sua vida pessoal já havia sido afectada, apenas 14 (73,7%) explicaram de que forma, tratando-se esta de uma questão de resposta aberta.

**Figura 10 – Respostas à questão “Alguma vez sentiu que o acto de comunicar uma má notícia tivesse afectado de alguma forma a sua vida pessoal?”.**



**Tabela IX – Respostas à questão “De que forma o acto de comunicar uma má notícia afectou a sua vida pessoal?”.** (As respostas estão relatadas por ordem decrescente de incidência.)

alteração do humor	ansiedade	dificuldade em dormir	introspecção	
45,5%	18,2%	9,1%	9,1%	
fuga de pensamento	irritabilidade	dificuldade na concentração	intolerância com terceiros	TOTAL
4,5%	4,5%	4,5%	4,5%	100,0%

Dos 51 internos que responderam ao questionário, 15 (29,4%) fizeram um comentário final livre, sobre o tema e sobre a sua experiência pessoal. Na imagem 11 surgem os comentários mais relevantes, na íntegra ou em parte.

**Imagem 11 – Respostas mais relevantes à questão “Sinta-se à vontade para fazer um comentário sobre este tema, nomeadamente sobre a sua experiência pessoal”.**

- Uma pessoa nunca está totalmente preparada para comunicar uma má notícia a um doente ou a um familiar, devido à empatia que um médico habitualmente exerce na prática clínica. No entanto é importante um médico receber formação nessa área para aliviar da melhor forma o sofrimento do doente e dos seus familiares, sem choque psicológico. **(1º ano; Psiquiatria)**
- De facto este é um tema que não é (ou pelo menos não era) abordado na formação académica e cuja importância e delicadeza não se compadecem com improvisação ou momentos de comunicação menos claros ou conseguidos. Ainda que a transmissão oral de conhecimento sobre este tema (sobretudo de colegas mais experientes) tenha o seu valor, parece-me insuficiente. **(2º ano; Psiquiatria)**
- Preparada não estou. **(1º ano; ORL)**
- Trata-se de um tema de muito difícil abordagem na altura da formação, pelo que deve ser falado ao longo do curso, não só numa cadeira que fale (também) do tema mas, sobretudo, na altura das cadeiras clínicas e durante todo o 6º ano. A comunicação de más notícias requer preparação, “estofo”, pessoal, profissional e moral, pois acaba por ser, quase sempre, feita ad hoc – e não poderia ser de outro modo, ao fim e ao cabo. **(1º ano; Med. Interna)**
- Durante um ano lidei com situações agudas com necessidade de comunicar notícias desagradáveis. Penso que nos falta formação para lidar com estas situações e que acabamos por adquirir essas competências pela nossa experiência e bom senso. Na área que exerço actualmente raramente me confronto com essas situações e penso ser cada vez mais afectada psicologicamente por elas. Seria bom ter alguma formação nesse sentido. **(2º ano; Oftalmologia)**
- De modo geral não creio que estejamos preparados para a “comunicação de más notícias”, mas com a experiência isso é ultrapassado. **(4º ano; Dermatologia)**
- Considero que seria muito pertinente a realização de workshops, com roleplaying, dirigidos a cada especialidade. **(4º ano; Ginecologia)**
- Acho que de facto não somos preparados durante a nossa formação médica para este tipo de situações. **(1º ano; Ginecologia)**
- Julgo essencial a abordagem do tema uma vez que a situação pode colocar-se com muita frequência no dia-a-dia, devendo o profissional de saúde conhecer as melhores estratégias de comunicação para ser bem entendido e também para poder defender-se, em termos pessoais, das consequências que resultam do confronto frequente com este tipo de situações difíceis. **(3º ano; Ginecologia)**
- A formação médica deveria contemplar este tema. Durante a minha formação médica tal não foi feito. A personalidade de cada médico é fundamental para lidar com o problema. **(6º ano; Ortopedia)**
- Merece outro “tratamento” durante o curso. Aspecto muitas vezes descorado. **(6º ano; Ortopedia)**
- Acho que comunicar a morte de um familiar é uma situação única que dificilmente poderá ser abordada em todo o seu envolvimento numa cadeira, ou em qualquer cadeira. É a situação que mais me transtorna. A sensação com que fico a seguir é semelhante àquela situação depois da explosão de uma bomba em que, a seguir ao estrondo, surge um silêncio e um vazio tremendo, até a realidade regressar. **(2º ano; Cardiologia)**
- Parece-me um tema adequado para seminário do 6º ano. **(2º ano; ORL)**

# ***DISCUSSÃO***

## ***Dados demográficos***

A amostra deste estudo (n=51) representa cerca de 1% do universo dos médicos internos portugueses, o que apesar de ser uma percentagem reduzida, mostra-se suficiente para tirar interessantes conclusões sobre o tema.

Quanto ao facto de a amostra reflectir o universo dos internos portugueses é difícil de afirmar com segurança, já que não existem dados sobre a sua distribuição por sexo, idade ou ano de especialidade. Relativamente à variedade de especialidades existem algumas que não estão representadas na amostra estudada (tabela I).

No que se refere à faculdade em que os inquiridos tiraram o seu curso de medicina, surge representada em clara maioria a de Coimbra (figura 2).

## ***A formação médica***

No total, pouco mais de metade dos inquiridos (53%) referiu que o tema CMN foi abordado durante a sua formação médica, sendo que dos internos que estudaram em Coimbra metade afirma ter abordado o tema, enquanto a outra metade o nega (tabela II). Este facto pode ter várias explicações, entre as quais, alguns dos internos que negaram a abordagem do tema não terem assistido à exposição do mesmo ou o tema ter sido abordado apenas por alguns professores, por exemplo durante as aulas práticas, pelo que apenas uma parte dos alunos tenha falado do assunto. De qualquer modo, estes dados sugerem existir efectivamente uma falha na abordagem formal deste tema nas escolas médicas portuguesas, tal como acontece além fronteiras. [7, 22, 29] Verificou-se num estudo britânico que 51% dos médicos inquiridos de várias especialidades receberam treino formal em CMN [4], num estudo canadiano que 40% dos oftalmologistas inquiridos teve esse treino [29] e num estudo americano que apenas 34% dos médicos de várias especialidades inquiridos também tiveram

esse treino [21], mas mais preocupante é o facto de Baile *et al* terem concluído que não chegavam aos 10% os oncologistas presentes na Reunião Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica que tinham tido treino formal nesta área [3], sendo esta uma das especialidades em que esta questão mais se coloca.

Daqueles que abordaram o tema, 46,2% consideram que, quando tiveram que dar uma má notícia, tal foi de pouca ou nenhuma ajuda, 30,8% referiram que foi de moderada ajuda e 23,0% consideram que foi de considerável ou grande ajuda. No geral, portanto, percebe-se existir uma tendência mais negativa quanto ao valor prático da matéria abordada, o que é realçado pelo facto de apenas 3,8% dos inquiridos ter considerado a abordagem de grande ajuda (tabela III).

Independentemente do grau de ajuda que a abordagem académica do tema teve na prática clínica de cada um dos internos, a maioria (81,5%) encara-a como insuficiente (figura 3), pelo que se pode inferir que, quando a CMN é abordada nas nossas universidades, tal não é feito da forma mais adequada. Também um estudo brasileiro refere um ensino inadequado deste tema. [25]

### ***A importância do assunto***

Os médicos internos encaram a CMN como um assunto deveras importante, já que 86,3% destes o indicaram como consideravelmente importante ou muito importante (tabela IV), resultado este que está em harmonia com outros estudos já publicados. [12, 17, 18, 29]

Os inquiridos foram unânimes em afirmar que este deve ser um assunto abordado durante a formação do médico, mas não quanto ao melhor momento da mesma para o fazer. As escolhas mostraram-se diferentes entre os sexos (figura 4). No sexo masculino, as opiniões divergiram mais, sendo que mais de um quarto (27,6%) acredita que o tema deve ser abordado apenas durante a licenciatura, 6,9% só durante a especialidade e cerca de dois terços (65,5%) durante ambas (licenciatura e especialidade). No sexo feminino, a grande maioria

(90,9%) considera que este é um assunto que deve ser abordado quer na licenciatura, quer na especialidade. No global, mais de três quartos dos inquiridos acham que é importante a abordagem ser feita em ambos os momentos da formação médica.

Num estudo dirigido a oftalmologistas, a opinião da maioria revela, igualmente, que é muito importante que este assunto faça parte da formação médica, mas a maioria considera que tal deve decorrer apenas durante a especialidade. [29]

De que forma deve então ser abordado este tema? A opinião da maioria dos inquiridos (76,7%) é que tal deve ser feito de uma das seguintes formas (figura 5): transversalmente em todas as cadeiras do curso médico (36,7%), em *workshops* com *roleplaying* (23,3%) ou por discussão após observação de outros profissionais (16,7%).

Relativamente à abordagem deste tema de forma transversal em todas as cadeiras do curso médico, não existe qualquer estudo que comprove a sua eficácia.

Os *workshops* com *roleplaying* estão a ser largamente utilizados no ensino da CMN, podendo ser usados colegas, actores ou até mesmo pacientes (ex: sobreviventes de cancro), sendo que os denominadores comuns da avaliação desta abordagem são: satisfação, aumento da confiança e melhoria na actuação. [1, 2, 7, 8, 11, 12, 23, 26]

No estudo levado a cabo por Orlander *et al*, os jovens médicos revelaram que, na sua opinião, a melhor forma de aprender a comunicar más notícias passava primeiro por observar outros profissionais mais experientes a fazê-lo, numa segunda fase serem observados a realizar essa tarefa e, posteriormente, obterem o *feedback* da sua actuação, sempre por alguém com experiência no assunto. Numa ilustração, estes mesmos autores realçam a importância do treino da CMN e da supervisão que deve existir nas primeiras experiências, comparando a CMN a outros procedimentos médicos, nomeadamente os invasivos, cujos primeiros desempenhos são supervisionados, não sem antes o aluno ou interno ter tido a oportunidade de observar outros mais experientes a fazê-lo. [17] Também num estudo conduzido no

Canadá, os internos manifestaram uma opinião semelhante, com enfoque na necessidade que tinham de discutir o assunto e obter um *feedback* dos médicos mais experientes. [9]

Num excelente artigo de revisão, de Marcy *et al* [24], sobre estratégias para ensinar estudantes de medicina e jovens médicos a comunicar más notícias, é feita uma avaliação das vantagens e desvantagens de cada uma delas, e ainda da sua eficácia. As palestras, por exemplo, onde podem ser apresentados vídeos e testemunhos de médicos ou doentes, permitem expor o assunto a um grande número de indivíduos, em pouco tempo e com custos reduzidos, mas a oportunidade de discutir o tema e de praticar é reduzida ou nula. Na discussão em pequenos grupos, já existe a oportunidade de discutir o tema, mas não de praticar. As situações de *role-playing*, para além de permitirem discussão, permitem ainda que as técnicas de CMN sejam praticadas e que se obtenha um *feedback* no final, contudo exigem um dispêndio muito maior de tempo e também de recursos. Quanto ao ensino em ambiente clínico, apesar de poder pôr em causa a privacidade do doente e existirem restrições de tempo, é um contexto real e não encenado. Genericamente, no que diz respeito à eficácia, as várias estratégias são consideradas úteis, melhorando as capacidades e a confiança dos intervenientes, que se mostram satisfeitos com as mesmas. É de realçar que, nas intervenções mais práticas, as que se revelaram mais eficazes foram precedidas de uma apresentação teórica acerca das etapas mais importantes da CMN.

No que se refere às etapas da CMN, Baile *et al*, criaram um protocolo simples, prático e apreciado pela maioria dos médicos, com 6 passos – o SPIKES, e afirmam que o processo de CMN deve ser executado passo a passo, tal como por exemplo a ressuscitação cardiopulmonar, sendo que para a tarefa ser bem sucedida, cada passo tem que ser plenamente executado, pois dele depende o seguinte. [3]

No geral, a grande crítica que estes estudos recebem, é que a sua avaliação é efectuada imediatamente após a intervenção e não na prática clínica, a curto e médio prazos. [8, 11, 24, 28] Existem porém dois estudos em que tal foi feito: um de Rosenbaum e Kreiter, cujo

sucesso de uma intervenção com roleplaying permanecia virtualmente inalterado ao fim de um ano [23] e outro de Maguire *et al* (citado num artigo de revisão) em que cinco anos após terem levado a cabo um programa de treino para estudantes descobriram que eles ainda aderiam aos seus ensinamentos, para além de existir uma maior satisfação dos seus doentes comparando com o grupo controlo [26].

### ***A experiência pessoal***

A grande maioria dos internos (94,1%) já comunicou uma má notícia a um doente ou familiar, e destes quase todos mais do que uma vez (97,9%), sendo que 42,6% já o fez mais de dez vezes (figuras 6 e 7). Esta é portanto uma realidade frequente, o que é apoiado por outras investigações. [3, 4]

A primeira experiência de comunicação de uma má notícia ocorreu em todos os casos nos dois primeiros anos de actividade profissional, tendo em 54,7% dos casos ocorrido nos primeiros 3 meses e em 92,8% dos casos no primeiro ano (tabela V). É portanto evidente que esta é uma realidade que ocorre cedo na actividade clínica, o que reforça a importância de abordar a matéria na formação pré-graduada.

Quando questionados sobre se se sentiam preparados para dar uma má notícia na primeira vez que o fizeram, um pouco mais de metade (55,3%) afirmaram que não e os restantes (44,7%) que sim (figura 8A). Esta proporção alterou-se bastante até à actualidade, sendo que neste momento 87,5% se sente melhor preparado e apenas 12,5% o negam (figura 8B). Este facto mostra que a experiência será um factor determinante no que refere à CMN, tal como o é em qualquer outro tipo de comunicação médico-doente.

É de referir, contudo, que se verificou a existência de diferenças entre os sexos, sentindo-se os indivíduos do sexo feminino menos preparados para esta tarefa, tanto na sua primeira experiência como na actualidade (figura 8), contrariamente ao estudo de Orlander *et al*, no

qual não se verificou diferença entre os sexos relativamente a quão preparados se sentiam aquando da sua primeira experiência na CMN [17].

Também na relação entre o ano de especialidade em que os internos se encontram e o facto de se sentirem melhor preparados agora, mesmo sem significância estatística, é perceptível que os que não se sentem melhor preparados estão nos primeiros anos de especialidade, sendo que todos os inquiridos apartir do 4º ano de especialidade afirmaram sentir-se melhor preparados para comunicar uma má notícia presentemente (tabela VI).

O facto de não se verificar diferença estatística na relação entre o tema ter sido abordado durante o curso e os internos se sentirem melhor preparados na primeira experiência de CMN (tabela VII), reforça a má preparação que está a ser dada aos futuros médicos em Portugal.

Os sentimentos que melhor caracterizam o estado de espírito actual dos internos ao comunicar más notícia mostram ser bastante diferentes dos da sua primeira experiência. No geral, desde a primeira experiência até à actualidade, houve um decréscimo significativo da ansiedade e aflição, acompanhados de um aumento da tranquilidade e confiança (figura 9). Apesar de estatisticamente não significativas existem, em ambos os momentos, diferenças entre os sexos: os homens sentem-se claramente mais tranquilos que as mulheres, e estas sentem-se bastante mais ansiosas e aflitas que eles (tabela VIII).

Apesar de se verificar uma “melhoria” nos sentimentos expressos, continua a existir uma percentagem significativa de jovens médicos com “problemas” em lidar com esta situação, o que pode significar que, mesmo com a experiência esta tarefa continue a ser difícil para alguns médicos. Isto está de acordo com o artigo de revisão de Fallowfield e Jenkins, em que se afirma existir pouca evidência de que a dificuldade dos médicos em lidar com as suas próprias emoções melhora com a experiência [11]. São vários os estudos que chegam à conclusão que a CMN é uma situação moderadamente ou muito *stressante* para os médicos. [9, 15, 19, 20, 21]

Quanto ao facto de já terem sentido que, de alguma forma, o acto de comunicar uma má notícia tivesse afectado a sua vida pessoal, mais de um terço (39,6%) afirmou que sim (figura 10), sendo que as situações mais comuns foram alteração do humor/humor deprimido (45,5%) e ansiedade (18,2%), tendo-se verificado também: dificuldade em dormir, introspecção, fuga de pensamento, irritabilidade, dificuldade na concentração e intolerância com terceiros (tabela IX). É de mencionar que, mesmo sendo esta uma pergunta com resposta aberta, surgiram apenas oito tipos diferentes de resposta o que indica que, genericamente, o efeito que a CMN suscita nos médicos não varia muito de indivíduo para indivíduo.

No estudo canadiano já citado, os inquiridos expressaram que não só os doentes e as suas famílias precisam de apoio, mas também os próprios médicos. Este apoio dos colegas, dos superiores e de outros profissionais de saúde é de extrema importância, constituindo a sua falta um obstáculo à eficiente CMN. [9, 10, 15, 18]

Os comentários livres (imagem 11) são elucidativos da forma como os jovens médicos portugueses encaram este tema e estão de acordo com os resultados já discutidos. Os comentários referem-se ao facto de a CMN ser um tema importante, mas não abordado no curso, o que deveria acontecer, já que não sentem preparados para esta tarefa. Dão grande valor à experiência mas, em determinados casos, é perceptível o sofrimento que esta tarefa lhes causa.

### ***Limitações do estudo***

Uma das limitações deste estudo é não se ter a certeza se a amostra estudada é representativa do universo dos internos portugueses.

Também o facto de nem todas as especialidades estarem representadas neste estudo, pode de certa forma empobrecer os resultados, em especial os referentes à experiência de cada interno, já que existem particularidades específicas em cada uma das especialidades.

Como a grande maioria dos inquiridos tirou o seu curso de medicina na Universidade de Coimbra, isso pode resultar num viés das conclusões retiradas do estudo, para além de não permitir que se comparem as diferentes escolas médicas portuguesas no que diz respeito ao ensino do tema CMN. Neste caso seria uma mais valia realizar um estudo mais abrangente.

O tamanho da amostra apesar de permitir tirar conclusões sobre o tema, muitas vezes não é suficiente para estabelecer relações estatisticamente significativas que eventualmente se poderiam provar existir se a amostra fosse de maiores dimensões.

## **CONCLUSÕES**

A CMN é um assunto importante e que não está a receber o devido valor nas escolas médicas portuguesas. Apesar de cerca de metade dos inquiridos afirmar ter abordado o tema, a maioria acha que tal foi insuficiente e não lhe atribui grande valor prático.

A capacidade de comunicar uma má notícia é uma competência que deve ser parte integrante dos currículos das escolas médicas devendo, preferencialmente, coexistir nos ensinamentos pré e pós-graduado, facto reforçado pela considerável frequência e precocidade com que os jovens médicos se defrontam com estas situações na actividade clínica.

Existem vários modelos de ensino com bons resultados pelos quais as faculdades e hospitais podem optar, mediante os recursos disponíveis. Parece-me que durante os cursos médicos será preferível optar por palestras e grupos de discussão (nas aulas práticas), e durante a especialidade por *workshops* com *roleplaying* que deverão ser direccionados para as particularidades de cada especialidade. Convém contudo lembrar que os eventuais formadores poderão, eles próprios, necessitar de formação na área.

A CMN é realmente uma situação que, principalmente nas primeiras experiências e mais no sexo feminino, é bastante ansiogénica, sendo que com o passar do tempo o médico se vai considerando melhor preparado para a tarefa.

No geral as mulheres mostram sentir-se menos preparadas e tranquilas, e mais ansiosas e aflitas, comparando com o sexo masculino.

Num número considerável de casos o facto de ter que se comunicar más notícias interfere com a vida pessoal do médico, pelo que, a par do treinamento em CMN, ao médico também devem ser dadas as ferramentas necessárias para lidar com os seus próprios sentimentos.

É importante reter que o médico também sofre com a CMN, pelo que é recomendável que as escolas médicas se empenhem em formar os seus alunos no que a isto refere, não esquecendo que tal resultará em benefício, quer de médicos, quer de doentes.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

1. Back A, Baile W (2003) *Communication skills: myths, realities, and new developments*. The Journal of Supportive Oncology 1(3): 169-171
2. Baer NA, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH (2008) *Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises*. Journal of Palliative Medicine 11(6): 885-892
3. Baile WF, Buckman 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*. Oncologist 5: 302-11
4. Barnett MM, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J (2007) *Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing*. Medical Education 41: 947-956
5. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD (2002) *Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review*. JABFP 15(1): 25-36
6. Buckman R (1984) *Breaking bad news: why is it still so difficult?* BMJ 288: 1597-99
7. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D (2001) *Teaching students to break bad news*. Am J Surg 182 (1): 20-3
8. Cushing AM, Jones A (1995) *Evaluation of a breaking bad news course for medical students*. Med Educ 29: 430-35
9. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M (2001) *Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents*. Med Educ 35: 197-205
10. Espinosa E, Barón MG, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P (1996) *Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients*. Support Care Cancer 4: 61-63
11. Fallowfield L, Jenkins V (2004) *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*. Lancet 363: 312-319

12. Garg A, Buckman R, Kason Y (1997) *Teaching medical students how to break bad news*. Can Med Assoc J 156: 1159–64
13. Girgis A, Sanson-Fisher RW (1995) *Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners*. J Clin Oncol 13: 2449–56
14. Leal F (2003) *Transmissão de más notícias*. Rev Port Clin Geral 19: 40-43
15. Marques AR, Santos G, Firmino H, Santos Z, Vale L, Abrantes P, Barata P, Moniz M, Amaral AP, Galvão MJ, Clemente V, Pissarra A, Albuquerque E, Gomes AA, Morais I (1991) A equipa terapêutica face à doença grave. Em: Reações emocionais à doença grave: como lidar..., pp119-124. Edição Psiquiatria Clínica
16. Mir NU (2004) *Breaking bad news: practical advice for busy doctors*. Hosp Med 65(10): 613-5
17. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA (2002) *Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news*. J Gen Intern Med 17: 825–31
18. Perron NJ, Sommer J, Hudelson P, Demaurex F, Luthy C, Louis-Simonet M, Nendaz M, De Grave W, Dollmans D, Van der Vleuten C (2009) *Resident's perceived needs in communication skills training across in- and out-patient clinical settings*. Education for Health 22 (1)
19. Ptacek JT, Eberhardt TL (1996) *Breaking bad news: a review of the literature*. JAMA 276: 496–502
20. Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ (1999) *Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process*. Support Care Cancer 7: 113-120
21. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM (2001) *"I'm sorry to tell you . . ." physicians' reports of breaking bad news*. J Behav Med 24:205–17
22. Rabow MW, McPhee SJ (1999) *Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer*. West J Med 171: 260–63

23. Rosenbaum ME, Kreiter C (2002) *Teaching delivery of bad news using experiential sessions with standardized patients*. Teach Learn Med 14: 144–49
24. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG (2004) *Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies*. Academic Medicine 79(2): 107-117
25. Saviani-Zeoti F, Petean EBL (2007) *Breaking bad news: doctor's feelings and behaviours*. The Spanish journal of Psychology 10(2): 380-387
26. Schildmann J, Härlein J, Burchardi N, Schlögl M, Vollman J (2006) *Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop*. Support Care Cancer 14: 1157-1161
27. Teutsch C (2003) *Patient-doctor communication*. Med Clin North Am. 87 (5): 1115-45
28. VandeKieft GK (2001) *Breaking bad news*. Am Fam Physician 64: 1975–78
29. Zakrzewski PA, Ho AL, Braga-Mele R (2008) *Should ophthalmologists receive communication skills training in breaking bad news?*. Can J Ophthalmol 43(4): 419-424

## ***AGRADECIMENTOS***

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Quartilho pela disponibilidade que mostrou para ser o orientador da minha tese e pela ajuda na sua execução.

Agradeço, de uma forma muito especial, ao Doutor Luiz Miguel Santiago pela preciosa ajuda que me deu no tratamento estatístico dos dados, pelas sugestões em como melhorar o trabalho e pela condescendência quando eu chegava mais tarde ou saía mais cedo do estágio para entregar e recolher questionários.

Agradeço a todos os internos que dispensaram um pouco do seu tempo para responder ao questionário, tendo dessa forma tornado possível este trabalho.

Agradeço a todos os médicos, internos e secretários clínicos dos HUC que me auxiliaram na distribuição e recolha dos inquéritos.

Agradeço aos meus pais pela ajuda que me deram na realização do trabalho, nomeadamente a nível logístico e de revisão de texto.

Por último mas, de todo, não menos importante, agradeço ao meu namorado pelo incentivo que me deu quanto à escolha do tema, pelo apoio que me deu nas situações de maior ansiedade e pela compreensão quanto à dificuldade em lhe dedicar a atenção habitual.