



# ESTRATÉGIAS PARA TRANSMISSÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS A PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEU IMPACTO NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DESTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

STRATEGIES FOR BREAKING BAD NEWS TO CANCER PATIENTS AND ITS IMPACT ON THEIR PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Sara Santos Chaves <sup>1</sup>  
Isnaia Junquillo Freire Calazans Souza <sup>2</sup>  
Kátia Jane Chaves Bernardo <sup>3</sup>  
Luciana Santos Chaves <sup>4</sup>

**Manuscrito recebido em:** 21 de agosto de 2021.

**Aprovado em:** 24 de dezembro de 2023.

**Publicado em:** 30 de dezembro de 2023.

## Resumo

**Objetivo:** realizar uma revisão sistemática a fim de testar a hipótese, amparada pela literatura teórica, de que o uso de estratégias para a comunicação de notícias difíceis a pacientes oncológicos impacta positivamente no processo de ajustamento psicológico destes. **Método:** foi realizada busca (pareada por duas pesquisadoras), entre os meses de outubro de 2019 a outubro de 2020, nas bases de dados PubMed, Medline, ScieElo, LILACS, Cochrane e Google Scholar, além da busca manual das citações dos estudos selecionados. Todos os ensaios de casos clínicos randomizados, estudos de coorte e revisões sistemáticas que incluíssem avaliação de ajustamento psicológico de pacientes oncológicos antes e após a comunicação da notícia difícil foram incluídos, sem restrição de período de publicação, incluindo-se estudos em português e inglês. Foram excluídas revisões integrativas e estudos qualitativos, bem como estudos que não incluíssem pacientes oncológicos como participantes. Tipos de participantes: pacientes oncológicos recebendo diagnóstico pela primeira vez. A extração dos dados, síntese e análise foram realizadas separadamente, de forma pareada. **Resultados:** A partir de 98 registros encontrados, 6 artigos foram elegíveis, conforme os critérios de inclusão do estudo: 2 estudos de caso clínico randomizado, 3 estudos de coorte e 1 revisão sistemática, todos com risco baixo a moderado para viés de uma maneira geral. Os dados foram sistematizados por meio de uma descrição narrativa não-meta-analítica. **Conclusão:** a maneira como a notícia difícil é comunicada no contexto do paciente oncológico tem consequências no processo de adaptação, elaboração de estratégias de enfrentamento funcionais e ajustamento psicológico do receptor da notícia difícil.

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Grupo de Pesquisa Contextos e Trajetórias do Desenvolvimento Humano.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7788-8402> E-mail: [chaves.sara@gmail.com](mailto:chaves.sara@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Educação pela Université du Québec à Montréal. Professora na Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5312-9059> E-mail: [isfreire@uol.com.br](mailto:isfreire@uol.com.br)

<sup>3</sup> Doutora em História Social pela Universidade Federal da Bahia. Professora no Centro Universitário Jorge Amado e na Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9378-709X> E-mail: [katiajanebernardo@gmail.com](mailto:katiajanebernardo@gmail.com)

<sup>4</sup> Mestra em Gestão da Tecnologia e Inovação em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Enfermeira na Secretaria de Saúde do Município de Camaçari.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0737-4761> E-mail: [lucianakeys@gmail.com](mailto:lucianakeys@gmail.com)



**Palavras-chave:** Pacientes oncológicos; Comunicação; Notícias difíceis; Ajustamento psicológico; Revisão sistemática.

### Abstract

**Objective:** to carry out a systematic review in order to test the hypothesis, supported by theoretical literature, that the use of strategies for communicating bad news to cancer patients positively impacts their psychological adjustment process. **Method:** a search was performed (paired by two researchers) between the months of October 2019 and October 2020, in the PubMed, Medline, ScieElo, LILACS, Cochrane and Google Scholar databases, in addition to a manual search of the citations of the selected studies. All randomized clinical case trials, cohort studies and systematic reviews that included assessment of psychological adjustment of cancer patients before and after the communication of difficult news were included, without restriction of publication period, including studies in Portuguese and English. Integrative reviews and qualitative studies, as well as studies that did not include cancer patients as participants, were excluded. Types of participants: cancer patients receiving diagnosis for the first time. Data extraction, synthesis and analysis were performed separately, in a paired fashion. **Results:** From 98 records found, 6 articles were eligible, according to the study inclusion criteria: 2 randomized clinical case studies, 3 cohort studies and 1 systematic review, all with low to moderate risk for bias in general. Data were systematized using a non-meta-analytic narrative description. **Conclusion:** the way difficult news is communicated in the context of cancer patients has consequences on the adaptation process, development of functional coping strategies and psychological adjustment of the recipient of difficult news.

**Keywords:** Cancer patients; Communication; Bad news; Psychological adjustment; Systematic review.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da trajetória vinte e dois meses como psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional e Saúde, da Universidade do Estado da Bahia, em dois hospitais distintos, no contexto de assistência a pacientes oncológicos assistidos pelo Sistema Único de Saúde, e em uma clínica de assistência a pacientes em contexto de cuidados paliativos exclusivos e reabilitação pós-covid - que oferta assistência a usuários de plano de saúde e a pacientes particulares - percebi que a maneira como uma notícia difícil é transmitida ao paciente repercute na forma com que ele(a) lida com o próprio adoecimento e o tratamento. Por outro lado, observei também que transmitir uma notícia difícil gera impacto no profissional que a transmite e também no profissional da equipe multiprofissional que oferta o suporte, seja o médico, seja o psicólogo, seja a assistente social. Em algumas situações, o temor por não saber como lidar com o paciente ou familiar pode gerar um comportamento de receio, evitação ou mesmo transmissão imprecisa da notícia difícil ao paciente e/ou à sua família, por parte do profissional que realiza a comunicação.



Ao presenciar estas cenas e ser a psicóloga a acompanhar casos como estes, me perguntei se a forma com que uma notícia difícil é transmitida interfere no processo de ajustamento psicológico (elaboração de estratégias funcionais de enfrentamento) de quem recebe a notícia: pacientes oncológicos e seus familiares, no universo da atuação prática experienciada por mim. A literatura evidencia a importância e os benefícios do uso de protocolos e estratégias norteadores para a comunicação de notícias difíceis, mas há poucos estudos empíricos que relacionam o uso destes protocolos ao seu impacto no processo de ajustamento psicológico do receptor da notícia. Presenciei tais fatos e desdobramentos, enquanto psicóloga residente, razão pela qual escolhi realizar um estudo que apontasse as evidências empíricas de tal impacto.

A comunicação de notícias difíceis é uma tarefa complexa. Para além do componente verbal de efetivamente transmitir a notícia, este processo demanda também outras habilidades, tais como responder às reações emocionais do paciente, dar suporte ao processo de tomada de decisão, lidar com o estresse criado pela expectativa de cura do paciente, o envolvimento de vários membros da família e o dilema de como oferecer esperança quando a situação é drástica (Baile et al, 2000). A complexidade desta interação muitas vezes gera sérias falhas de comunicação, como, por exemplo, o paciente ficar confuso em relação ao seu prognóstico.

A relação entre médico(a) e paciente é um tema que tem discussão ampla na área da antropologia médica. Da Costa e De Azevedo (2010) argumentam que a relação entre ambos(as) pode ser produtora de ansiedade, em especial em relação aos padrões de comunicação, sendo construída a partir de uma trama que envolve processos psicossociais complexos que implicam a construção ou não de vínculo de confiança.

Segundo Cruz et al (2016), a interação entre o médico e o paciente pode impactar na adesão ao tratamento e na satisfação com o atendimento realizado. Adicione-se a isso o fato de que o médico nem sempre tem boas notícias. Cruz et al (2016) explanam que a comunicação deve não apenas incluir o que o paciente precisa saber, mas precisa ser expressa de maneira apropriada, tendo o profissional se certificado de que o(a) paciente compreendeu a informação; sendo que o interlocutor deve estar atento à reação afetiva do (a) paciente, bem como a se ele (a) internalizou a informação.



Entretanto, temores dos próprios médicos e equipe de saúde que provê a assistência ao paciente podem interferir na relação construída, ou mesmo na forma como a notícia poderia impactar a vida do paciente, o que gera questionamento acerca do paradigma paternalista de cuidado, no qual, embora algumas vezes de maneira inconsciente, o (a) médico (a), ou mesmo a família atribui a si, exclusivamente, a responsabilidade por seu paciente. Sendo assim, a despeito de dividir informações com outros membros da equipe e mesmo familiares do paciente, toma para si a responsabilidade da decisão acerca de informar-lhe, ou não, sobre seu real estado de saúde, no caso em que as informações não carregam um prognóstico positivo (Tse et al, 2003).

#### - Imperativos éticos e legais

No Brasil e nos Estados Unidos, os princípios do termo de consentimento informado e da autonomia do paciente têm gerado claras obrigações éticas e legais, no que tange à transmissão de informação ao paciente acerca de sua condição de saúde, provendo-lhe o máximo de informação possível, conforme seu desejo. Assim, os médicos não podem negar informação médica ao paciente acerca de sua condição de saúde, mesmo que suspeitem que esta informação pode gerar um efeito negativo sobre o (a) paciente (Cruz et al, 2016).

A comunicação sobre o diagnóstico, tratamento e termo de consentimento, relacionado aos procedimentos a serem realizados pelo (a) paciente durante o tratamento oncológico, tem implicações importantes no processo de ajustamento psicológico do (a) paciente (Butow et al, 1996; Sardell et al, 1993, Spiegel, 1999, Buckman, 1992). Segundo Montgomery et al (1999), estes estudos indicam que a maioria dos pacientes valoriza a partilha honesta de informações acerca de seu estado de saúde e tratamento. A escolha por uma atitude de lançar sobre o(a) paciente um amontoado de informações padronizadas pode não ser de grande ajuda sendo, inclusive, prejudicial a alguns deles (Quill, 1983). Hopwood et al (1991) e McHugh et al (1995) constataram a presença de importante incidência de morbidade psiquiátrica entre a população de pacientes oncológicos norte-americanos, a exemplo de pacientes oncológicos desenvolvendo transtorno de ansiedade, depressão maior ou distúrbios de ajustamento/adaptação dois anos após receberem o diagnóstico da doença. Um processo de ajustamento psicológico prejudicado tem sido



percebido, de acordo com Montgomery et al (1999), como relacionado a um número de preocupações não sanadas que os pacientes têm em relação à doença. Circunstâncias em que pacientes não retêm as informações transmitidas ou nas quais eles compreendem de maneira equivocada as informações transmitidas, ou o tipo de procedimento com o qual estão consentindo; implicam em que tais pacientes estarão mal providos de recursos para realizar o ajustamento ou adaptação psicológica necessária durante seu tratamento, estando, portanto, expostos a um risco aumentado para morbidade psiquiátrica (Montgomery, 1997).

- O que são 'notícias difíceis'?

Notícias difíceis são quaisquer notícias que alteram drástica e negativamente a visão do(a) paciente acerca de seu futuro (Baile et al, 2002). Ptacek et al (2001) definem notícias difíceis como informação que resulta num *déficit* cognitivo, comportamental e emocional na pessoa que recebe a notícia, persistindo por algum tempo após a notícia ter sido transmitida. Fallowfield et al (1995) ponderam que há gradações de tipos de notícias, as quais seriam, em alguma medida, subjetivas, dependendo das experiências de vida do indivíduo, personalidade, crenças espirituais, pontos de vista filosóficos, rede de suporte social percebida. Entretanto, consideram que haveria exemplos mais evidentes de tipos de notícias difíceis, como - segundo referem - a notícia transmitida à mãe de que um bebê recém-nascido está morto, dizer aos pais que seu único filho envolvido em um acidente de trânsito sofreu um dano cerebral irreversível, ou que não há tratamento curativo para a doença que acometeu o receptor da notícia.

Transmitir este tipo de notícia é uma tarefa frequente, embora difícil para a maioria dos médicos, independentemente de sua especialidade (Butow et al, 1996). É comum, no contexto da assistência oncológica, que diagnósticos que envolvam risco de vida ou impacto envolvendo drásticas mudanças de vida sejam transmitidos aos pacientes. Entretanto, fundamental é saber que a qualidade da transmissão das notícias difíceis aos pacientes parece estar diretamente relacionada ao estresse e ansiedade demonstrados pelos pacientes, ao seu ajustamento às notícias difíceis, às suas estratégias de enfrentamento, bem como à sua satisfação em relação aos cuidados recebidos e aos resultados/efeitos do tratamento em sua saúde (Fallowfield & Jenkins, 2004).



Conforme indicam Ford et al et al (1994), a qualidade geral da transmissão de uma notícia difícil está significativamente relacionada ao estado emocional do paciente após receber a notícia. Observei este fato na prática da residência ao longo destes vinte e dois meses: experienciei circunstâncias em que familiares acessaram processos de regressão ou dissociação em contextos em que a notícia difícil não foi transmitida em conformidade com estratégias ou protocolos validados, a exemplo do Spikes. Presenciei também, por outro lado, circunstâncias graves de processos de morte ativa, em que familiares acessaram recursos funcionais para lidar com a situação após receberem a notícia difícil conforme as estratégias sugeridas por diretrizes para a comunicação de notícias difíceis.

Fallowfield & Jenkins (2004) problematizam que médicos geralmente exercem uma espécie de censura a informações que proveem aos pacientes, com base na ideia de que aquilo que alguém não sabe não pode lhe gerar dano. As autoras argumentam que esta atitude tradicional, que denominam paternalista, ainda é recorrente, a despeito de movimento crescente no mundo em prol da autonomia e empoderamento dos pacientes. Em estudo referido pelas autoras, realizado por Lamont & Christakis (2001), constatou-se que médicos norte-americanos - trabalhando em cinco *hospices* diferentes - mesmo quando questionados por seus pacientes acerca de suas probabilidades de sobreviverem, relataram terem oferecido uma informação franca a apenas 37% de seus pacientes que lhe questionaram, informando terem optado ou por não transmitirem a informação, ou por transmitirem uma informação superestimada, de forma consciente. Fallowfield & Jenkins (2004) argumentam que os médicos não estão conscientes de que uma falha em se transmitir uma informação de forma honesta aos pacientes pode ser uma tentativa, em realidade, de protegerem à sua própria sobrevivência emocional, tanto mais quanto realmente ajudar ao (à) paciente. Ademais, pontuam que a maneira como uma notícia triste e difícil é recebida depende de muitos fatores, inclusive expectativas, experiências prévias, e estilo de personalidade. Horror, choque, raiva, aceitação estoica, descrença e negação são reações possíveis a qualquer um que recebeu uma notícia difícil e que precisa ser capaz de lidar com estas emoções. Dois pacientes e/ou familiares diferentes não responderão da mesma maneira a uma notícia difícil, entretanto, a maneira por meio da qual a notícia difícil é transmitida pode influenciar



substancialmente suas emoções, crenças, atitudes frente à equipe médica e como eles (as) vislumbram seu futuro (Fallowfield & Jenkins, 2004). Portanto, conforme apontam as autoras referidas, compreender o que é importante para os pacientes quando notícias tristes e perturbadoras são transmitidas pode auxiliar os médicos a redefinirem de que maneira esta tarefa é melhor executada.

Fallowfield et al (1995) afirmam que uma comunicação efetiva, num contexto de notícia difícil, desempenha um papel crucial no processo de facilitar a adaptação do/a paciente à realidade desencadeada pelo que é noticiado, facilita ainda processos de tomada de decisão apropriados e contribui para a qualidade de vida de quem recebe a notícia. Os autores pontuam ainda que, se os médicos não forem treinados a conduzirem discussões de maneira sensível e efetiva com os pacientes, esta condução inapropriada do processo de comunicação pode ser estressante para o(a) paciente a quem a informação é comunicada.

Laurette et al (2007) pontuam que a maior parte da literatura científica sobre estratégias de comunicação tem focado nas preferências dos médicos e pacientes acerca do modo de comunicação de um prognóstico, com pouca atenção sendo prestada aos resultados psicológicos e médicos destas conversas. Butow et al (1996) relatam a existência de estudos que têm evidenciado a influência do ajustamento psicológico do paciente, pós-comunicação de notícia difícil, ao diagnóstico de câncer. O estudo realizado por Dunn et al (1993) observou que, mesmo quando fatores importantes para o processo de comunicação de notícias difíceis são levados em consideração, como rede de apoio fortalecida, investigação do perfil psicológico do paciente e local adequado para a realização da comunicação, a percepção do paciente sobre o comportamento do (a) médico (a) durante a comunicação do diagnóstico difícil é um preditor significativo para o ajustamento psicológico da paciente pós-comunicação/diagnóstico de câncer de mama.

Em estudo retrospectivo acerca do processo de comunicação de notícias difíceis, vivenciado por pacientes oncológicos, Roberts et al (1994) reportaram que o fator mais significativamente preditivo do ajustamento psicológico precário, em longo prazo, para pacientes com câncer de mama que receberam o diagnóstico, foi a maneira com que o diagnóstico foi comunicado.



Thorne (2005) afirma que existem dados significativos evidenciando que uma comunicação efetiva é um capital importante para o sistema de assistência a pacientes oncológicos. Contudo, há relativamente poucos estudos e relatos sobre o impacto que a comunicação precária de uma notícia difícil tem sobre pacientes oncológicos e seus familiares (Krieger et al, 2022).

Tattersall et al (2002) identificaram na base de suas análises da literatura um crescente corpo de evidências de que a má comunicação no tratamento do câncer, infelizmente prevalente, exerce um fardo significativo no ajustamento psicológico dos pacientes e seus familiares. Os autores pontuam que, embora tenha havido um estudo sistemático sobre como se dá a comunicação efetiva, considerada recomendável, pouco é conhecido sobre a ausência de comunicação efetiva ou sobre a presença de má comunicação. A comunicação é percebida como ubíqua na prestação de cuidados ao paciente oncológico, o que tem potencial para ser positivo ou negativo, na valência de que algumas comunicações serão úteis ou eficazes no avanço do tratamento do câncer, e outras não (Back et al, 2003), conforme a maneira com que são realizadas. Back et al (2003) sinaliza que, embora haja pouco acordo conceitual sobre como articular as distinções inerentes a uma boa comunicação e uma comunicação ruim, sabe-se que uma comunicação ruim pode desencadear uma gama de fatores adversos para o (a) paciente (como erosão da confiança no médico, ou mal-entendido sobre a doença), e para o médico (ações judiciais).

Em realidade, informar a verdade sem se preocupar com a maneira ou falta de sensibilidade com que a notícia é transmitida, sem dar suporte ao paciente em seu processo de tomada de decisão, pode igualmente resultar em pacientes tão chateados/ irritados quanto se houvessem ouvido uma falsa informação, ou uma informação mentirosa acerca de seu estado de saúde, por parte do(a) médico(a) (Baile et al, 2000).

Hancock et al (2007) afirmam que há risco potencial de que profissionais de saúde causem dano a seus pacientes e respectivos familiares caso não tenham treinado habilidades de comunicação relevantes para a transmissão de uma notícia difícil. A habilidade de saber como e quando realizar a comunicação, informam as autoras, não necessariamente são adquiridas naturalmente ao longo do tempo, mas podem ser treinadas, tendo sua importância sido reiteradamente reconhecida pela literatura.





Fogarty et al (1999) observaram em seu estudo que demonstração de empatia por parte do médico, na interação com o(a) paciente, reduzem os níveis de ansiedade do(a) paciente. Thorne et al (2005) afirmam que uma comunicação ruim pode ser devastadora para pacientes e familiares, afetando sua adaptação psicológica ao processo de adoecimento.

Destarte, observa-se que o processo de transmissão de notícias difíceis envolve aspectos não apenas concernentes à maneira como o(a) paciente receberá a notícia, mas, principalmente, à maneira como o(a) médico(a) está disposto a transmitir a notícia e como isto impacta psicologicamente também no(a) paciente. Temer comunicar notícias difíceis pode gerar no(a) médico(a) o desejo, mesmo que inconsciente, de não expressar todo o conteúdo a ser transmitido ao paciente, omitindo-se partes, ocasionando falta ética, ao se privar o paciente das informações sobre sua própria saúde, restringindo-lhe sua própria autonomia de escolha em relação ao futuro do seu tratamento e à sua vida. Reside aí a importância de se valorizarem espaços para educação dos(as) médicos(as) acerca do processo de transmissão de notícias difíceis, pois este processo gera impactos múltiplos no bem-estar do paciente e de sua família.

#### - Tipos de protocolos e estratégias para a transmissão de notícias difíceis

Existem protocolos e recomendações acerca de como os médicos devem proceder antes de transmitirem uma notícia difícil, acerca do que consiste um ambiente que oferta suporte otimizado ao paciente e acerca de como informações difíceis devem ser transmitidas. Existem protocolos sistematizados, bem como estratégias – que não necessariamente sejam protocolos, mas recomendações baseadas na literatura teórica, no conhecimento prático de profissionais, formulados por meio de sua experiência assistencial. É importante, entretanto, segundo postulam Fallowfield & Jenkins (2004), observar a base empírica em que se ampara o protocolo e as estratégias, observar que tenham validade, que sejam éticos, práticos e observem as necessidades dos pacientes. Abaixo consta uma tabela, adaptada de Fallowfield & Jenkins (2004), acerca de modelos de protocolos mais conhecidos para transmissão de notícias difíceis e suas respectivas diretivas.



**Tabela 1** – Tipos de protocolos mais conhecidos para transmissão de notícias difíceis.

Estudo e país de origem	Protocolo	Diretivas
Baile et al (2000), Estados Unidos	Spikes	1) Organizando o setting da entrevista para a transmissão da informação; 2) Acessando a percepção do paciente; 3) Obtendo o convite do paciente para transmitir a notícia; 4) Provendo Conhecimento e Informação; 5) Reconhecendo/validando as emoções do paciente; 6) Estratégia e sumarização.
Girgis & Sanson-Fischer (1995), Austrália	(Sem acrônimo)	1) Assegurar privacidade e tempo adequado; 2) Acessar compreensão atual do paciente; 3) Transmitir a informação de forma simples e encorajar o paciente a expressar seus sentimentos; 4) Ofertar tempo (com boa amplitude); 5) Revisar informação; 6) Discutir opções de tratamento; 7) Oferecer assistência para contar às outras pessoas importantes; 8) Prover informação sobre serviços de apoio e suporte; 9) Documentar a informação transmitida.
Zanon et al (2020)	Estratégias utilizadas em contexto pediátrico	1) Preparação; 2) Quem deve estar presente; 3) Acessando os pais (do paciente); 4) Comunicação efetiva.
Rabow & McPhee (1999), Estados Unidos	(Sem acrônimo)	1) Preparação antecipada; 2) Construção de vínculo terapêutico; 3) Comunicar bem; 4) Lidar com as reações do paciente e seus familiares; 5) Encorajar expressão de emoções e validá-las.

**Fonte:** Adaptado de Fallowfield & Jenkins (2004).

Existem estudos que relatam, ainda assim, que tais protocolos não se mostram completos, pontuando aspectos importantes a serem incluídos, tais como encontros posteriores após o momento da comunicação (Quill (2016), Fallowfield & Jenkins (2004). Nesta revisão sistemática, optou-se por considerar como estratégia para a comunicação de notícias difíceis o uso não apenas protocolos diretivos (como os mencionados acima, por exemplo), mas também o uso de estratégias/recomendações e técnicas específicas ancoradas na literatura teórica e na prática de especialistas, voltadas exclusivamente para a comunicação de uma notícia difícil. A hipótese deste estudo foi a de que o uso de uma estratégia específica, em contraposição à ausência de uma estratégia específica ou qualquer recurso técnico específico para a comunicação de uma notícia difícil, exerce impacto diferenciado na elaboração de estratégias de enfrentamento funcionais ante ao que foi noticiado.



- Em que consiste o termo ajustamento psicológico e as estratégias de enfrentamento descritas na literatura acerca do paciente oncológico?

Segundo Dunn (1993), ajustamento psicológico, um termo frequentemente confundido com 'estratégias de enfrentamento', é melhor definido como "o resultado funcional da estratégia de enfrentamento", a resposta emocional que as estratégias de enfrentamento buscam moderar. Cohen e Lazarus (1979) descrevem as cinco principais funções adaptativas -de ajustamento psicológico- das estratégias de enfrentamento frente ao adoecimento: (1) reduzir as condições ambientais danosas e aumentar as perspectivas de recuperação; (2) tolerar ou ajustar-se a eventos e realidades negativos; (3) manter uma autoimagem positiva; (4) manter equilíbrio emocional; (5) continuar a manter relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. Os mesmos autores pontuam que o desejo, especialmente entre pacientes mais jovens, por obter mais informações e por manter mais envolvimento nas decisões acerca do tratamento, sugerem que a manutenção de um senso de controle pessoal sobre a própria vida seja também uma função importante. Dunn et al (1993) referem atribuir maior importância ao fator 'equilíbrio emocional' (estratégia 4) porque ele representa o desfecho emocional por meio do qual o impacto do diagnóstico de câncer pode ser avaliado. Há evidência trazida pelo estudo de Fawzy et al (1990) de que a resposta emocional ao diagnóstico de câncer, distinta do processo mecânico da ativação de estratégias de enfrentamento (*coping*), afeta a progressão da doença mais diretamente, por meio de efeitos neuroendócrinos no sistema imunológico. Isto quer dizer que a resposta emocional permeada de funcionalidade, ou seja, o ajustamento psicológico, tem impacto físico. Reside aí a importância que a comunicação exerce sobre o potencial de recuperação ou de bem estar do paciente.

Segundo Quill (1991), a despeito do fato de que as crenças que o paciente já traz consigo acerca de sua enfermidade, bem como a maneira como lidou com situações estressantes em sua trajetória de vida podem contribuir para se prever de alguma forma seu estilo de reação a uma notícia difícil, esta previsão nem sempre é confiável, especialmente se a notícia for percebida pelo(a) paciente como arrebatadora. Esta informação evidencia de forma premente a importância da maneira como se transmite a notícia difícil em relação ao impacto que esta pode



exercer sobre a pessoa, uma vez que, mesmo quando se conhece a maneira como o(a) paciente lidou com situações estressantes em sua vida no passado, este não é um preditor confiável para a maneira como o(a) paciente vai reagir diante de uma notícia difícil que lhe pareça arrebatadora.

O mesmo autor explica que os pacientes poderão ter percepções sobre a “ameaça” que a notícia lhes traz em congruência ou não com a concretude dos fatos clínicos. Pode haver percepções, por parte de quem recebe a notícia, sobre a realidade clínica que a notícia descortina que podem ser verdadeiras ou distorcidas. O desafio para o médico é responder de forma empática aos sentimentos e emoções (estratégia de comunicação), ao tempo em que ajusta as distorções de percepção, de forma a dar borda à perda e a viabilizar o processo de ajustamento psicológico (elaboração de estratégias de enfrentamento funcionais) (Quill, 1991).

Quando a ameaça percebida diante do diagnóstico transmitido pela notícia difícil é vista como muito severa pelo receptor da notícia, estratégias de enfrentamento básicas são desencadeadas, as quais podem ser categorizadas em três grandes grupos de estratégias: psicofisiológicas básicas, cognitivas e afetivas.

**Tabela 2:** Tipos de estratégias de enfrentamento.

Estratégias de enfrentamento	Psicofisiológicas básicas	
		resposta de luta-fuga
		conservação/desengajamento (fingir-se de ‘morto’, silêncio, apatia, indiferença)
		sensação de estar anestesiado(a)
		perda de memória em relação ao que ocorreu no momento traumático
	Cognitivas	Negação
		Culpabilização
		intelectualização (busca de informações para controlar o impacto emocional)
		Descrença
		Aceitação
	Afetivas	Raiva
		Medo
		Ansiedade
		sensação de desamparo
		Vergonha
		Alívio
		Culpa

**Fonte:** Adaptada de Quill (1991).

Quando afetos intensos estão presentes no momento da transmissão das notícias, mas não são devidamente ouvidos, acolhidos, validados, isto poderá limitar a habilidade do paciente para desenvolver estratégias de enfrentamento



efetivas (ajustamento psicológico) em relação à sua doença (Quill, 1991). Os protocolos e estratégias para transmissão de notícias difíceis geralmente dispõem de uma etapa/momento para se ouvir sobre como a pessoa que recebe a notícia está se sentindo. Esta etapa é importante, conforme assevera a Quill (1991), para que não se restrinja a habilidade do paciente para elaborar estratégias de enfrentamento efetivas, ou seja, funcionais diante da doença/informação recém recebida. Quill (1991) afirma que as percepções do(a) paciente sobre sua doença, bem como suas respostas iniciais afetivas e cognitivas, devem ser exploradas por quem lhe está transmitindo a notícia difícil antes de que sejam realizados os esforços em prol de prover ao paciente/receptor da notícia com informações sobre o que está sendo comunicado, de maneira este(a) possa realizar o processo de tomada de decisão. A maneira por meio da qual o médico deve responder às reações iniciais do paciente é escutando, reconhecendo, legitimando, explorando informações e empatizando; em suma, utilizando habilidades de comunicação. Explorar a compreensão do paciente, tolerar e escutar às reações do paciente ante a uma notícia difícil são talvez os passos mais importantes do processo de transmissão da notícia difícil, pontua Quill (2016). Cassel (1982) afirma que, a fim de que se comece a ofertar algum alívio ao sofrimento do(a) paciente, é fundamental que o médico tenha explorado a experiência única de dor do paciente e o significado da perda que se deu (qual seja: perda de saúde, perda de um futuro presumido, perda física). Ao escutar, buscar compreender e empatizar com a dor e o momento desafiador ao paciente, o(a) médic(a) pode ajudar o(a) paciente a se sentir menos sozinho(a), conseqüentemente, menos sobrecarregado(a), com o intuito de se construir a fundação, sobre a qual o(a) paciente possa começar a construir maneiras de encarar os problemas à sua frente (Quill, 1991).

Ao explorar o significado que a notícia tem para o(a) paciente, o(a) médic(a) pode compreender melhor se uma reação afetiva neutra (sem expressão exacerbada de algum afeto), que pode estar representando uma estratégia de enfrentamento (intelectualização) que auxilia a controlar e modular o afeto, ou se, de fato, a notícia tem pouco significado/impacto sobre o paciente (Quill, 1991). A exemplo de um paciente que estava sofrendo uma enfermidade ainda não definida/identificada, e que efetivamente se sentiu aliviado ao receber a notícia difícil sobre o diagnóstico, a qual ao menos, tornou claro de que se tratava.



Considerando que a habilidade do paciente para integrar informações pode estar comprometida no momento em que recebe a notícia difícil, o(a) médico(a) deve fornecer informações simples, de conteúdos breves e focados, utilizando uma linguagem que o(a) paciente possa compreender. A quantidade de informações deve ser transmitida conforme o nível de engajamento continuado do receptor da notícia. Infelizmente, solilóquios carregados de informação podem alienar e distanciar o paciente, sem verdadeiramente lhe informar (Quill, 1991). Ao pontuar o que é recomendável de se fazer e o que não é recomendável no processo de transmissão da notícia difícil, Quill (1991) deixa claro que procedimentos que se desviam do sugerido podem comprometer a habilidade do paciente de processar um ajustamento psicológico (ou seja, elaborar estratégias funcionais de enfrentamento) diante da notícia difícil.

Whitlock (1986) pontua que o(a) médico deve estar atento e responder aos riscos imediatos do paciente, diante da notícia difícil, inclusive risco de suicídio. O autor relata evidência epidemiológica de um aumento na incidência de suicídios em pacientes diagnosticados com AIDS e outras enfermidades consideradas 'devastadoras', como câncer, coreia de Huntington e falência renal. Tentativas de suicídio realizadas imediatamente após ouvir uma notícia difícil, antes de terem plenamente integrado e compreendido o significado da notícia, refletem diretamente a sensação de desamparo, isolamento e desespero que muitos pacientes inicialmente sentem. Seguir um protocolo de transmissão de notícias difíceis pode contribuir para a redução no risco deste potencial.

Quill (1991) afirma que existe grande risco de que pacientes, antes de terem integrado plenamente a notícia difícil, possam cometer suicídio, razão pela qual este risco deve ser antecipado e prevenido, se possível. O autor pontua os desfechos desejados diante de um processo de transmissão de uma notícia difícil, por meio de diretrizes específicas para tal, quais sejam: reduzir a solidão e isolamento; alcançar uma percepção comum (entre médico e paciente) do problema clínico (a percepção técnica do(a) médico(a) sobre o problema deve estar em consonância o que foi compreendido pelo(a) paciente, assim como as implicações pessoais para este(a) - o que se alcança quando o médico explora as percepções e compreensões do paciente durante o processo de transmissão da notícia; abordar as necessidades de



informações básicas (a informação deve ser adaptada à necessidade de cada paciente; a informação deve ser transmitida em pequenos blocos, dando oportunidade ao paciente para troca após cada bloco de informação transmitido, em vez de realizar um monólogo médico); abordar riscos médicos imediatos, inclusive risco de suicídio; responder a desconfortos imediatos do paciente/receptor da notícia difícil; garantir um plano básico de acompanhamento; antecipar o que não foi mencionado/falado (sugerir ao paciente que pode ser que haja mais perguntas sobre a doença e que podem ser discutidas nos próximos encontros). Um processo equilibrado de exploração dos afetos do paciente e oferta de informações, que ajudem o(a) paciente a construir suas percepções e crenças acerca do que foi noticiado, o (a) auxiliará no processo de ajustamento psicológico frente à notícia difícil e a tomar decisões em relação aos seus cuidados futuros.

Shapiro et al (1997) apontam que os pesquisadores que investigam pessoas que têm câncer abordaram o tema das estratégias de enfrentamento de diferentes maneiras. Se por um lado um grupo de autores enfocou em investigar traços singulares, a exemplo de: esperança, monitoramento, busca por informações ou evitação, grau de controle, expressão de afeto negativo; um segundo grupo focou em mensurar, de forma concomitante, traços numerosos e não necessariamente conectados entre si, tais como: rede de suporte, negação, status laboral. Ainda segundo Shapiro et al (1997), um terceiro grupo de pesquisadores empenhou-se em categorizar estas estratégias de enfrentamento segundo grupos de atitudes, rotuladas como “modelos” ou “estilos”. Estes pesquisadores utilizaram categorias como “espírito guerreiro”, desesperançado/desamparado e evitativo. Seguindo esta última maneira de abordar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com câncer, Morris et al (1977), num dos primeiros estudos sobre o tema, cunhou estratégias de enfrentamento específicas utilizadas por pacientes mastectomizadas conforme a descrição a seguir:

“Negadores”: indivíduos que efetivamente rejeitavam evidências de seu diagnóstico.

“Espírito guerreiro”: indivíduos que apresentavam uma atitude esperançosa e geralmente buscavam mais informações sobre seu estado de saúde/tratamento/prognóstico.



Adultos apresentando a estratégia de enfrentamento “aceitação estoica” reconheciam seu diagnóstico, mas tendiam a não buscar informações sobre sua condição, a menos que desenvolvessem novos sintomas.

Adultos apresentando a estratégia “aceitação depressivo/ansiosa” buscavam ativamente informações acerca de sua condição de saúde, mas as interpretavam pessimista.

Adultos expressando a estratégia “desamparado/desesperançado” tendiam a estar completamente absortos em seu adoecimento e se percebiam como moribundos.

Morris et al (1977) observaram que indivíduos utilizando as estratégias ‘desamparado/desesperançado’ e aqueles utilizando a estratégia ‘aceitação estoica’ viveram por menos tempo do que os indivíduos a utilizar as estratégias de negação e ‘espírito guerreiro’.

Inspirados pela pesquisa de Morris et al (1977), Feifel et al (1987) elaboraram um questionário para acessar os estilos de estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer, agregando evidência estatística da existência de suas categorizações de estratégias de enfrentamento. Eles desenvolveram um instrumento de dezenove itens sob a forma de questionário, o Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)/ Questionário Médico de Modos de Enfrentamento.

Shapiro et al (1997) elaboram posteriormente estudo para avaliar a existência de quatro categorias de estilos de estratégias de enfrentamento, baseadas nos estudos anteriores mencionados, com o intuito de aprimorá-los, a partir das suas limitações citadas pelos autores que os antecederam em suas investigações, chegando à conclusão da existência de quatro categorias de estratégias de enfrentamento: confrontativo, evitativo, resignado ou estilo não-dominante (sendo este último uma miríade de características dos anteriores, onde não se encontra um estilo predominante).

Bronner et al (2018) categorizaram em dois grupos as estratégias de enfrentamento de pacientes oncológicos, ao investigarem os fatores que influenciam os níveis de ansiedade de pacientes oncológicos durante o diagnóstico e o planejamento do tratamento. Os autores utilizaram as categorias:

Sujeitos “altamente monitoradores” (*high monitors*): buscam por informações;





Sujeitos “infimamente monitoradores” (*low monitors*): não buscam informações.

Os autores informam que estratégias de enfrentamento que reduzem níveis de ansiedade e estresse se caracterizam como estratégias funcionais de enfrentamento (ajustamento psicológico).

## MÉTODO

Uma revisão sistemática é definida como “uma revisão das evidências sobre uma questão claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas primárias relevantes e para extrair e analisar dados dos estudos incluídos na revisão”, os métodos usados devem ser reprodutíveis e transparentes (Page et al, 2021).

Segundo Galvão (2016), muitas vezes, há confusão na compreensão da vocação da revisão sistemática, que tem o objetivo primeiro de sintetizar a evidência e não resolver problemas contextuais como a ausência de implantação de um procedimento, por exemplo. Quando a evidência já está disponível e a instituição ou sistema não incorporou a tecnologia, há necessidade de promover discussões com vistas a identificar os problemas na implementação ou mudança de cultura. Nesses casos, dificilmente uma nova revisão promoverá uma mudança da conjuntura, além de representar desperdício de tempo e recursos de pesquisa.

- Por que uma revisão sistemática?

A revisão sistemática consiste num tipo de estudo secundário, o qual não é realizado por meio da coleta de dados em um laboratório ou de entrevistas com sujeitos de pesquisa, mas consiste numa investigação em que é realizada uma aferição com base em artigos científicos já disponíveis (Galvão, 2016). Para tal, um processo rigoroso de coleta e análise de informações já disponíveis é feito, com o intuito de buscar evitar vieses de seleção (não conseguir captar a totalidade da evidência disponível) e aferição (erros no processo de análise e filtragem da informação coletada).



Existem outros tipos de elaboração de sínteses da literatura científica, a exemplo das revisões narrativas, as integrativas, as de escopo e as de mapeamento. Entretanto, as revisões sistemáticas atribuem grande importância aos métodos utilizados nos estudos primários selecionados, além de serem realizadas com base em uma pergunta de pesquisa bem estruturada, baseada nos critérios PICOT, razão pela qual optou-se por este tipo de revisão para a realização do presente estudo. A definição dos buscadores foi realizada com bases nos elementos que estruturam a pergunta de pesquisa, conforme o acrônimo em inglês PICOT (pergunta, intervenção ou exposição, comparador, desfecho, tipos de estudo).

PRISMA é um conjunto mínimo de itens baseado em evidências para relatar em revisões sistemáticas e meta-análises. O PRISMA é um parâmetro para redação de revisões sistemáticas que se concentra principalmente no relato de revisões que avaliam os efeitos das intervenções, mas também pode ser usado como uma base para relatar revisões sistemáticas com objetivos diferentes de avaliar as intervenções (por exemplo, avaliação da etiologia, prevalência, diagnóstico ou prognóstico) (Page et al, 2021). Revistas que publicam revisões sistemáticas demandam que a redação da revisão sistemática siga o modelo de redação do parâmetro PRISMA. A tabela 3 abaixo descreve os elementos PICOT desta revisão sistemática.

**Tabela 3:** elementos PICOT estruturadores da pesquisa.

P	População: pacientes oncológicos
I	Intervenção ou exposição: pacientes oncológicos que receberam comunicação de notícias difíceis por meio do uso de estratégias específicas para comunicação de notícias difíceis.
C	Comparador: pacientes oncológicos cuja comunicação de notícias difíceis não foi realizada por meio da utilização de diretrizes específicas para tal.
O	Desfecho: potencial para apresentar ajustamento psicológico (elaboração de estratégias funcionais de enfrentamento) pós-comunicação.
T	Tipos de estudo: estudos de casos clínicos randomizados, estudos de coorte, revisões sistemáticas.

Fonte: Adaptado de Galvão (2016).

Pergunta de pesquisa: O uso de estratégias (*guidelines*) específicas para a comunicação de notícias difíceis a pacientes oncológicos impacta positivamente no processo de ajustamento psicológico (elaboração de estratégias de enfrentamento funcionais) destes pacientes?

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática, incluindo estudos de casos clínicos randomizados, estudos de coortes e revisões sistemáticas, a fim de analisar se o uso de estratégias (*guidelines*) específicas para a comunicação de notícias difíceis a pacientes oncológicos impacta positivamente no processo de ajustamento psicológico (estratégias de enfrentamento funcionais) destes pacientes.



A busca foi realizada uma busca (pareada por duas pesquisadoras), entre os meses de outubro de 2019 a outubro de 2020, nas bases de dados PubMed, Medline, ScieElo, LILACS, Cochrane e Google Scholar, além da busca manual das citações dos estudos selecionados. Todos os ensaios de casos clínicos randomizados, estudos de coorte e revisões sistemáticas que incluíssem avaliação de ajustamento psicológico de pacientes oncológicos após a comunicação da notícia difícil foram incluídos, sem restrição de período de publicação e língua. Foram excluídas revisões integrativas e estudos qualitativos, bem como estudos que não incluíssem pacientes oncológicos como participantes, além de estudos cujos participantes fossem membros da equipe de assistência (médicos, por exemplo) e não os próprios pacientes. Os estudos qualitativos foram excluídos da síntese porque foi necessário optar por um tipo de estudo - qualitativo ou quantitativo -, já que não seria possível realizar análise comparativa entre estudos qualitativos e quantitativos, conforme as diretrizes da realização de uma revisão sistemática (Galvão, 2016). Assim, considerando a hipótese inicial de que haveria maior produção de investigações científicas de abordagem quantitativa, optou-se por incluir estes estudos na presente revisão sistemática. Além disso, a escolha do tipo de delineamento dos estudos - qualitativo ou quantitativo - a ser incluído na revisão sistemática, altera também o tipo de pergunta PICOT e a lógica de análise dos resultados da revisão sistemática, razão pela qual não foi possível incluir, simultaneamente nesta revisão, artigos de investigações qualitativas e quantitativas.

Tipos de participantes: pacientes oncológicos recebendo diagnóstico pela primeira vez. Pacientes poderiam estar numa variedade de *settings*: atendimento ambulatorial, atendimento na condição de internamento hospitalar.

Tipos de intervenções: comunicação utilizando diretrizes específicas para a comunicação de notícias difíceis, realizada de forma verbal, em consulta face-a-face; verbal em consulta face-a-face associada a informação escrita, verbal em consulta face-a-face com consulta audiogravada disponibilizada ao paciente, e verbal face-a-face com consulta audiogravada disponibilizada ao paciente associada a informação por escrito. A extração dos dados, síntese e análise foram realizadas separadamente, de forma pareada, sendo analisada separadamente, conforme o delineamento dos estudos encontrados. A qualidade da evidência foi acessada por meio da ferramenta de risco de viés da Cochrane.



**Seleção:** os estudos encontrados, conforme os critérios descritos, foram importados para uma plataforma de seleção, que consistiu numa planilha manualmente carregada, foram removidas duplicações e foi realizada triagem pelos títulos e resumos, leitura do texto completo dos estudos selecionados para confirmação da inclusão. Este processo foi realizado por duas pesquisadoras, de forma pareada.

**Extração:** foram coletadas, de modo padronizado, todas as informações relevantes dos estudos, tanto para sua caracterização, quanto para a avaliação dos desfechos de interesse.

**Avaliação do risco de viés:** cada estudo foi julgado conforme os critérios metodológicos previamente estabelecidos, visando a identificar a presença de vieses de seleção, aferição e confusão.

**Síntese:** foi realizada a sumarização dos resultados, de modo narrativo, não meta-analítico, investigação da heterogeneidade dos participantes dos estudos selecionados e investigação do viés de publicação.

Ponderou-se sobre a qualidade da evidência por meio do julgamento dos resultados de cada desfecho quanto à presença de fatores que diminuem ou aumentam a confiança na evidência dos estudos selecionados.

A redação da revisão sistemática previu a organização do texto final seguindo o guia de redação PRISMA 2020.

A busca por estudos primários foi realizada em língua inglesa e portuguesa, sem restrição de janela temporal, selecionados na base de buscas PubMed, Medline, ScieElo, LILACS, Cochrane e Google Scholar, conforme os descritores: câncer; comunicação; notícias difíceis; diretrizes; protocolos; ajustamento psicológico; estratégias de enfrentamento; câncer; *communication*; *breaking bad news*; diretrizes; protocolos; *psychological adjustment*; *coping strategies*.

Foi realizada seleção pareada, na qual duas pesquisadoras, de maneira independente, realizaram o processo de busca a partir dos títulos e resumos e posteriormente do texto completo. Depois de selecionados os artigos, foi realizado o processo de extração, no qual as revisoras se debruçaram sobre os artigos incluídos, extraíndo as informações. Após esta etapa, foi realizada a análise de discordância destes resultados. Após a extração, foi executada a avaliação crítica, na qual foi



observada a qualidade dos métodos empregados nos estudos primários selecionados. Na etapa seguinte, foi realizada a síntese quantitativa e qualitativa das informações, seguida pela interpretação da evidência disponível na síntese e discussão dos resultados das evidências.

Com o propósito de elencar o grau de evidência dos artigos encontrados, foi utilizada a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), conforme proposta por Ebell et al (2004). O acrônimo significa 'Taxonomia de recomendação para força de evidência'. SORT é uma medida de qualidade da evidência orientada do resultado do paciente (Barclay et al, 2007) e está classificada em A, B e C. A classificação "A" indica evidência consistente a partir de um ou mais estudos de qualidade elevada, incluindo ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte e revisões sistemáticas. A classificação "B" representa estudos com evidência inconsistente ou de menor qualidade incluindo estudos de coorte e estudos de casos. A classificação "C" configura estudos baseados na opinião de especialistas ou na prática geral.

Embora a transmissão de notícias difíceis envolva basicamente a tarefa de se aderir a princípios básicos e técnicas em prol de uma comunicação humanizada e efetiva, muitos protocolos têm enfatizado passos/etapas para a realização da transmissão, que podem auxiliar o portador da notícia a comunicá-la de forma bem sucedida (Barclay et al, 2007). Entretanto, os mesmos autores afirmam que, embora estes protocolos tenham validade, existem evidências limitadas que amparam o impacto do uso destes protocolos no cuidado ao (à) paciente. Na primeira busca realizada nas bases de dados da literatura científica, não foi encontrado nenhum artigo que relacionasse o impacto do uso de protocolos para a transmissão de notícias difíceis em pacientes oncológicos. Entretanto, as buscas sinalizaram presença de artigos que relacionassem o uso de estratégias específicas para a comunicação de notícias difíceis, embora não circunscritas a um protocolo, mas que eram recorrentes e que evidenciavam benefícios no cuidado ao receptor da notícia difícil, especificamente em relação aos aspectos do ajustamento psicológico do paciente à notícia difícil. Além disso, autores como Butow et al (1996) relataram a evidência de que há uma heterogeneidade na literatura em relação às recomendações presentes nos protocolos, em relação à maneira de se realizar a comunicação de notícias difíceis, conforme variam os autores. Por exemplo: alguns autores recomendam a



presença de familiares e outro membro da equipe de assistência no momento da comunicação, outros autores enfatizam a privacidade; alguns autores recomendam o uso de eufemismos na comunicação, enquanto outros se opõem a esta prática (Lind et al 1989, Dunn et al, 1993). Há divergências também sobre a quantidade de informação que deve ser comunicada ao paciente, bem como a maneira como deve ser comunicada (Butow et al, 1996). Esta foi a razão pela qual optou-se por incluir artigos que relacionam o uso de estratégias – e não necessariamente o uso de protocolos específicos – para transmissão de notícias difíceis em prol da realização desta revisão sistemática, inclusive porque estas estratégias incluem aspectos não abordados nos protocolos, tais como a “mecânica” da transmissão da notícia (o “como”), para além do “quando”, enumerado por meio de etapas, como geralmente são delineados estes protocolos. Portanto, considerando ausência de unanimidade na literatura acerca do protocolo que melhor abarca as condições favoráveis para a comunicação de notícias difíceis, optou-se nesta revisão por incluir os estudos sem uma restrição a um tipo específico de protocolo, mas descrevendo as estratégias que foram investigadas e os impactos destas estratégias, utilizadas nos estudos selecionados, no processo de ajustamento psicológico dos (as) pacientes a quem foram comunicadas as notícias difíceis.

Além disso, optou-se também por excluir estudos cujos participantes fossem membros da equipe de saúde que realiza a comunicação da notícia difícil, incluímos apenas estudos cujos participantes foram os próprios pacientes que receberam a notícia difícil. Estudos indicam que confiar nas percepções dos profissionais de saúde para determinar as necessidades psicológicas e as necessidades dos pacientes por informações pode enfraquecer ou comprometer o cumprimento das necessidades efetivas dos pacientes, visto que estes estudos evidenciaram desempenho fraco de médicos, ao estimarem o sofrimento psicológico de pacientes recebendo notícias difíceis (Ford et al, 1994).

O risco de viés dos estudos incluídos foi avaliado utilizando-se a ferramenta Cochrane para “risco de viés” para ensaios clínicos randomizados (RoB 2.0) de Higgins (2019). O RoB 2.0 aborda cinco domínios específicos: (1) viés decorrente do processo de randomização; (2) viés decorrente do desvio das intervenções pretendidas; (3) viés decorrente da falta de dados de resultado; (4) viés na medição



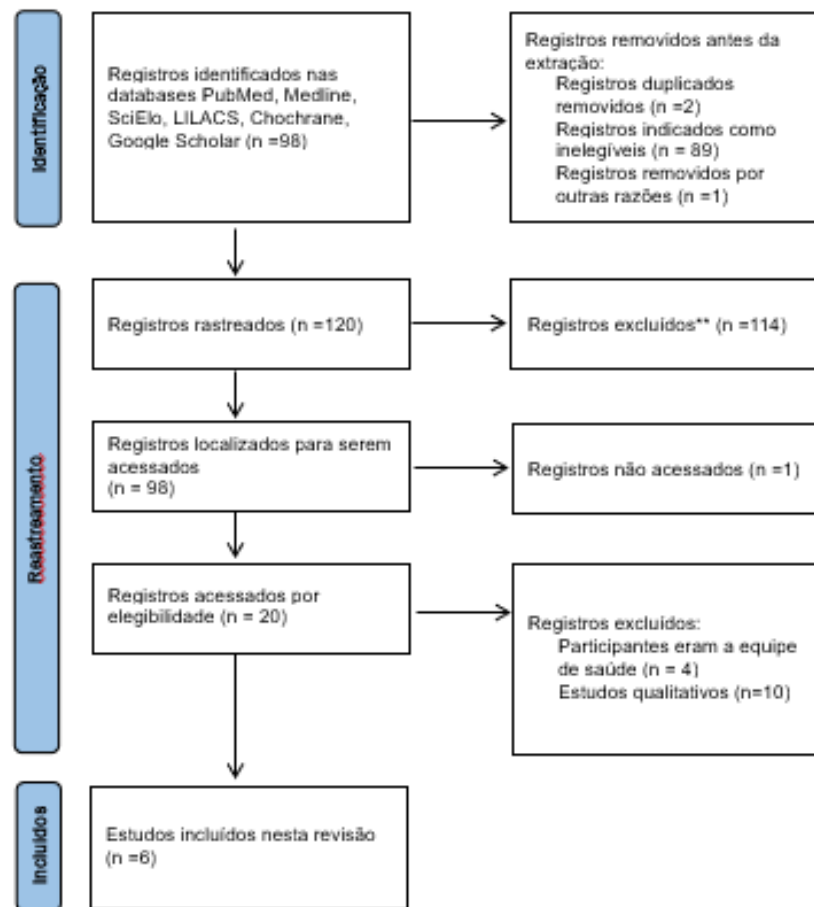
do resultado; (5) viés na seleção do resultado relatado. Duas revisoras aplicaram, de forma independente, a ferramenta para cada estudo incluído, bem como informações e justificativas registradas para os julgamentos de risco de viés para cada domínio (baixo; alto; algumas preocupações). Discrepâncias em julgamentos de risco de justificativas foram resolvidas por meio de discussão, a fim de se alcançar um consenso entre as revisoras, com um terceiro revisor atuando como árbitro, quando necessário.

## RESULTADOS

A escassez de estudos que investigam o impacto do uso de diretrizes para a comunicação de notícias difíceis sobre o processo de ajustamento psicológico dos pacientes foi sinalizada por Laurette et al em 2007. Este fato perdura treze anos depois, dada a presença de poucos estudos localizados nesta revisão sistemática, além do fato de que se distanciam bastante, temporalmente, do ano atual. Durante o processo de busca e seleção dos estudos que seriam elegíveis para esta revisão, observou-se que muitos estudos discutem se a notícia difícil deve ser transmitida ou não, quem deve transmitir a notícia difícil (médico ou família), os motivos pelos quais os médicos ocultam a notícia difícil ou a transmitem de forma imprecisa, incompleta, não clara; o despreparo dos médicos na habilidade de transmitir a notícia difícil, seus receios e reservas; entretanto, poucos estudos efetivamente investigam o impacto psicológico que a transmissão da notícia difícil, realizada com o uso de uma estratégia específica para tal, tem sobre aquele(a) que recebe a notícia. É possível que a escassez de estudos neste âmbito ocorra pelo fato de que a comunidade médica e de profissionais de saúde ainda esteja num patamar de reserva em relação à transmissão propriamente dita. Como não se transmite ou se transmite de forma precária a notícia difícil, em virtude dos motivos elencados nos diversos estudos pontuados por Baile et al (2000) e Hancock (2007), as investigações do impacto psicológico pós-transmissão são escassas. Então, parece haver uma questão prévia não resolvida entre profissionais de saúde e família: transmitir ou não transmitir a notícia.

A Figura 1 descreve o diagrama de fluxo de inclusão e exclusão de artigos da revisão sistemática.

**Figura 1:** Diagrama de fluxo de inclusão e exclusão de artigos da revisão sistemática.



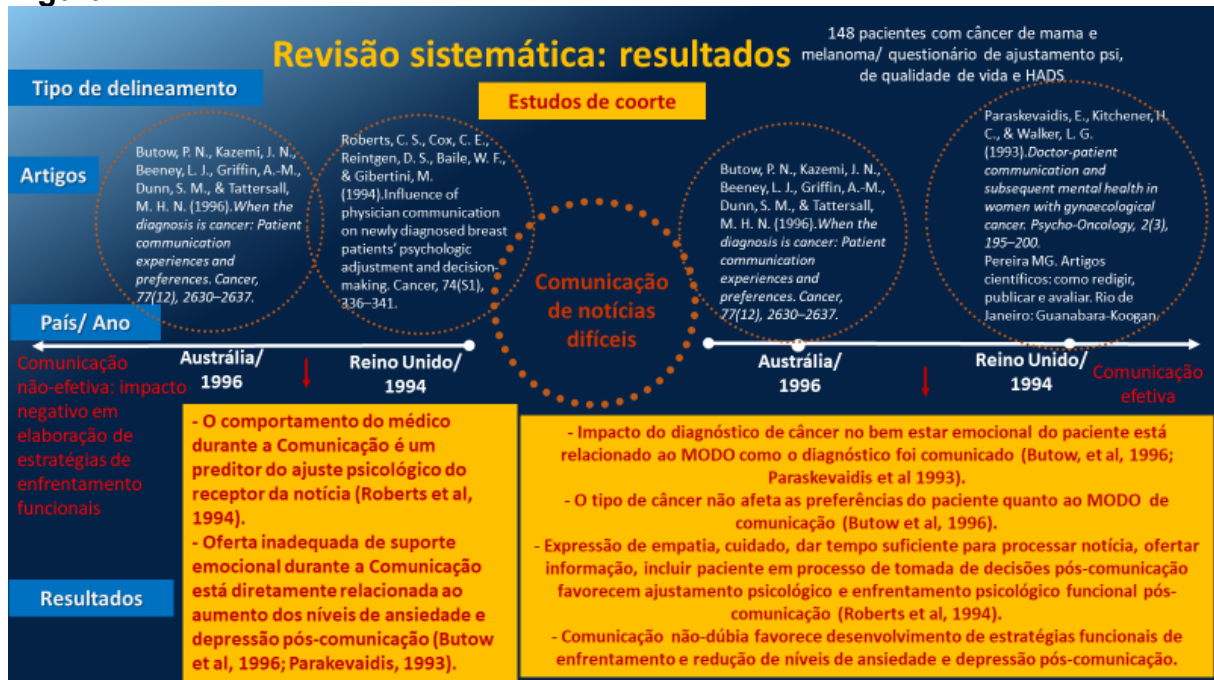
**Fonte:** Adaptado de Page et al (2021).

A figura 2 descreve os resultados encontrados, conforme o tipo de delineamento metodológico, o ano e o tipo de comunicação realizada.

Considerando a complexidade das intervenções investigadas, buscamos categorizar as intervenções incluídas da seguinte maneira: (1) ensaios clínicos randomizados realizados com pacientes oncológicos nos quais se aplicaram-se escalas de ajustamento psicológico STAI/HADS antes e após a comunicação da notícia difícil, ou de forma retrospectiva; (2) estudos de coorte nos quais aplicaram-se escalas de ajustamento psicológico STAI/HADS antes e após a comunicação da notícia difícil, ou de forma retrospectiva; (3) revisões sistemáticas que realizaram síntese de ensaios clínicos randomizados com pacientes oncológicos, nos quais aplicaram-se escalas de ajustamento psicológico STAI/HADS antes e após a comunicação da notícia difícil, ou de forma retrospectiva.



Figura 2: Resultados encontrados.



Fonte: Figura elaborada pela autora.

No processo de síntese, a meta-análise não pôde ser realizada em virtude da heterogeneidade das intervenções encontradas, delineamentos de estudo e cenários, razão pela qual foi realizada uma síntese narrativa não meta-analítica, utilizando-se figuras, a fim de sistematizar e ilustrar os resultados encontrados. Assim, a descrição dos resultados foi feita por meio de uma síntese narrativa, já que não foi possível realizar uma meta-análise em virtude do fato de que o fenômeno (do impacto do uso de estratégias específicas para a comunicação de notícias difíceis) não foi medido da mesma forma nos estudos selecionados na presente revisão. Para a inclusão de estudos em uma metanálise, estes estudos precisariam ter uma mesma população, o mesmo tipo de intervenção/exposição, um mesmo elemento comparador, os mesmos desfechos e os mesmos delineamentos de estudo (Galvão, 2016). Nos resultados observados, houve desfechos semelhantes mensurados de forma não comparável entre os estudos. Foram encontrados seis estudos elegíveis para esta revisão, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos acima: dois ensaios clínicos randomizados, três estudos de coorte e uma revisão sistemática. É importante ressaltar que a única revisão sistemática incluída neste estudo teve como resultado a ausência de estudos elegíveis para sua própria síntese.



Durante o processo de busca e seleção, alguns estudos pareceram ser elegíveis para inclusão na síntese, enfrentando, foram excluídos por terem sido realizados a partir da perspectiva de profissionais de saúde e não a partir da perspectiva dos pacientes. Além disto, estudos qualitativos de caso único e análises de experts, atendendo aos critérios de seleção, foram encontrados; contudo, pelo fato de ter-se optado por realizar síntese de estudos quantitativos, os mesmos foram excluídos. Optou-se por realizar a síntese com estudos quantitativos porque havia a hipótese de que, pelo fato de haver robusta literatura teórica sobre o tema, haveria não apenas estudos exploratórios (mormente estudos qualitativos), mas também haveria estudos quantitativos em número importante, considerados com grau de evidência bem avaliado, conforme RoB 2.0. Acreditava-se que estes estudos com grau de evidência bem avaliado seriam os que estariam embasando a farta literatura teórica sobre o tema. Entretanto, poucos estudos foram encontrados, mesmo os de cunho qualitativo, que foram excluídos da síntese.

Analisando-se os resultados dos estudos em relação ao impacto do uso de estratégias para a comunicação de notícias difíceis, observou-se que houve uma intercessão no uso de determinadas estratégias nos estudos. Estas estratégias referidas apareceram em todos os estudos incluídos nesta revisão. Além disso, observou-se a recorrência importante de dois tipos de impacto no processo de ajustamento psicológico nos estudos investigados, são eles: redução nos níveis de ansiedade e depressão. Abaixo está a tabela 4, indicando as estratégias que apresentaram maior recorrência nos estudos da síntese e os tipos de impacto sobre os quais estas estratégias exerceram influência no processo de ajustamento psicológico, que também estiveram presentes em todos os estudos.

**Tabela 4:** Recorrências dos tipos de estratégias utilizadas nos estudos e seu impacto no ajustamento psicológico dos pacientes.

ESTRATÉGIA	IMPACTO DO SEU USO	CATEGORIA DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO CORRESPONDENTE (Cohen e Lazarus, 1979)
Atitude de empatia, compaixão, cuidado e acolhimento das emoções	Menores níveis de ansiedade pós-comunicação (por conta do fortalecimento do vínculo de confiança com o médico; aumento na sensação de segurança; sensação de não estar sozinha(o))	(1) Reduzir as condições ambientais danosas e aumentar as perspectivas de recuperação (2) Tolerar ou ajustar-se a eventos e realidades negativos (4) Manter equilíbrio emocional
Atitude de externar que se importa.	Menor incidência de depressão pós-comunicação.	



Oferta de informação clara e completa	Menores níveis de ansiedade pós-comunicação	(1) Reduzir as condições ambientais danosas e aumentar as perspectivas de recuperação (2) Tolerar ou ajustar-se a eventos e realidades negativos (4) Manter equilíbrio emocional
Honestidade, uso de linguagem não ambígua		

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

## DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES

Embora seja importante exercitar a cautela ao interpretarmos os resultados, dada a heterogeneidade no delineamento dos estudos, dado o número não tão amplo de participantes, dada a restrita heterogeneidade de contextos culturais onde os estudos foram realizados, ainda assim, os resultados trazidos por estes estudos, em sua totalidade, expressam que a maneira como o médico realiza a transmissão de uma notícia difícil impacta sobre o processo de ajustamento psicológico do paciente que recebe a notícia difícil.

Os dois estudos de casos clínicos randomizados identificaram que não é o conteúdo, mas a forma com que o conteúdo da notícia é comunicado que impacta no processo de ajustamento psicológico dos pacientes que recebem a notícia. Uma comunicação empática e com compaixão, utilizando-se termos não-dúbios, favorece a elaboração de estratégias funcionais de enfrentamento e o ajustamento psicológico à notícia. Os três estudos de coorte identificaram que a oferta adequada de suporte psicológico durante a comunicação, comportamento empático do médico, uso de comunicação não-dúbia e a inclusão do paciente no processo de tomada de decisão pós-comunicação estão diretamente relacionados à redução nos níveis de ansiedade e depressão pós-comunicação. Além disso, o comunicador deve se pautar em adaptar seu modo de comunicar a notícia às características psicológicas e preferências do paciente, mais do que na aplicação diretiva, não adaptada de protocolos de comunicação pré-desenhados. A revisão sistemática incluída neste estudo apresentou como resultado a ausência de estudos elegíveis para extração e síntese.

Para além desta evidência, qual a resposta que a síntese destes estudos trouxe à pergunta de pesquisa deste estudo?

PERGUNTA DESTE ESTUDO: O uso de estratégias (*guidelines*) específicas para a comunicação de notícias difíceis a pacientes oncológicos impacta positivamente no processo de ajustamento psicológico (elaboração de estratégias de enfrentamento funcionais) destes pacientes?



A resposta é sim. Observou-se que o uso de estratégias para a comunicação de notícias difíceis, especialmente as estratégias elencadas abaixo (por terem sido mencionadas em todos os estudos desta revisão sistemática) exercem um impacto positivo no processo de ajustamento psicológico do paciente, em relação ao que foi noticiado. As estratégias mencionadas em todos os estudos foram:

- (1) Atitude de empatia, compaixão, cuidado e acolhimento das emoções;
- (2) Atitude de externar que se importa;
- (3) Oferta de informação clara e completa;
- (4) Honestidade, uso de linguagem não ambígua.

Acrescente-se a isto o fato de que estas estratégias impactam diretamente nas seguintes categorias de ajustamento psicológico, conforme classificação de Cohen e Lazarus (1979):

- (1) Reduzir as condições ambientais danosas e aumentar as perspectivas de recuperação;
- (2) Tolerar ou ajustar-se a eventos e realidades negativos;
- (4) Manter equilíbrio emocional.

As implicações dos resultados desta revisão sistemática para a prática dos profissionais de saúde para quem, em seu processo laboral, existe a demanda por realizar a comunicação de notícias difíceis, apontam para a importância do uso de estratégias para a comunicação de notícias difíceis, seus efeitos no processo de ajustamento psicológico repercutem em médio e longo prazo, no âmbito tratamento (adesão ou não), no âmbito do vínculo com o médico (relação de confiança ou não), no âmbito do processo de tomada de decisão sobre o tratamento; no âmbito da influência dos fatores de estresse psicológico e seu impacto no organismo do paciente na esfera do sistema neuroendócrino (impactando no organismo do sujeito no âmbito de sistema imunológico).

Com relação às políticas públicas, a evidência deste estudo sustenta o fortalecimento de uma política de humanização do cuidado em saúde, bem como na importância da formação continuada de estudantes da área de saúde, especialmente da área médica e de profissionais já atuantes, em prol da educação para as práticas e técnicas da comunicação de notícias difíceis ao paciente oncológico.



Futuras pesquisas sobre o tema podem se beneficiar da realização de estudos longitudinais, que acompanhem o paciente oncológico desde antes do momento da comunicação do diagnóstico, durante e após este momento. Agregando à literatura científica sobre o tema, bastante escassa até o momento, um corpo mais detalhado de evidência empírica sobre o tema.

As limitações deste estudo residem na variedade restrita de estudos que puderam ser incluídos, além variedade limitada de estudos realizados em contextos culturais distintos. Não foram encontrados artigos produzidos no contexto brasileiro, ou da América Latina, cujas evidências poderiam contribuir ainda mais, considerando nossa dinâmica cultural. Adiciona-se a isto o fato de que nenhum estudo recente sobre o tema, com menos de dez anos, foi encontrado. A única revisão sistemática que foi incluída nesta revisão, realizada em 2006, e cujo objetivo era realizar uma síntese sobre tema semelhante a este, mas com a restrição de incluir apenas ensaios clínicos randomizados, não encontrou estudos elegíveis para a realização de sua síntese. Este dado corrobora a evidência de uma escassez de estudos sobre o tema.

Investigações futuras que acompanhem de forma longitudinal o processo de transmissão de uma notícia difícil, bem como seu impacto meses após a transmissão, poderão contribuir sobremaneira para uma psicoprofilaxia em relação ao processo de ajustamento psicológico de quem recebe a notícia, bem como processos de luto complicado, quando a notícia difícil envolve uma doença com prognóstico reservado.

## REFERÊNCIAS

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). *Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 55(3): 164–177.

Back, A. L., Arnold, R. M., & Quill, T. E. (2003). Hope for the best, and prepare for the worst. *Annals of Internal Medicine*, 138, 439–43.

Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., Cohen, L. (2002). *Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study*. *J Clin Oncol*. 20(8), 2189–2196.



- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311.
- Barclay, J. S., Blackhall, L. J., & Tulsky, J. A. (2007). Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 81–100.
- Bronner, M. B., Nguyen, M. H., Smets, E. M. A., van de Ven, A. W. H., & van Weert, J. C. M. (2018). Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psycho-Oncology*, 27(2), 661–667.
- Buckman R. (1996). Talking to patients about cancer. *BMJ*, 313(7059), 699-700.
- Butow, P. N., Kazemi, J. N., Beeney, L. J., Griffin, A.M., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. N. (1996). When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77(12), 2630–2637.
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306: 639-645.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In: Stone, G., Cohen, F., & Adler, N. E. (eds). *Health Psychology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 217-254.
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando Más Noticias: o Protocolo Spikes. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3):106-8.
- Da Costa, F. D. D., & De Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(02), 261-269.
- Dunn, S. M., Patterson, P. U., Butow, P. N., Smartt, H. H., McCarthy, W. H., & Tattersall, M. H. (1993). Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 11(5), 989–996.
- Ebell, M. H., Siwek, J., Weiss, B. D., Woolf, S. H., Susman, J., Ewigman, B., & Bowman, M. (2004). Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1), 59-67.
- Fellowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, 312-319.
- Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995). No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 4(3), 197–202.



Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., & Fahey, J. L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 729-735.

Feifel, H., Strack, S., & Nagy, V. T. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic medicine*, 49(6), 616-625..

Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 Seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371–371.

Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1994). Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *British Journal of Cancer*, 70(4), 767–770.

Galvão, T. F., Silva, M. T., & Garcia, L. P. (2016). Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 427-436.

Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology*, 13(9), 2449-2456.

Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S., ... & Tattersall, M. H. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative medicine*, 21(6), 507-517.

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (editors). (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0*. The Cochrane Collaboration: Cochrane, 261-262.

Hopwood, P., Howell, A., & Maguire, P. (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64(2), 353-356.

Krieger, T., Salm, S., Dresen, A., & Cecon, N. (2022). Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 149(7), 3859-3870.

Lamont, E. B., & Christakis, N. A. (2001). Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Annals of internal medicine*, 134(12), 1096-1105..

Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., ... & Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478.

Lind, S. E., Good, M. D., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 7(5), 583-9.



- McHugh, P., Lewis, S., Ford, S., Newlands, E., Rustin, G., Coombes, C., ... & Fallowfield, L. (1995). The efficacy of audiotapes in promoting psychological well-being in cancer patients: a randomised, controlled trial. *British Journal of Cancer*, 71(2), 388-92.
- Montgomery, C., Lydon, A., & Lloyd, K. (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 241-245.
- Morris, T., Greer, H. S., & White P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, 40(5), 2381-2387.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Ellison, N. M. (2001). "I'm sorry to tell you..." Physicians' reports of breaking bad news. *Journal of behavioral medicine*, 24(2), 205–217.
- Quill, T. E., Back, A. L., & Block, S. D. (2016). Responding to Patients Requesting Physician-Assisted Death: Physician Involvement at the Very End of Life. *Jama*, 315(3), 245-6.
- Quill, T. E. (1983). Partnerships in Patient Care: A Contractual Approach. *Annals of Internal Medicine*, 98(2), 2-228.
- Quill, T. E. (1991). Bad news: delivery, dialogue and dilemmas. *Archives of internal medicine*, 151(1):463-468.
- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260-263.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(S1), 336–341.
- Sardell, A. N., & Trierweiler, S. J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*, 72(11), 3355-65.
- Shapiro D. E., Boggs, S. R., Rodrigue, J. R., Urry, H. L., Algina, J. J., Hellman, R., & Ewen, F. (1997). Stage II breast cancer: differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of psychosomatic research*, 43(2), 143-57.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66, 1422–1426.





Tattersall, M. H., Butow, P. N., & Clayton, J. M. (2002). Insights from cancer patient communication research. *Hematology/Oncology Clinics*, 16(3), 731-43.

Thorne, S. E., Bultz, B. D., & Baile, W. F. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care? a critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14(10), 875–884.

Tse, C. Y., Chong, A., & Fok, S. Y. (2003). Breaking bad news: a Chinese perspective. *Palliative medicine*, 17(4), 339-43.

Whitlock, F. A. (1986). Suicide in physical illness. In: Rou, A. *Suicide* (pp. 151-170). Batimore: Willimas & Wilkins.

Zanon, B. P., Cremonese, L., Ribeiro, A. C., Padoin, S. M. M., & Paula, C. C. (2020). Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl4), e20190059.