



Dificuldades metodológicas em estudos sobre comunicação médico-paciente em Oncologia

Methodological difficulties in studies on physician-patient communication in Oncology

Silvia Maria Gonçalves Coutinho^[a], Áderson Luiz Costa Júnior^[b]

Resumo

^[a] Doutoranda do programa de pós-graduação em Desenvolvimento e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e psicóloga do Núcleo de Oncologia e Hematologia Pediátrica do Hospital da Criança de Brasília José Alencar – ICIPE/SES/DF, Brasília, DF – Brasil, e-mail: silvia.psico@terra.com.br

^[b] Doutor em Psicologia, professor associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF – Brasil, e-mail: aderson@unb.br

Recebido: 20/02/2012
Received: 02/20/2012

Aprovado: 02/05/2012
Approved: 05/02/2012

Um processo de comunicação médico-paciente eficiente é fundamental à adesão ao tratamento. Em situação de comunicação de más notícias, dificuldades relativas à prática clínica e ao controle de variáveis geram problemas metodológicos que contribuem para restringir as possibilidades de aplicação dos resultados obtidos. Este artigo apresenta uma revisão das publicações sobre comunicação de más notícias em oncologia de adultos nos últimos 5 anos, analisando de forma sistemática a metodologia de coleta e análise de dados adotada nos estudos experimentais. O conteúdo permite estabelecer um quadro geral sobre a situação atual e levantar os aspectos mais importantes a serem considerados para o planejamento de pesquisas futuras. Este artigo destaca a necessidade de: (a) maior quantidade de estudos de intervenção, com rigor metodológico, que permitam o desenvolvimento de conhecimento baseado em evidências; (b) utilização combinada de metodologias de pesquisa que permitam uma análise contextual mais completa do fenômeno estudado; (c) mais contribuição da Psicologia para esse importante tema.

Palavras-chave: Adesão a tratamento. Comunicação de más notícias. Metodologia de pesquisa.

Abstract

An effective physician-patient communication process is essential for the patient to adhere to the treatment. In communicating bad news, difficulties in clinical practice and controlling variables generate methodological problems that contribute to restrict the application possibilities of the results. This article presents a review of the publications on communicating bad news in adult oncology context in the last 5 years, systematically analyzing the methodology of data collection and analysis adopted experimental studies. The content allows establishing a general picture of the current situation and points out the most important aspects to be considered in planning future research. This article highlights the need for: (a) greater amount of intervention studies with methodological rigor, enabling the development of evidence-based knowledge; (b) the combined use of research methodologies that allow a fuller contextual analysis of the phenomenon studied; (c) more contribution to this important subject in the field of Psychology.

Keywords: Adherence to treatment. Communicating bad news. Research methodology.

Introdução

O fortalecimento gradativo das premissas do modelo biopsicossocial de atenção à saúde vem contribuindo para aumentar o interesse pelo estudo da relação entre variáveis comportamentais e o sucesso/não sucesso de alguns tratamentos médicos. Nessa perspectiva, estabeleceu-se o conceito de adesão a tratamento (*adherence*), em oposição ao conceito de obediência ao tratamento (*compliance*), então, adotado pelo modelo biomédico tradicional. Segundo Leventhal, Zimmerman e Gutmann (1984), adesão a tratamento pode ser caracterizado como um processo de modificação comportamental que focaliza a avaliação e a intervenção sobre condições ambientais, mais do que sobre características de personalidade do paciente, com objetivo de garantir o sucesso de um tratamento de saúde. Uma das variáveis que tem recebido destaque na literatura, por seu papel relevante no processo de adesão a tratamento, é a comunicação médico-paciente (Baile & Aaron, 2005; Di Caccavo, Ley, & Reid, 2000; Ford, Hall, Ratcliffe, & Fallowfield, 2000; Fujimori & Uchitomi, 2009).

Segundo Libert, Merckaert, Reynaert e Razavi (2006), a comunicação médico-paciente, enquanto um processo, deve ser alicerçada sobre três princípios básicos: (a) estabelecimento de uma relação interpessoal de alta qualidade; (b) troca aberta e eficiente de informações; e (c) processo de tomada de decisão sobre as condutas a serem seguidas no tratamento. Os autores destacam que os objetivos da comunicação podem ser atingidos plenamente se esses três princípios forem respeitados. O que se observa na prática, entretanto, é a interferência de diversos fatores que dificultam o estabelecimento e a manutenção destes princípios, prejudicando, ou mesmo impedindo, que um processo de comunicação médico-paciente seja bem sucedido.

Desta forma, é natural que diferentes áreas de especialização da medicina enfrentem dificuldades de comunicação pontuais. No caso específico de consultas em oncologia, por exemplo, grande parte das dificuldades está funcionalmente relacionada ao contexto de comunicação de más notícias, no qual médicos enfrentam, continuamente, a necessidade de transmitir a pacientes e familiares informações complexas, capazes de alterar drasticamente suas perspectivas de futuro e, conseqüentemente, geradoras de grande ansiedade (Back et al., 2007; Baile

& Aaron, 2005; Diaz, 2006; Libert et al., 2001), sem saber exatamente como fazê-lo com eficiência técnica e, ao mesmo tempo, com atenção às variáveis psicossociais de cada paciente e seus familiares.

Nos últimos 20 anos, muitos estudos vêm sendo conduzidos no sentido de identificar as principais barreiras à comunicação, identificadas no contexto da transmissão de más notícias em oncologia. Esses estudos abordam as discrepâncias observadas entre percepções e necessidades de médicos e pacientes e buscam desenvolver metodologias capazes de ensinar o médico a se comunicar de forma mais eficiente, ressaltando, principalmente, a importância de transmitir as informações de forma mais sensível e atenta aos sentimentos expressos por pacientes e acompanhantes durante a consulta e ao longo do tratamento (Back et al., 2007; Baile et al., 2000; Buckman, 1984; Butow et al., 1996; Butow et al., 2004; Ford et al., 2000; Fujimori & Uchitomi, 2009; Fukui, Ogawa, Ohtsuka & Fukui, 2008; Libert et al., 2006; Numico et al., 2009; Schofield et al., 2003).

Os resultados obtidos por esses estudos, entretanto, apontam para duas dimensões de problemas que ainda requerem investigação mais sistemática: (a) a amplitude de programas de treinamento oferecidos aos médicos, formais e informais, tanto durante a formação acadêmica quanto ao longo do exercício profissional; e (b) as dificuldades metodológicas relacionadas à avaliação desses programas e à análise funcional da relação médico-paciente em si. Nestas duas dimensões, os principais problemas que carecem de solução são: (a) a variedade metodológica empregada no treinamento dos médicos, com definições operacionais discordantes e baixo controle de variáveis intervenientes (Zimmermann, Del Piccolo & Finset, 2007); e (b) a pequena quantidade de estudos fundamentados em evidências empíricas de pesquisa com metodologia consistente e controle de variáveis compatíveis com ambientes reais de cuidados com a saúde (Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher, Douglas & Webb, 2009; Ptaceck & McIntosh, 2009). Além destes dois problemas, um terceiro pode ser observado, a partir da prática clínica, e se refere à baixa aplicabilidade dos resultados de pesquisas sobre os efeitos do treinamento em situações reais e complexas de atendimento hospitalar em oncologia.

Estudos recentes sobre a comunicação de más notícias em oncologia de adultos (Oguchi et al. 2011; Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Sanchez-Reilly

& Ragan, 2008) começam a chamar a atenção para a necessidade do desenvolvimento de uma análise contextual e levantam o questionamento de que os *guidelines* e programas de treinamento para médicos sejam organizados levando em consideração esse tipo de análise.

Em uma revisão de literatura, de 2009 a 1995, Paul et al. (2009) concluem que os estudos desenvolvidos com objetivo de definir *guidelines* para comunicação de más notícias a pacientes com câncer ainda carecem de evidência empírica que lhes ofereça suporte científico suficiente. Segundo os autores, menos de 2% das publicações revisadas por eles alcançaram o critério de estudos de intervenção (com controle de variáveis e de metodologia) ou foram capazes de avaliar e propor estratégias comprovadamente eficientes relacionadas à comunicação de más notícias.

Seguindo linha de análise inspirada no trabalho de Paul et al. (2009), o objetivo deste artigo é apresentar uma revisão das publicações sobre comunicação de más notícias em oncologia de adultos, entre setembro de 2011 e janeiro de 2005, bem como analisar de forma mais sistemática a metodologia de coleta e análise de dados adotada nos estudos experimentais encontrados nesse período. A escolha por estudos experimentais justifica-se pela intenção de verificar se houve evolução nos estudos mais atuais no que diz respeito à busca de evidências empíricas e à consideração das variáveis contextuais, tanto na definição de preferências, necessidades e dificuldades de médicos e pacientes, quanto na organização dos *guidelines* e programas de treinamento em comunicação de más notícias. Espera-se, ainda, que sejam identificados pontos que ainda mereçam investigação sistemática, auxiliando o planejamento de pesquisas futuras que esclareçam a relação entre comportamento e saúde nesses contextos de comunicação.

Método

Para realização desse trabalho foi conduzida uma busca dos artigos publicados entre 2011 e 2005 sobre comunicação de más notícias em câncer, através do Portal Periódicos Capes, com consulta nas seguintes bases de dados: Bireme, MEDLINE, PsycINFO, SciELO, Wiley Online Library, JAMA, Annual Review, BioMed, BMJ, New England

e ScienceDirect. Foram utilizadas como palavras-chave as seguintes combinações: *comunicação de más notícias, oncologia e relação médico-paciente (breaking bad news, oncology e physician patiente relations)*, combinadas em duplas.

Foram identificadas 189 publicações cujos resumos foram lidos para identificação e classificação dos artigos quanto à relevância e relação direta com os objetivos da revisão. A partir dessa classificação, foram excluídos artigos em que as palavras-chave selecionadas não compunham o resumo e/ou o título, além de livros, capítulos de livro, cartas, comentários sobre outras publicações, editoriais, dissertações e teses, relatos de caso, relatos de experiência, artigos teóricos, artigos de revisão e artigos em que a comunicação de más notícias não fosse uma variável estudada diretamente, embora pudesse ser citada como aspecto relevante para os processos de tratamento e/ou enfrentamento. Foram excluídos, ainda, estudos em pediatria e estudos que abordassem a comunicação de más notícias em outras especialidades médicas que não a oncologia.

Foram incluídos para análise os artigos cujas palavras-chave fizessem parte do título e/ou do resumo e que abordassem a comunicação de más notícias, em oncologia, com qualquer membro da equipe de saúde (não apenas médicos, mas também enfermeiros e/ou outros profissionais de equipe multidisciplinar), graduado ou em formação (residentes e estudantes) e em diferentes fases do processo de tratamento (diagnóstico, comunicação ao longo do tratamento, recidiva, transição para cuidados paliativos e cuidados paliativos).

Com base nesses critérios de exclusão e inclusão, foram identificados 49 artigos empíricos lidos integralmente e classificados quanto à metodologia e delineamento de pesquisa utilizados, de acordo com três categorias: artigos de delineamento experimental, de delineamento quase-experimental e de delineamento não experimental. Tomando por base as definições de Campbell e Stanley (1979) e Martin (1977/2004) foram considerados: (a) delineamentos experimentais em que se buscou investigar relações de causa e efeito entre as variáveis por meio de manipulação de variável independente e controle de variáveis intervenientes e distribuição randômica dos participantes; (b) delineamentos quase-experimentais em que, embora se tenha tido a intenção de manipulação de variável independente para verificação de seu efeito sobre variáveis dependentes,

não foi possível controle suficiente das variáveis intervenientes e não houve distribuição randômica dos participantes; e (c) delineamentos não experimentais, ou pré-experimentais, aqueles de caráter essencialmente descritivo, em que não houve nem distribuição randômica, nem manipulação ou controle de variáveis, não sendo possível estabelecer relações de causalidade.

Com base nessa classificação foram identificados oito artigos experimentais, 11 artigos quase-experimentais e 30 artigos não experimentais publicados, de acordo com os critérios definidos.

Resultados

Quanto à metodologia de coleta e análise de dados, dos oito artigos experimentais encontrados, quatro utilizaram metodologia observacional para coleta de dados e quatro utilizaram metodologia não observacional. Dentre os estudos de metodologia não observacional, os quatro artigos encontrados utilizaram manipulação de variáveis em diferentes grupos (experimental e controle), com avaliação de resultados dos grupos por meio de instrumentos como questionários e escalas aplicados aos participantes, em três estudos, depois da intervenção e, em apenas um estudo, antes e depois da intervenção.

Todos os quatro artigos que utilizaram metodologia observacional realizaram a coleta de dados também em dois grupos (experimental e controle), sendo que a avaliação dos resultados, em cada grupo, mais uma vez seguiu um mesmo padrão: análise do comportamento de comunicação dos médicos nas consultas por meio de instrumentos de codificação topográfica, após a intervenção; e análise do nível de satisfação dos participantes (médicos e/ou pacientes) com a comunicação recebida, com uso de escalas e questionários aplicados aos participantes, após a intervenção. Nesse caso, dois dos estudos conduzidos pelo mesmo grupo de autores apresentou avaliação e análise do comportamento de comunicação dos médicos também antes da intervenção.

Quanto aos objetivos e temas dos estudos, seis dos oito artigos focalizaram o efeito de programas de treinamento sobre o comportamento de comunicação de más notícias, sendo que quatro artigos analisaram programas de treinamento para profissionais de saúde (três para médicos e um para

enfermeiras) e dois artigos analisaram programas de treinamento para pacientes. Os seis artigos sobre treinamento em comunicação avaliaram não só mudanças de comportamento ocorridas após a intervenção, como também nível de satisfação dos participantes com o treinamento e com o processo de comunicação após o treinamento. Os dois artigos restantes focalizaram os efeitos de outras estratégias de intervenção desenvolvidas com o fim de melhorar a transmissão e absorção de informações pelos pacientes, tais como uso de diferentes tipos de manuais educativos sobre doença e tratamento e entrega da gravação, em áudio, da consulta de diagnóstico para o paciente, a fim de que pudesse recorrer às informações dessa primeira consulta, para esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário.

Discussão

Os resultados obtidos indicam uma situação pouco diferente da descrita pela revisão de literatura realizada por Paul et al. (2009) em relação à carência de evidências empíricas, baseadas em estudos de intervenção, nos estudos sobre comunicação de más notícias, em oncologia, que permitam afirmações consistentes sobre o estado do conhecimento na área. Tal situação pode ser confirmada, em primeiro lugar, pela pequena quantidade de estudos considerados experimentais, ou seja, desenvolvidos com intenção de estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis relacionadas à comunicação.

Dos 189 artigos encontrados no levantamento bibliográfico inicial, apenas oito puderam ser classificados no critério de estudos experimentais. Embora esses oito artigos tenham se proposto a estudar os efeitos de estratégias de intervenção sobre o comportamento de comunicação de más notícias, obedecendo às condições mínimas para serem considerados experimentais, os dados obtidos continuam não oferecendo resultados que permitam concluir sobre a forma mais eficiente de lidar com a complexa situação da comunicação de más notícias, quer para profissionais de saúde, quer para pacientes e familiares. A permanência dessa dificuldade se deve não só à pouca quantidade de estudos, mas também a outros fatores característicos desses estudos tais como: (a) variabilidade de metodologia de coleta e análise de dados entre os estudos; (b) tendência ao

Tabela 1 Síntese dos artigos de delineamento experimental sobre comunicação de más notícias em oncologia de adultos publicados entre janeiro de 2005 e setembro de 2011

Referência	Objetivos	Metodologia	Resultados principais	Instrumentos
(1) Jones et. al., 2006	<p>Verificar a hipótese de que diferentes métodos de seleção e transmissão de informação sobre diagnóstico e tratamento podem aumentar suporte sócio-emocional e bem-estar de pacientes com câncer.</p>	<p>Estudo não observacional, de delineamento fatorial (2X2X2) e randomização das três condições experimentais por oito grupos de participantes. Amostra de 400 pacientes em tratamento de radioterapia para câncer de mama ou próstata. Manipulação de diferentes formas de transmissão da informação nos diferentes grupos de pacientes: (1) manuais gerais sobre câncer, produzidos em larga escala, (2) manuais interativos, em que o paciente escolhia, via site da internet, o tipo e quantidade de informação que queria receber; e (3) informação personalizada, em que além de receber os manuais gerais e ter acesso ao programa da internet, o paciente recebia informações diretas de seu registro médico, quando as solicitava.</p>	<p>Manuais gerais, produzidos em larga escala foram avaliados como mais úteis e mais capazes de transmitir informações novas do que manuais produzidos de forma interativa. Manuais personalizados foram mais eficientes em transmitir informações novas que manuais gerais. Não houve diferença na percepção do paciente sobre o câncer em nenhum dos tipos de intervenção. Pacientes com manuais personalizados tendem a dividir suas informações com outros mais que os pacientes que utilizaram outros tipos de manuais. Não houve diferença entre as condições de transmissão de informação quanto a aumento de suporte social, nível de ansiedade e depressão do paciente.</p>	<p>Medidas da: (1) percepção do paciente sobre a informação, (2) uso dos manuais com outras pessoas, (3) mudança na qualidade de suporte social relacionada, e (4) mudança na taxa de ansiedade e depressão, avaliadas por meio de questionários em estudo de follow-up 3 meses após a transmissão das informações</p>
(2) Lienard et. al., 2006	<p>(1) Comparar o nível de ansiedade de pacientes e familiares, em duas condições experimentais, manipulando o tipo de treinamento em comunicação recebido pelos médicos participantes; e (2) investigar quais variáveis do padrão de comunicação dos médicos estavam associadas ao nível de ansiedade de pacientes e familiares em contexto de consulta com duas pessoas (médico e paciente).</p>	<p>Gravação de consultas; grupo controle T2 (médicos participaram só do treinamento básico) e grupo de intervenção T1 (médicos participaram do treinamento básico e do workshop de consolidação). análise do nível de ansiedade dos pacientes por meio de instrumentos específicos. Estudo com uso de observação sistemática do comportamento de comunicação dos médicos antes e depois do treinamento (antes do treinamento básico para os dois grupos; depois da consolidação para T1 e 5 meses depois do treinamento básico para T2) + avaliação de ansiedade dos pacientes por meio de escala, apenas depois do treinamento dos médicos. Randomização na seleção da amostra/participantes.</p>	<p>Não foi observada diferença estatística significativa ao longo do tempo e entre os grupos. Diminuição da ansiedade dos pacientes esteve relacionada a questões screening (?), satisfação do médico com o suporte oferecido e nível de distress do paciente. O aumento da ansiedade esteve relacionado à transmissão de más notícias e habilidades de suporte. Não foi observado qualquer impacto do programa de treinamento. O estudo permite concluir sobre a influência de algumas habilidades de comunicação no nível de ansiedade dos pacientes, que devem ser consideradas pelos médicos.</p>	<p>(1) Codificação das consultas com uso da tradução francesa do <i>Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual</i>, do estado psicológico dos pacientes: <i>State Trait Anxiety Inventory (STAI-S)</i>, <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>, avaliação da evolução da ansiedade do paciente antes e depois da consulta e questionário para avaliação da percepção do paciente sobre a entrevista.</p>

(continua...)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Objetivos	Metodologia	Resultados principais	Instrumentos
(3) Hack, Pickles, Bultz, Ruether & Degner, 2007	Examinar a eficácia do uso da gravação da primeira consulta de diagnóstico de câncer de próstata no processo de comunicação com pacientes.	Estudo não observacional em que 4 condições experimentais quanto ao uso ou não de gravação da primeira consulta com o médico foram apresentadas aos pacientes. Análise, após 12 semanas do diagnóstico, da resposta dos pacientes em relação a 5 categorias de comportamento relacionadas ao tratamento e à qualidade de vida, comparando as respostas entre as quatro condições. Participantes: 425 pacientes e 15 oncologistas de 4 centros canadenses para tratamento de câncer.	Pacientes que receberam as consultas gravadas obtiveram significativamente mais informações sobre a doença e o tratamento, em geral, e mais informações sobre alternativas de tratamento e efeitos colaterais. Os benefícios da gravação da primeira consulta não foram relacionados significativamente com a satisfação do paciente com a comunicação, estado de humor ou qualidade de vida após 12 semanas de tratamento. Ainda assim, 83% dos pacientes avaliaram o acesso à gravação da consulta como positivo.	Questionários para avaliação dos níveis de satisfação e da percepção dos pacientes sobre as consultas: (1) Control Preferences Scale, (2) Patient Perception Scale, (3) Audiotype Use and Satisfaction Questionnaire, (4) Informed Communication Scale, (5) Profile of Mood States (POMS), e (6) Functional Assessment of Cancer Therapy.
(4) Lienard et al., 2008	(1) Comparar o nível de ansiedade de pacientes e familiares, em duas condições experimentais, manipulando o tipo de treinamento em comunicação recebido pelos médicos participantes; e (2) investigar quais variáveis do padrão de comunicação dos médicos estavam associadas ao nível de ansiedade de pacientes e familiares em contexto de consulta com três pessoas (médico, paciente e familiar).	Gravação de consultas e avaliação da comunicação e do nível de ansiedade dos pacientes e familiares por meio de instrumentos específicos. Dois grupos: um com treinamento básico e treinamento de consolidação (T1) e outro só com treinamento básico, com duração de 1 mês, e avaliação 5 meses após o fim do treinamento (T2). Em T1, o treinamento de consolidação foi iniciado 2 meses após o término do treinamento básico. Estudo com uso de técnicas de observação sistemática do comportamento de comunicação de médicos antes e depois dos workshops e uso de questionários e escalas de avaliação de ansiedade e de pressão dos pacientes, depois do treinamento.	Não foi observada diferença significativa entre os grupos, nem ao longo do tempo. A diminuição da ansiedade em pacientes e familiares estava relacionada ao nível de distress auto-relatado e o aumento, relacionado ao contexto de receber más notícias dos médicos. Não foi observado efeito do treinamento dos médicos. Os autores indicam a necessidade de estudo que clarifiquem quais as habilidades de comunicação que podem colaborar na diminuição do stress associado à comunicação de más notícias.	(1) Codificação das consultas com uso da tradução francesa do <i>Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual</i> , (2) Questionários para avaliação do estado psicológico dos pacientes: <i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI-S) <i>forme Ya</i> , <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS), avaliação da evolução da ansiedade do paciente e do acompanhante por meio do cálculo de duas novas variáveis extraídas das respostas aos questionários anteriores medida antes e depois da consulta.
(5) Skinner et al., 2009	Avaliar o uso e o padrão de interação médico-paciente obtido após treino dos médicos com um programa de CD-ROM, desenvolvido com objetivo de melhorar a comunicação médico-paciente	Linha de base com gravação e análises das consultas de todos os médicos participantes, com 8 de seus pacientes, indicados pelo médico e que concordaram em participar da pesquisa. Seleção randômica do grupo que receberia o CD-ROM e do grupo que não receberia. Elaboração do CD-ROM com exemplos das consultas dos próprios médicos (CDs personalizados). Análise do uso ou não do CD-Rom, através de instrumental virtual (contagem dos acessos, via conexão com a internet) + avaliação das reações dos médicos ao CD-Rom através de questionário de follow-up e uso de escalas específicas.	21 dos 24 médicos no grupo experimental usaram o CD-ROM. Avaliação positiva dos oncologistas do grupo experimental sobre o uso do CD-ROM para melhorar o impacto da comunicação, utilidade, melhora da segurança e diminuição do stress dos oncologistas na hora transmitir más notícias e melhor aproveitamento do tempo.	Questionário para avaliação das reações dos oncologistas ao CD-ROM e escala de 5 pontos para avaliação do impacto do uso do CD-ROM nas consultas; ambos, instrumentos desenvolvidos pelos próprios pesquisadores.

(continua...)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Objetivos	Metodologia	Resultados principais	Instrumentos
(6) Street Jr. et. al., 2010	Examinar os efeitos de um treinamento que ensina para pacientes habilidades de discussão com o médico sobre questões relacionadas a dor, preocupações e preferências de tratamento.	Gravação e análise de consultas em duas condições: controle – pacientes receberam orientações educacionais usuais relativas ao manejo da dor; e experimental – onde os pacientes, além das orientações usuais, receberam orientação e acompanhamento de um monitor sobre as formas pelas quais poderiam se comunicar com o médico sobre sua dor. Seleção randômica dos pacientes para participarem em cada grupo. Estudo com uso de observação sistemática e medida do nível de participação ativa dos pacientes na consulta e da atitude do médico em permitir a participação do paciente na tomada de decisão e na busca por informação. Avaliação do comportamento dos médicos com uso de escala tipo Likert.	Pacientes no grupo experimental discutiram mais aspectos relacionados à dor, com os médicos, do que pacientes no grupo controle. Pacientes com dor mais intensa discutiam mais seus sintomas com os médicos. Médicos permitiam que os pacientes participassem mais da tomada de decisão sobre tratamento quando os pacientes falavam mais, durante a consulta, sobre sua dor: Os resultados apontam para o sucesso dos métodos de treino do paciente na comunicação (condição experimental).	(1) Escala de 10 pontos simples, para avaliação do nível de dor dos pacientes, (2) sistema de codificação de categorias de comunicação verbal desenvolvido pelos próprios pesquisadores e já validado em estudos anteriores, para análise dos dados das consultas, e (3) análise do comportamento dos médicos na forma de comunicação e transmissão de informação aos pacientes por meio de escala Likert de 5 pontos, também desenvolvida e validada pelos próprios pesquisadores.
(7) Fukui, Ogawa & Yamagishi, 2011	Avaliar a eficácia de um programa de treinamento em habilidades de comunicação para enfermeiras e avaliar a satisfação dos pacientes com a comunicação recebida das enfermeiras após o treinamento.	Avaliação da satisfação dos pacientes com as enfermeiras em dois grupos: experimental (que participaram do treinamento) e controle (que não participaram), em três momentos: 1 semana após o diagnóstico, 1 mês após o diagnóstico e 3 meses após o diagnóstico. Grupo experimental: enfermeiras que participaram do programa de treinamento em comunicação de más notícias (N = 4) e grupo controle: enfermeiras que não participaram do treinamento (N = 4). Grupos selecionados randomicamente. 89 pacientes foram acompanhados em cada grupo de enfermeiras. Avaliação do nível de satisfação e de qualidade de vida dos pacientes com uso de escalas específicas 1 semana após diagnóstico (T1), 1 mês após diagnóstico (T2) e três meses após diagnóstico (T3).	Relato de aumento da satisfação e melhora nos aspectos de qualidade de vida do paciente para os pacientes atendidos pelas enfermeiras do grupo experimental.	(1) <i>Short Form-8 Health Survey (SF-8)</i> , e (2) um ítem único do <i>I/AS</i> , para avaliação da eficiência do treinamento e satisfação com os profissionais de saúde.

(continua...)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Objetivos	Metodologia	Resultados principais	Instrumentos
(8) Jerant, Franks, Saito & Kravitz, 2011	Explorar a relação entre severidade de dor subsequente e tendência a aderir ao tratamento, entre pacientes de câncer, participantes de um estudo para definição de protocolo para melhoria da comunicação entre médico e paciente	Dois grupos: um recebendo orientações gerais sobre controle da dor e outro recebendo, além dessas, orientação monitoradas por um educador em saúde. Dois modelos para análise dos dados: Modelo 1 – análise de fatores sociodemográficos, estudo do grupo, follow-up e linha de base da dor; Modelo 2 –além desses, avaliação do estado de saúde do acompanhante, do estado de saúde mental do paciente e da percepção de auto-eficácia no controle da dor; Avaliação antes e depois da intervenção por meio de entrevista e questionário.	Foi encontrada relação entre a tendência a aderir aos tratamentos recomendados e o nível de dor subsequente: pacientes que aderiram às recomendações tiveram menos dor subsequente, no Modelo 1. No Modelo 2, entretanto, a relação não foi estatisticamente significativa, sugerindo que fatores relacionados ao estado geral de saúde podem mediar essa relação.	(1) Escala simples de 10 pontos para avaliação do nível de dor dos pacientes, (2) MOS 12-item Short Form Health Survey, para avaliação do estado de saúde dos pacientes, e (3) Chronic Pain Self-Efficacy Scale, para avaliação da auto-eficácia no controle da dor, pelos pacientes.

(continua...)

desenvolvimento de delineamento com análise de dados apenas após a intervenção, sem informações sobre um padrão de comportamento anterior, que permita comparação entre os dados e afirmações efetivas sobre efeitos da intervenção; (c) diferença entre a metodologia de coleta e a metodologia de análise no mesmo estudo (ex.: dados coletados com metodologia observacional, mas analisados a partir do relato verbal dos participantes e não da análise das observações realizadas); e (d) variabilidade do tipo de estratégia de intervenção em comunicação selecionado, do número e do tipo de participantes (pacientes, médicos ou outros profissionais de saúde) em cada estudo.

Ptacek e Eberhardt (1996), em revisão da literatura sobre comunicação de más notícias no período de 1995 a 1985, já ressaltavam a necessidade de mais estudos empíricos que permitissem descrever um modelo teórico pelo qual o processo de comunicação de más notícias pudesse ser melhor compreendido e estudado. A falta de consistência nos resultados dos estudos revisados por eles levou os autores a apontarem a necessidade de reformulação das pesquisas. A primeira questão a ser levantada seria o quanto de desajustamento as más notícias geram ao paciente, para depois chegar a perguntas mais específicas sobre quais aspectos e de que forma as más notícias deveriam ser transmitidas a fim de causar menos transtornos psicossociais. Segundo os autores, a falta de consistência dos resultados está associada a falhas em questões mais básicas e fundamentais do processo científico, tais como uma deficiente definição do problema de pesquisa e das variáveis a serem medidas, anteriores à definição da metodologia ou dos instrumentos de coleta e análise.

Apesar desse alerta, a revisão dos estudos desenvolvidos nestes últimos cinco anos revela a persistência dos problemas característicos dos primeiros anos de investigação sobre comunicação de más notícias: (a) aparente definição do estudo baseada mais na metodologia do que pelo problema de pesquisa, (b) uma sobreposição de metodologias nem sempre coerentes e que adotam unidades de análise diferenciadas e (c) uma inconsistência dos resultados que impede a análise funcional do processo de comunicação entre médico e paciente.

Uma tendência observada nos oito estudos experimentais revisados foi o foco em programas de treinamento, com o objetivo de favorecer

o processo de comunicação médico-paciente em situação de más notícias. Dos oito estudos, seis abordaram a questão do treinamento, sendo que dois deles focalizaram o treinamento dos pacientes no processo de comunicação. O treino de pacientes apresenta uma perspectiva nova e promissora de investigação, na medida em que resgata a ênfase no empoderamento dos pacientes e no estímulo à participação ativa dos mesmos em seu tratamento, bastante defendida em contexto de saúde coletiva e da assistência primária, tanto de adultos quanto em pediatria (D'Alessandro & Dosa, 2001; Diefenbach et al. 2009; Dolbeault & Brédart, 2010). Nesse sentido, o empoderamento do paciente e o treino para que ele próprio busque as informações que lhe forem mais necessárias e seja capaz de delinear seu processo de comunicação com o médico pode se mostrar mais eficiente para o estabelecimento de uma relação de maior qualidade do que o treinamento dos profissionais de saúde. Por outro lado, essa mudança de foco representa apenas uma mudança de direção, sem que tenham sido respondidas satisfatoriamente as questões levantadas por estudos anteriores, que focalizavam o treinamento dos médicos.

O interesse por programas de treinamento, para médicos e estudantes de medicina, sobre como abordar a comunicação de más notícias é uma tendência observada também em estudos não experimentais e quase-experimentais. Nesses estudos, observa-se que parte dos subsídios para programas de treinamento de comunicação de más notícias tem vindo dos resultados de estudos observacionais que apontam que grande parte das dificuldades encontra-se na percepção de sinais de dúvida e ansiedade expressos pelos pacientes e, consequentemente, na resposta, mais ou menos eficiente, a esses sinais. Uma vez que os médicos não respondem, ou respondem mal, às preocupações dos pacientes, estes tendem a avaliar negativamente a interação com o médico e passam a apresentar maiores dificuldades de adesão aos tratamentos propostos (Fukui et al., 2008; Merckaert et al., 2005; Numico et al., 2009; Ptacek & McIntosh, 2009). A hipótese é a de que a organização e condução de programas de treinamento que ensinem os médicos a superar tais dificuldades poderia modificar essa realidade (Baile & Aaron, 2005; Eggly et al., 2006; Jacobsen & Jackson, 2009).

A maior parte dos programas de treinamento referidos pela literatura é desenvolvida sob a forma de workshops, tanto para médicos graduados, quanto para estudantes de medicina e residentes. Entretanto, os estudos divergem sobre a eficiência do treinamento, tanto no que se refere ao processo de aprendizagem formal do médico, quanto à interferência sobre o nível de satisfação e mudança da resposta de adesão do paciente (Back, 2006).

Outras revisões da literatura sobre esse tema apontam duas principais dificuldades relacionadas ao treinamento dos médicos: (a) manutenção e consolidação, pelo médico, ao longo do tempo, de novos padrões de interação social e habilidades de comunicação treinados; e (b) transferência e aplicação bem sucedidas desses novos padrões à prática clínica (Back, 2006; Fallowfield & Jenkins, 2006; Harrison & Walling, 2010). Os resultados obtidos pelos estudos experimentais recentes aqui revisados não foram capazes de trazer dados novos que respondessem a essas dificuldades. Mais uma vez, conforme Paul et al. (2009), nem a prática clínica, nem o treinamento dos médicos será bem sucedido enquanto não forem baseados em evidências empíricas obtidas sob sólida base conceitual e metodológica, com prioridade para tecnologias de observação direta de comportamentos.

Cabe então uma pergunta: porque é tão difícil definir uma base conceitual e metodológica capaz de direcionar a evolução consistente do conhecimento nessa área? O primeiro ponto a ser ressaltado, em resposta a essa pergunta, diz respeito às dificuldades inerentes ao próprio processo de comunicação, em si mesmo altamente complexo, envolvendo múltiplas variáveis e capaz de ser definido a partir de diferentes referenciais teórico-conceituais (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1996). Juntando a esse processo as complexidades específicas do contexto de más notícias, obtém-se um grande número de variáveis intervenientes, de difícil controle (Buckman, 1984; Fujimori & Uchitomi, 2009). Isso se reflete na dificuldade de definir operacionalmente o processo de comunicação de más notícias e dividir as interações entre médicos e pacientes em unidades de análise de comportamento que sejam funcionais.

Abordando o problema de questões metodológicas relacionadas a estudos de adesão a tratamento, especificamente no contexto da psicologia pediátrica, Zannon (1999) já destacava dificuldades do contexto de comunicação médico-paciente que também

podem ser aplicadas à situação de atendimento de adultos. Segundo a autora, uma das metas dessa área é explicar a relação entre comportamento e processo saúde-doença, bem como demonstrar a possibilidade de controle dessa relação. Para tanto, seria necessário considerar, com rigor: (a) a concepção e a medida da relação entre comportamento e saúde; e (b) a relevância e a validade das medidas psicológicas. A ignorância dessas questões compromete os resultados e as aplicações em contextos clínicos reais. Zannon (1999) sugere que a descrição da ação esperada e do contexto no qual essa ação é solicitada ao paciente, e/ou a sua família, seja comunicado claramente e incluído como conteúdo essencial da medida de adesão, embora, na maior parte dos estudos, isso não ocorra, até o momento.

Um aspecto relevante dessa dificuldade é que as análises e intervenções focalizam o comportamento de modo categórico, entendido do ponto de vista topográfico da ação. A ação é descrita de modo truncado, seja em sua estrutura, seja em sua funcionalidade. Parte-se da ação para seu efeito, perdendo-se o contexto no qual essa relação é esperada, ou é mais provável de ser esperada. (Zannon, 1999, p. 50)

Zannon (1999) lembra, ainda, que, no que se refere à adesão, *o comportamento* a ser modificado pode ser entendido como *muitos comportamentos*. Zimmermann, Del Piccolo e Finset (2007) defendem perspectiva semelhante quando destacam que, para compreender a complexidade das variáveis que influenciam padrões de comunicação, deve-se recorrer a modelos que considerem os múltiplos níveis de relação entre cada uma e todas as variáveis envolvidas nesse processo. Ainda assim, segundo os autores, esses modelos nunca serão mais do que uma aproximação da realidade, sendo necessário o desenvolvimento de metodologias de pesquisa complementares, quantitativas e qualitativas, para uma compreensão mais acurada do contexto de consultas clínicas e da interação médico-paciente.

Considerações finais

A investigação sobre o processo de comunicação de más notícias em contextos de cuidados com a saúde constitui um tema de pesquisa relativamente recente, que envolve uma série de desafios ao pesquisador. O problema da escolha da metodologia de coleta e análise de dados é apenas um deles. Com base no

conteúdo abordado, conclui-se pela necessidade de se considerar duas questões principais no planejamento das pesquisas futuras: (a) maior quantidade de estudos de intervenção, com rigor metodológico, que permitam o desenvolvimento de conhecimento baseado em evidências (Paul et al., 2009); e (b) utilização combinada de metodologias de pesquisa que favoreçam uma compreensão mais ampla e uma análise contextual mais completa do fenômeno estudado (Zimmerman, Del Piccolo & Finset, 2007).

É importante ressaltar, por fim, que a maioria dos estudos encontrados foi desenvolvida por pesquisadores das áreas de medicina e enfermagem, com pouca participação de pesquisadores de psicologia. Acreditamos que a ciência psicológica como área de estudo da saúde, do comportamento e das relações humanas, muito tenha a contribuir na indicação de bases teórico-conceituais, bem como no aprimoramento e no desenvolvimento de abordagens metodológicas voltadas à observação e intervenção no contexto de comunicação de más notícias.

Referências

- Back, A. (2006). Patient-physician communication in oncology: What does the evidence show? *Oncology*, 20(1), 67-74.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Fryer-Edwards, K. A., Alexander, S. C., Barley, G. E., Gooley, T. A. & Tulskey, J. A. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453-460.
- Baile, W. F. & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 331-335.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Gopher, 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.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Butow, P., Devine, R., Boyer, M., Pendlebury, S., Jackson, M & Tattershall, M. H. N. (2004). Cancer consultation preparation package: Changing patients but not physicians is not enough. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), 4401-4409.

- Butow, P. N., Kazemi, J. N., Beeney, L. J., Griffin, A. M., Dunn, S. M. & Tattershall, M. H. (1996). When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77(12), 2630-2637.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa* (R. A. T. Di Dio, trad.). São Paulo: EPU/EDUSP.
- D'Alessandro, D. M. & Dosa, N. P. (2011). Empowering children and families with information technology. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine*, 155, 1131-1136.
- Díaz, G. F. (2006). Comunicando malas noticias em Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459.
- Di Caccavo, A., Ley, A. & Reid, F. (2000). What do general practitioners discuss with their patients? Exploring the relationship between content of medical consultations and treatment decisions. *Journal of Health Psychology* 5(1), 87-97.
- Diefenbach, M., Turner, G., Carpenter, K. M., Sheldon, L. K., Mustian, K. M., Gerend, M. A., Rini, C., von Wagner, C., Gritz, E. R., McQueen, A., Prayor-Patterson, H. M. & Miller, S. (2009). Cancer and patient-physician communication. *Journal of Health Communication*, 14, 57-65.
- Dolbeault, S. & Brédart, A. (2010). Difficultés de l'annonce du côté des professionnels et de leurs patients: quels obstacles à la communication et quels recours possibles? *Bulletin du Cancer*, 97(10), 1183-1194.
- Eggle, S., Penner, L., Albrecht, T. L., Cline, R. J., Foster, T., Naughton, M., Peterson, A. & Ruckdeschel, J. C. (2006). Discussion bad news in the outpatient oncology clinic: Rethinking current communication guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 716-719.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2006). Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results on Cancer Research*, 168, 105-112.
- Ford, S., Hall, A., Ratcliffe, D. & Fallowfield, L. (2000). The Medical Interaction Process System (MIPS): An instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social Science and Medicine*, 50, 553-566.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M. & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychological distress and coping: Nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*, 113(6), 1462-1470.
- Fukui, S., Ogawa, K. & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: A preliminary study. *Psychooncology*, 20(12), 1285-1291.
- Hack, T. F., Pickles, T., Bultz, B. D., Ruether, J. D. & Degner, L. F. (2007). Impact of providing audiotapes of primary treatment consultations to men with prostate cancer: A multi-site, randomized, controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16, 543-552.
- Harrison, M. E. & Walling, A. (2010). What do we know about giving bad news? A review. *Clinical Pediatrics*, 49(7), 619-626.
- Jacobsen, J. & Jackson, V. A. (2009). A communication approach for oncologists: Understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(4), 475-480.
- Jerant, A., Franks, P., Tancredi, D. J., Saito, N. & Kravitz, R. L. (2011). Tendency to adhere to provider-recommended treatments and subsequent pain severity among individuals with cancer. *Patient Preference and Adherence*, 5, 23-31.
- Jones, R. B., Pearson, A. J., Cawsey, D. B., Barret, A. White, J., White, C. A. & Gilmour, W. H. (2006). Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: Randomised trial. *British Medical Journal*. Advance online publication. doi:10.1136/bmj.38807.71042.68.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation perspective. Em W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 370-436). New York: Guilford Press.
- Libert, Y., Conrard, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., Fontaine, O & Razavi, D. (2001). Améliorer les stratégies de communication de médecins en oncologie: état des lieux et perspectives futures [Improving doctor's communication skills in oncology: Review and future perspectives]. *Bulletin du Cancer*, 88(12), 1167-1176.

- Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C. & Razavi, D. (2006). Lês enjeux, objectifs et particularités de la communication médecin-malade en oncologie: état dès lieux et *Bulletin du Cancer*, 93(4), 357-362.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2006). Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: Impact of a communication skills training program for physicians. *Annals of Oncology*, 17(6), 1450-1458.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2008). Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: Impact of a communication skills training program for physicians. *Psycho-Oncology*, 17, 488-496.
- Martin, D. W. (1977/2004). *Doing psychology experiments*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Eienne, A.M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2005). Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: Can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer*, 104(2), 411-421.
- Numico, G., Anfossi, M., Bertelli, G., Russi, E., Cento, G., Silvestris, N., Granetto, C., Di Constanzo, G., Occelli, M., Fea, E., Garrone, O., Gasco, M. Colantonio, I & Maerlano, M. (2009). The process of truth disclosure: An assessment of the results of information during the diagnostic phase in patients with cancer. *Annals of Oncology*, 20(5), 941-945.
- Oguchi, M., Jansen, J., Butow, P., Colagiuri, B., Divine, R. & Dhillon, H. (2011). Measuring the impact of nurse cue-response behaviour on cancer patients' emotional cues. *Patient Education and Counseling*, 82, 163-168.
- Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H. & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal Of Cancer*, 45(17), 2960-2966.
- Ptacek, J. T. & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Journal of American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- Ptacek, J. T. & McIntosh, E. G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 380-387.
- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersal, M. H., Beeney, L. J. & Dunn, S. M. (2003). Psychological response of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14(1), 48-56.
- Skinner, C. S., Pollak, K. I., Farrell, D., Olsen, M. K., Jeffreys, A. S. & Tulsy, J. A. (2009). Use of and reactions to a tailored CD-ROM designed to enhance oncologist-patient communication: The SCOPE trial intervention. *Patient Educational and Counseling*, 77(1), 90-96.
- Street Jr, R. L., Slee, C., Kalauokalani, D. K., Dean, D. E., Tancredi, D. J. & Kravitz, R. L. (2010). Improving physician-patient communication about cancer pain with a tailored education-coaching intervention. *Patient Education and Counseling*, 80, 42-47.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1996). *Pragmática da comunicação humana*. (8a. ed.) São Paulo: Cultrix.
- Wittenberg-Lyles, E. M., Goldsmith, J., Sanchez-Reilly, S. & Ragan, S. L. (2008). Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: Deficiencies in current communication training protocols. *Social Science & Medicine*, 66, 2356-2365.
- Zannon, C. M. L. C. (1999). Psicologia aplicada à pediatria: questões metodológicas atuais. Em R.R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde - Explorando Alternativas* (pp. 46-58). Santo André, SP: ARBytes.
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438-463.