

Avaliação do conhecimento e prática de médicos em comunicação de más notícias: um estudo transversal

Assessment of physicians' knowledge and practice in breaking bad news: a cross-sectional study

Esther Angélica Luiz Ferreira¹, Cristina Ortiz Sobrinho Valet², Mayra de Fátima Martins de Oliveira³, Stella Naomi Tanaka⁴, Daniela Paschoalino⁵, Nathália Fahl Cicotti⁶, Sheyla Ribeiro Rocha⁷

¹ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), Área de Saúde Mental (SMen), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0003-2582-9045  estherferreira@ufscar.br

² Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), Área de Saúde da Criança e do Adolescente (ASCrA), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0002-6925-4346

³ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Núcleo de Estudos em Dor e Cuidados Paliativos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0003-4920-0233

⁴ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0002-9734-7208

⁵ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0002-3344-1211

⁶ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0001-9893-8184

⁷ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina (DMed), Área de Saúde Coletiva e Educação (SCE), Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Médica (NEPEM), São Carlos, São Paulo, Brasil.

 ORCID 0000-0003-1926-4439

Palavras-chave

Educação médica; Transmissão de más notícias; Habilidades de comunicação; Comunicação em saúde.

Resumo

Introdução: A comunicação de más notícias é parte essencial da atuação do profissional médico. Historicamente, alguns obstáculos se opõem a esta prática, sendo que transmitir uma má notícia de forma clara e empática, atendendo às necessidades individualizadas dos pacientes, exige preparação e pode ter auxílio de protocolos.

Objetivos: O objetivo do estudo é compreender como os profissionais de saúde lidam com a comunicação de más notícias e qual a sua autopercepção de aptidão para esta comunicação.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo do tipo *survey*. A população do estudo foi constituída por médicos que atuavam num hospital terciário e que responderam a um questionário no período de setembro a dezembro de 2018. A amostra foi de conveniência.

Resultados: Embora a maioria dos 109 médicos atuasse em emergência e grande parte entendesse que deveria comunicar a má notícia ao paciente, assim como à sua família, 17,4% relataram que raramente faziam este tipo de comunicação, e a maioria desconhecia um protocolo, sendo que 71% dos profissionais se consideraram aptos a comunicar más notícias.

Conclusões: Entende-se que há lacunas na autopercepção dos médicos sobre comunicar más notícias. Esses achados demonstram que existe a necessidade de medidas educativas nesta temática.

Keywords

Medical education; Breaking bad news; Communication skills; Health communication.

Abstract

Introduction: Breaking bad news is an essential part of the medical professional's performance. Historically, some obstacles oppose this practice, and transmitting difficult news in a clear and emphatic way, meeting the individual needs of patients, requires preparation and may have the help of protocols.

Objectives: The objective of the study is to understand how health professionals deal with the communication of difficult news and what their self-perception of aptitude for this communication is.

Materials and Methods: This is a survey-type study. The study population consisted of physicians who worked in a tertiary hospital and who answered a questionnaire from September to December 2018. The sample was of convenience.

Results: Although most of the 109 doctors worked in emergency and most understood that they should communicate the bad news to the patient, as well as their family, 17.4% reported that they rarely made this type of communication and most were unaware of a protocol, being that 71% of professionals considered themselves able to communicate bad news.

Conclusions: It is understood that there are gaps in physicians' self-perception about breaking bad news. These findings demonstrate that there is a need for educational measures on the subject.

Introdução

Uma má notícia pode ser definida como qualquer informação que afeta profundamente e de forma negativa a visão de uma pessoa sobre o seu futuro ou sobre o futuro de um ente querido.¹ Diante de uma má notícia, os pacientes podem expressar as mais diversas emoções, como choro, raiva, tristeza e agressividade. O contexto de elevada carga emocional faz com que essas abordagens figurem entre as mais desafiadoras na prática médica.²

A comunicação de más notícias é parte essencial da atuação do profissional médico em geral. Apesar disso, é uma habilidade negligenciada. Um estudo do tipo *survey* que englobou 40 países revelou que entre os profissionais de saúde apenas um terço havia recebido treinamento formal para esta comunicação.³ Transmitir uma má notícia de forma clara e empática, atendendo às necessidades individualizadas dos pacientes, exige preparação. Um estudo realizado numa universidade brasileira revelou que 44,1% dos discentes de medicina se sentiam aptos a comunicar más notícias e ter conhecido um protocolo validado foi importante para esta autopercepção.⁴

Historicamente, alguns obstáculos opõem-se a esta prática, tanto por parte do paciente, como do profissional. Em relação aos pacientes, o baixo nível de escolaridade, a dificuldade em lidar com as emoções e as limitações cognitivas são apontados como fatores que podem impactar negativamente na sua participação e compreensão durante a comunicação de más notícias. Já os profissionais relatam o receio de serem responsabilizados pelas más notícias, o medo do desconhecido, a falta de tempo, de ambiente e de treinamento adequados, a dificuldade de lidar com as próprias emoções e o receio de tirar a esperança e lidar com as emoções do paciente e dos familiares, como barreiras à comunicação de más notícias.^{5,6,7}

É consensual que a comunicação de más notícias é uma habilidade que pode ser desenvolvida ao longo da formação médica. Para isso, o profissional deve receber treino em técnicas que o orientem como agir de forma mais assertiva, como lidar com as próprias emoções e com as reações dos pacientes. Estudos

apontam que o treinamento aumenta a confiança do profissional e está relacionado à redução da tensão emocional, tanto de profissionais, como de pacientes.^{5,7,8,9} Há evidências de que a qualidade da comunicação de más notícias tem impacto na adesão do paciente ao tratamento, no seu ajuste emocional, na compreensão de seu estado de saúde e na satisfação com o tratamento recebido, reforçando a importância do treino profissional nessa habilidade.¹⁰

O protocolo SPIKES é o mais utilizado no mundo, inclusive no Brasil, para a comunicação de más notícias. Trata-se de um acrônimo em inglês e compreende seis etapas: (1) preparar o cenário (*Setting*) para a comunicação, (2) avaliar a percepção do paciente (*Perception*), (3) perguntar ao paciente o que ele gostaria de saber (*Invitation for Information*), (4) informar sobre a condição de saúde (*Knowledge*), (5) abordar as emoções do paciente com respostas empáticas (*Empathy*), e (6) acordar os próximos passos e resumir o plano de atendimento (*Strategize and Summarize*). Este protocolo foi desenvolvido inicialmente no contexto da oncologia, e posteriormente adaptado a outras especialidades médicas, tornando-se uma diretriz flexível e aplicável a diferentes contextos clínicos.¹¹

Considerando que a qualidade da comunicação de más notícias e o uso de um protocolo bem estabelecido tem impacto sobre a forma como os pacientes reagem a essa situação, o objetivo deste estudo é compreender como os profissionais de saúde lidam com a comunicação de más notícias e qual a sua autopercepção de aptidão para esta comunicação.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo *survey*, realizado em um hospital terciário do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 29 de julho de 2018 (CAAE 90585718.2.0000.8148).

A população do estudo foi constituída por médicos que atuavam em diversos setores do hospital participante e que responderam ao questionário no período

de setembro a dezembro de 2018. A amostra foi de conveniência. O critério de inclusão foi ser médico a trabalhar no hospital. O critério de exclusão foi o preenchimento incorreto do questionário.

Os médicos foram convidados pelos investigadores a participar do estudo, de forma presencial. Os profissionais que aceitaram o convite, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam o questionário para preenchimento. Em 10 a 15 minutos, as respostas eram recolhidas, sendo registradas de maneira anônima por um código que só os investigadores poderiam localizar. Os dados foram posteriormente exportados para uma pauta Excel.

O questionário foi elaborado pelos investigadores com 14 questões baseadas nas dimensões do protocolo SPIKES,^{11,12} incluindo os seguintes componentes: características dos profissionais, conhecimento e prática em comunicação de más notícias. Algumas perguntas eram de escolha múltipla, na sua maior parte, onde algumas consideravam que mais de uma resposta poderia ser assinalada, e outras eram abertas, com resposta livre. Para completar, também fizeram parte do questionário questões sociodemográficas, a fim de caracterizar a amostra. A variável dependente considerada foi a questão “Você sente-se capacitado para comunicar más notícias de forma adequada?”.

Este estudo seguiu o preconizado pelo formulário CROSS para o *checklist* de estudos do tipo *survey*.¹³

Para a estatística descritiva foi utilizado o programa Stata versão 13.0 (Stata Corp, LC). Os resultados são expressos em medianas, frequências, percentagens e intervalos interquartis (IIQ).

Resultados

Naquela época, o registro do corpo clínico do hospital era de 130 médicos e destes, 109 (83,8%) foram convidados e aceitaram participar do estudo e responderam ao questionário. Nenhum participante foi excluído. A amostra do estudo foi composta por 109 médicos. A mediana de idade foi 34 anos (IIQ 29-42). Alguns profissionais relataram terem atuação fora do hospital, em mais de um setor, e esta atuação também foi registrada. A Tabela 1 apresenta as características dos profissionais que participaram do estudo.

Quando questionados sobre o que consideravam comunicar más notícias, 105 participantes (96,3%) referiram como “doença com mau prognóstico”, 100 (91,7%) referiram “comunicar sobre um falecimento”, 31 (28,4%) referiram “necessidade de internamento” e

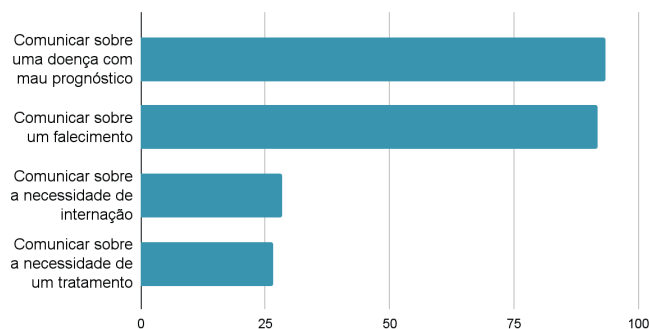
Tabela 1 – Características dos médicos que participaram do estudo (n=109)

Característica	Frequência (%)
Sexo de nascimento	
Masculino	62 (56,5)
Feminino	47 (43,5)
Idade (anos)	
Menos de 30	27 (24,8)
Entre 30 e 40	41 (37,6)
Mais de 40	41 (37,6)
Tempo de graduação	
Até um ano	19 (17,4)
Dois a três anos	10 (9,2)
Quatro a dez anos	39 (35,8)
Mais de dez anos	41 (37,6)
Realizou residência ou pós-graduação	
Sim	94 (86,2)
Não	15 (13,8)
Atuação	
Pediatria	26 (23,9)
Outros	83 (76,1)
Cenário de atuação profissional	
Unidade básica de saúde	46 (42,2)
Enfermaria de hospital público	61 (55,9)
Enfermaria de hospital particular	47 (46,0)
Maternidade pública	25 (22,9)
Maternidade particular	19 (17,4)
Centro cirúrgico	33 (30,2)
Emergência	71 (65,1)
Consultório	59 (54,1)

29 (26,6%) referiram “necessidade de um tratamento específico”, conforme mostra o Gráfico 1.

Nenhum profissional relatou que nunca precisou de dar uma má notícia, 52 (47,7%) relataram que precisavam geralmente ou sempre, 38 (34,9%) às vezes, sendo que 19 (17,4%) relataram que raramente precisavam.

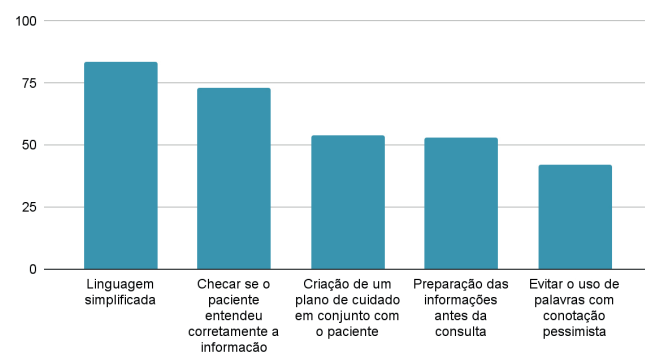
Gráfico 1 – Resposta para a pergunta “O que você considera comunicar más notícias na área médica?”



Em relação a dificuldade de comunicar más notícias, 30 (27,5%) relataram “iniciar a comunicação” ou “comunicar o problema”, 22 (20,1%) relataram “utilizar uma linguagem que o paciente possa entender” e 10 (9,2%) relataram “falta de ambiente adequado”.

Entre as estratégias utilizadas pelos profissionais para comunicar más notícias foram relatadas “linguagem simplificada” por 91 (83,4%), “checar se o paciente entendeu corretamente a informação” por 80 (73,3%), “criação de um plano de cuidados em conjunto com o paciente” foi relatado por 59 (54,1%), “preparação das informações antes da consulta” por 58 (53,2%) profissionais, “evitar o uso de palavras com conotação pessimista” por 46 (42,2%), conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Estratégias para comunicar más notícias utilizadas pelos profissionais



Em relação ao conhecimento nominal de algum protocolo validado, 19 (17,4%) relataram conhecer algum e destes, 14 (73,6%) citaram um protocolo, no caso o SPIKES, sendo que cinco profissionais relataram conhecer um protocolo, mas não sabiam qual o nome. Ainda sobre protocolos, 22 profissionais (20,1%) disseram ter aprendido a usar um protocolo em algum ambiente de ensino, sendo que 40,9% relataram ter sido na faculdade, e 27,3% em cursos de atualização.

Sobre as situações em que um protocolo de más notícias se torna necessário, 95 (87,1%) relataram a “doença terminal”, 91 (83,4%) relataram a “doença aguda com mau prognóstico”, 59 (54,1%) relataram a “doença crônica”, e 29 (26,6%) a “necessidade de internamento”.

A maioria dos profissionais relatou que a má notícia deveria ser dada ao paciente e ao familiar, julgou ser importante ter um protocolo para tal ação e considerou-se capacitado para esta comunicação, embora a maioria não conhecesse um protocolo (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento e prática sobre comunicação de más notícias dos profissionais médicos

Conhecimento e prática	Frequência (%)	IIQ
No último mês quantas vezes você precisou comunicar uma má notícia		
Até cinco vezes	61 (56)	46,1-65,4
Cinco a dez vezes	30 (27,5)	19,4-36,9
Mais de dez vezes	18 (16,5)	10,1-24,8
A quem você acha que se deve dar a má notícia		
Paciente	8 (7,4)	3,2-13,9
Familiar	10 (9,2)	4,5-16,2
Ambos	91 (83,4)	75,1-89,9
Você considera importante ter um protocolo de comunicação de má notícia		
Sim	89 (81,6)	73,1-88,4
Não	20 (18,4)	11,5-26,9
Você conhece algum protocolo de comunicação de má notícia		
Sim	19 (17,4)	10,8-25,8
Não	90 (82,6)	74,1-89,1
Você se sente capacitado para comunicar uma má notícia de forma adequada (dois profissionais não responderam)		
Sim	76 (71,0)	61,4-79,3
Não	31 (29,0)	20,6-38,5

IIQ: intervalo interquartil

Discussão

Neste estudo realizado numa cidade do interior do Brasil, que incluiu médicos de diversas especialidades, foi observado que a maioria deles atuava em contexto de emergência. Grande parte (83,4%) relatou que a má notícia deveria ser comunicada ao paciente e seu familiar. Embora 81,6% dos médicos considerassem importante ter um protocolo de comunicação de más notícias, a maioria (82,6%) desconhecia um protocolo e, ainda assim, 71% considerou-se apto a comunicar más notícias. O protocolo mais citado foi o SPIKES.

Quase metade dos profissionais relataram precisar de comunicar má notícia geralmente (47,7%), 17,4% relataram que raramente precisavam, uma vez que a má notícia tem um âmbito extenso, pode ir desde uma notícia de morte ou diagnóstico difícil, até comunicar a um paciente em ambulatório que ele precisará ser internado.¹⁴ Talvez esses profissionais não estejam a reconhecer esta condição de forma

ampla, chamando a atenção para a necessidade de capacitação neste tema. Uma vez não reconhecida como tal, a comunicação de uma má notícia pode ser realizada de maneira não adequada, já que o profissional não se irá preparar ou utilizar algum protocolo definido em seu serviço. Ferraz Gonçalves et al. observaram que entre médicos de família, a frequência relatada de comunicação de má notícia sempre ou geralmente variou de 30 a 69%, para o prognóstico e diagnóstico, respectivamente.¹⁵

A maioria dos profissionais (83,4%) considerou que a má notícia deveria ser comunicada ao paciente e ao seu familiar. Esse dado é expressivo e traz uma reflexão positiva, uma vez que no contexto brasileiro, saber o seu diagnóstico é considerado um direito do paciente, assim como ter um acompanhante durante a comunicação da má notícia também o é.^{16,17} Vogliotti et al. estudaram médicos italianos de diversas especialidades, a respeito do seu ponto de vista sobre a comunicação de más notícias. A maioria dos médicos relatou que o paciente, se mentalmente competente, geralmente deveria ser informado de forma direta sobre a sua condição, e 36,9% relataram ser este um direito humano, o que vai ao encontro do observado no presente estudo.¹⁸ De forma diferente, Oikonomidou et al., realizaram na Grécia um estudo qualitativo com a realização de grupos focais com médicos de várias especialidades, e naquele contexto foi relatado ser frequente a comunicação para a família e o respeito aos desejos da família, incluindo o de não informar o paciente, especialmente no caso do diagnóstico de câncer.¹⁹ Na China, Hahne et al. concluíram que apesar de difícil, ser informado primeiro sobre um diagnóstico de câncer é um direito do paciente e isto deveria ser ajustado à realidade cultural local que, na prática, ainda respeita a decisão baseada na família, embora a legislação chinesa venha empoderando o paciente ao longo dos anos.²⁰

Em relação à dificuldade de comunicar más notícias, 27,5% relataram “iniciar a comunicação” ou “comunicar o problema” como pontos importantes. Na época da colheita de dados, não existiam salas específicas para conferências familiares nos setores da instituição envolvida ou ainda espaços dedicados à privacidade. A despeito disso, os profissionais não deram muita relevância a este aspecto, pois somente 9,2% relataram a falta de ambiente adequado como um dificultador para comunicar má notícia, o que sugere que eles não compreendiam completamente o passo a passo da comunicação, que prevê um espaço adequado para esta ação.^{12,21} Para avaliar

as dificuldades encontradas por profissionais de saúde em diferentes contextos na comunicação de más notícias, Warnock et al. observaram em estudo qualitativo que quatro grupos de dificuldades foram apontadas, relacionadas com a situação, organização, pacientes e familiares. Os autores destacaram a falta de planejamento e de preparo e também a falta de um espaço calmo e privado para esta comunicação como elementos de dificuldade.²² Em estudo realizado em Portugal, com médicos de família, foi evidenciado que 85% destes consideravam comunicar má notícia uma tarefa difícil e somente 40% se sentiam preparados para isto.¹⁵ Lewis et al. avaliaram a oferta de cuidado paliativo hospitalar na Tanzânia e, em relação à comunicação de más notícias, os profissionais que participaram dos grupos focais pontuaram a dificuldade de comunicar de forma empática, sendo esta comunicação reconhecida como um fracasso, conceitos prévios que dificultam o início da comunicação em si.²³ Para mudar esta realidade, estas barreiras à comunicação apropriada precisam ser estudadas e enfrentadas.

Sobre as estratégias utilizadas, a “criação de um plano de cuidados em conjunto com o paciente” foi relatada por apenas 54,1%, e a “preparação das informações antes da consulta” por 53,2% dos profissionais. Esses dados levam a questionar se o diálogo médico-paciente poderá estar prejudicado: preparar-se para comunicar, seja lendo o prontuário e as informações disponíveis, seja alinhar detalhes com a equipe, faz parte da base da comunicação assertiva.¹² A criação do vínculo de confiança entre médico e paciente tem parte importante dentro do processo de comunicar, sendo que o ouvir e o criar em conjunto é parte essencial.²⁴

De forma intrigante, nos profissionais entrevistados, embora 82,6% não conhecesse nenhum protocolo de comunicação de má notícia, 71% se consideraram aptos a fazer esta comunicação. Este resultado suscita algumas questões acerca do entendimento dos profissionais sobre as competências necessárias para esta comunicação de forma apropriada, e até mesmo da sua real habilidade para esta comunicação. Vale ressaltar que o presente estudo avaliou médicos de diversas especialidades, não somente médicos paliativistas ou oncologistas. Em 2007, Bascuñán et al. já haviam chamado atenção, no Chile, que embora a comunicação de más notícias fosse frequente, nenhum treinamento era oferecido para isto, e que na prática esta comunicação se processava pela experiência dos profissionais e pela observação dos outros, necessitando de um

autodesenvolvimento profissional.²⁵ Em 2010 no Irã, Arbabi et al. também revelaram em estudo descritivo com 100 profissionais de um hospital de oncologia que a maioria dos enfermeiros (94%) e médicos (92%) não havia recebido nenhum treinamento nem na graduação nem durante a carreira profissional para a comunicação de más notícias. Ainda assim, 40% destes médicos consideraram a habilidade de comunicar más notícias como boa ou muito boa.²⁶ Um estudo no Brasil, que incluiu graduandos de medicina e residentes que foram questionados sobre a habilidade em comunicar má notícia, 61% consideraram razoável, 18% boa e 5% muito boa. Entretanto, 74% desconheciam algum protocolo de comunicação.²⁷ Novamente, o desconhecimento de um protocolo não causou a autopercepção negativa para comunicar má notícia. Muneer et al. observaram em um estudo realizado no Sudão que 52,5% dos profissionais diziam ter sua própria técnica de comunicar má notícia.²⁸ Karnieli-Miller et al. reforçaram que a comunicação de más notícias é um desafio e requer competências múltiplas dos profissionais, que dificilmente são adquiridas sem treino e sem a utilização de um protocolo.²⁹ Mais recentemente, dos Santos et al., em estudo realizado no Brasil com pediatras e estudantes de medicina, validaram um questionário chamado Escala de Atitudes de Comunicação de Más Notícias, que de forma mais complexa mede a concordância das atitudes destes profissionais com o preconizado pelo protocolo SPIKES e contribui também para a identificação da necessidade de treinamento.³⁰

Sobre o conhecimento de um protocolo de comunicação de más notícias, 81,6% relataram ser importante, e o protocolo mais citado foi o SPIKES. No estudo de Muneer et al., embora uma minoria dos profissionais seguisse algum protocolo, o SPIKES também foi o mais citado.²⁹ Estudos mostram que os médicos que utilizam como base o protocolo SPIKES para comunicar más notícias encontram menos dificuldades nos momentos de o fazer.^{14,31} Um estudo realizado em escolas médicas no Canadá revelou que o protocolo SPIKES é o mais abordado, e as expectativas dos pacientes são atendidas por seus componentes, devendo seu uso ser estimulado.³²

Este estudo tem limitações. A colheita feita num único serviço de saúde e numa única cidade do interior pode limitar a inferência dos resultados. Os resultados do presente estudo refletem a realidade cultural local, devendo ser entendida com cautela em outros contextos culturais. Contudo, grande parte dos médicos que ali trabalham também exercem suas

atividades em outros locais da mesma cidade. Estes dados reforçam a necessidade de estudos adicionais, assim como estratégias de educação continuada em comunicação de más notícias para os médicos.

Conclusões

Concluimos que no grupo de médicos estudado e no contexto cultural local, embora a maioria atuasse em emergência e grande parte entendia que deve comunicar a má notícia ao paciente e sua família, 17,4% relataram que raramente faziam esta comunicação e a maioria desconhecia um protocolo, com 71% dos profissionais a considerarem-se aptos a comunicar más notícias. Entendendo que há lacunas na autopercepção dos médicos, estes achados demonstram que existe a necessidade de medidas educativas em comunicação de más notícias, sendo sugeridas que ocorram desde a graduação até à educação continuada em serviço. 

Conflitos de interesses

Os autores negam conflitos de interesse.

Financiamento

Recursos próprios das pesquisadoras.

Agradecimentos

Agradecemos aos médicos que aceitaram participar da pesquisa e ao hospital participante, no Estado de São Paulo, Brasil.

Referências

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4):302-11.
2. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Martins Fontes; 2017.
3. Alshami A, Douedi S, Avila-Ariyoshi A, Alazzawi M, Patel S, Einav S, et al. Breaking bad news, a pertinent yet still an overlooked skill: an international survey study. *Healthcare (Basel)*. 2020; 8(4):501.
4. Ferreira EA, Brida F, Curcelli EM, Valette CO. Comunicação de más notícias: autopercepção de estudantes de medicina. *Revista Bioética*. 2022; 30(1): 54-62.
5. Johnston FM, Beckman M. Navigating difficult conversations. *J Surg Oncol*. 2019; 120(1):23-9.
6. Páyan EC, Montoya DA, Vargas JJ, Vélez MC, Castaño A, Krikorian A. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news from the specialists' practice perspective. *Colomb. Med*. 2009; 40(2): 158-166.

7. Setubal MSV, Gonçalves AV, Rocha SR, Amaral EM. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology residents think about it? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 39 (10): 552-559.
8. Barbosa M, Del Piccolo L, Barbosa A. Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1104-1110.
9. Schmitz FM, Schnabel KP, Bauer D, Bachmann C, Woermann U, Guttormsen S. The learning effects of different presentations of worked examples on medical students' breaking-bad-news skills: a randomized and blinded field trial. *Patient Educ Couns*. 2018;101(8):1439-1451.
10. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;103(8):1623-1629.
11. Baile WF. Giving bad news. *The oncologist*. 2015; 20(8):852-853.
12. Education in palliative and end-of-life care (EPEC), Participant's handbook. Communicating bad news. EPEC Project, 1999.
13. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021;36(10):3179-3187.
14. Dupont P, El-Dine GP, dos Santos SKZ. Relevância da comunicação de más notícias pelo profissional da saúde de maneira adequada: revisão narrativa. *REAS*. 2021;13(9):e8695.
15. Ferraz Gonçalves JA, Almeida C, Amorim J, Baltasar R, Batista J, Borrero Y, et al. Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. *Porto Biomed J*. 2017;2(6):277-281.
16. Andrade CG, Pinto Costa IC, Freire MEM, Dias TK, Sá França JRS, da Costa SFG. Scientific production about palliative care and communication in online journals: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2): e20190378.
17. Albuquerque A, Soares Neto JAR. Organizações de pacientes e seu papel na implementação de direitos nos cuidados em saúde. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2022;11(1):144-162.
18. Vogliotti E, Pintore G, Zoccarato F, Biasin M, Sergi G, Inelmen EM, et al. Communicating bad news to older patients from the physician's point of view: focus on the influence of gender and length of work experience. *Gerontology*. 2021;1-7.
19. Oikonomidou D, Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Ploumpidis D, Styliani-dis S, Tountas Y. Doctors' perceptions and practices of breaking bad news: a qualitative study from Greece. *Health Commun*. 2017;32(6):657-666.
20. Hahne J, Liang T, Khoshnood K, Wang X, Li X. Breaking bad news about cancer in China: concerns and conflicts faced by doctors deciding whether to inform patients. *Patient Educ Couns*. 2020;103(2):286-291.
21. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. JHU Press; 1992.
22. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *J Adv Nurs*. 2017;73(7):1632-1645.
23. Lewis EG, Oates LL, Rogathi J, Duinmaijer A, Shayo A, Megiroo S, et al. "We never speak about death." Healthcare professionals' views on palliative care for inpatients in Tanzania: a qualitative study. *Palliat Support Care*. 2018;16(5):566-57.
24. Villar NPG, Stoco ALRC, Leporace AC, Teodoro BA, Costa IG, Azevedo KA, Silva LGV, Figueiredo RO. A importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis. *REAC [Internet]*. 2021 jun 3 [citado 2022 set 30];27:e7103. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/7103>
25. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Giving bad news in medicine: an exploratory study. *Rev Med Univ Navarra*. 2007;51(2):28-31.
26. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry*. 2010;5(4):128-33.
27. Vogel KP, Silva JHG, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019; 43(1): 314-321.
28. Muneer MS, Elhassan AE, Osman AM, et al. Breaking bad news from the doctors' perspective in a paternalistic society: the case of Sudan. *Trop Doct*. 2018;48(4):340-344. doi:10.1177/0049475518795765
29. Karnieli-Miller O, Palombo M, Meitar D. See, reflect, learn more: qualitative analysis of breaking bad news reflective narratives. *Med Educ*. 2018; 52(5): 497-512.
30. dos Santos KL, Gremigni P, Casu G, Zaia V, Montagna E. Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC Medical Education*. 2021;21:196.
31. Lino CA, et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):52-57.
32. Mirza RD, Ren M, Agarwal A, Guyatt GH. Assessing patient perspectives on receiving bad news: a survey of 1337 patients with life-changing diagnoses. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10(1):36-43.