



ARTIGO DE REVISÃO

COMUNICANDO NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

COMMUNICATING DIFFICULT NEWS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Rodrigo Barbosa Longuinho e Silva¹

RESUMO

Este artigo procura discutir distintas abordagens que envolvem a comunicação de notícias difíceis no ambiente de terapia intensiva, considerando algumas de suas estratégias, a visão médica e a visão de pacientes e familiares envolvidos.

Dentro de uma proposta de revisão simples da literatura, foi realizado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medline, Embase, LILACS, COCHRANE, Controlled Trial Database, SciSearch, sendo selecionados artigos referentes ao tema proposto até agosto de 2014.

Qualquer informação adversa que afeta seriamente a visão de um indivíduo e de seu futuro pode ser definida como má notícia. Sua transmissão implica, direta ou indiretamente, em alguma alteração negativa na vida de quem as recebe. Por se tratar de uma tarefa difícil e estressante, muitos médicos a evitam ou a realizam de maneira inadequada. Esse fato promove consequências negativas para os próprios médicos, para o paciente e seus familiares. Dentre as estratégias descritas pela literatura, encontram-se o protocolo *SPIKES* e o estudo do programa italiano *PERCs*.

Uma boa relação entre as partes constrói um canal de comunicação essencial para a transmissão de notícias difíceis, de forma clara e honesta, sem falsas esperanças, lidando com a possibilidade de deixar os pacientes escolherem o que querem saber. Deve-se, portanto, aprender a importância do silêncio respeitando a vontade da pessoa de quem se está transmitindo qualquer informação.

Descritores: boletim médico. transmitindo notícias difíceis. unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

This article discusses different approaches involving the communication of bad news in an intensive care unit setting, considering some strategies, the medical view and the view of patients and families involved.

Within a proposal of a simple revision of literature, it was consulted the following bibliographic electronic databases: Medline, Embase, LILACS, COCHRANE, Controlled Trial Database, SciSearch. It was selected articles concerning the proposed topic until August 2014.

Any adverse information that seriously affects the vision of an individual and its future can be defined as bad news. Its transmission means, directly or indirectly, in any adverse change in the lives of those who receive them. Many doctors avoid or perform improperly because it is considered a difficult and stressful task. This fact promotes negative consequences for themselves, for the patient and their family. Among the strategies described in the literature, we have the *SPIKES* protocol and the study of the Italian program *PERCs*.

¹ Mestre em Gestão em Tecnologia e Inovação em Saúde pelo Hospital Sírio Libanês – São Paulo/SP. Médico especialista em Terapia Intensiva pela AMIB/AMB. Médico Coordenador na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Bom Jesus – Ituporanga/SC.



A good relationship between the parties creates an essential channel of communication to the transmission of bad news, clearly and honestly, without false hope, dealing with the possibility of letting patients choose what they want to know. Therefore, we should learn the importance of silence respecting the will of the person from whom you are transmitting any information.

Key words: medical informative. breaking bad news. intensive care unit.

INTRODUÇÃO

A comunicação de uma notícia difícil é uma prática comum de prática clínica diária para quem realiza cuidados de saúde. Para pacientes e familiares, este diálogo tem um impacto duradouro sobre a sua percepção da qualidade do atendimento, a sua capacidade de enfrentamento e seu processo de luto¹⁻³. Para os médicos em geral, a comunicação de uma notícia difícil traz a esperança de diminuir ou agravar o sofrimento do paciente e da família. Estes também temem ser responsabilizados por qualquer pronunciamento considerado inadequado, não sabendo o que dizer, ou desencadeando respostas emocionais com as quais não estejam preparados em lidar⁴.

Médicos e profissionais de saúde muitas vezes escondem o diagnóstico e prognóstico para pacientes gravemente doentes, a fim de manter sua esperança⁵⁻⁶. Por estas razões, não é incomum que médicos adiem, evitem ou deleguem a comunicação de notícias difíceis.

A comunicação estabelecida entre profissionais da área de saúde e familiares tem sido motivo de profundas discussões dentro do cenário da Medicina Intensiva. O boletim médico (BM) realizado diariamente dentro da dinâmica de algumas unidades de terapia intensiva (UTI) aparece como uma alternativa para se construir uma relação de confiança, transparência e segurança entre as partes. Este permite que familiares e amigos autorizados recebam informações sobre a evolução clínica, programações e prognósticos dos pacientes internados.

A forma com que profissionais de saúde procuram se comunicar com familiares e pacientes lúcidos envolve comprometimento e atenção. Muitas vezes, porém, se observa grande fragilidade entre as partes envolvidas neste processo de comunicação. Podemos encontrar médicos desconectados com o propósito deste momento, apresentando um discurso econômico, e deixando de atender às expectativas frente ao esclarecimento de dúvidas. Sabe-se que familiares de pacientes transferem ao profissional médico o gerenciamento da vida de seus entes queridos, depositando neste profissional plena confiança, responsabilidade e segurança.

Muitas vezes, o medo, a desconfiança e a insegurança superam a capacidade de diálogo, estabelecendo-se, desta forma, uma comunicação também fragilizada e propiciando o aparecimento de possíveis conflitos.



O presente artigo propõe-se a estudar a comunicação entre profissionais médicos e familiares dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, e contribuir para que esta comunicação ocorra de forma harmoniosa, segura e transparente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Dentro de uma proposta de revisão simples da literatura, foi realizado levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medline, Embase, LILACS, COCHRANE, Controlled Trial Database, SciSarch, sendo selecionados artigos referentes ao tema proposto até agosto de 2014. Foram consultadas as fontes documentais de referência nas áreas de medicina intensiva, oncologia e cuidados paliativos.

RESULTADOS

Má notícia pode ser definido como "qualquer informação adversa, que afeta seriamente a visão de um indivíduo e de seu futuro"⁷. Em cada especialidade médica, a informação desagradável tem sido fornecida a pacientes e seus familiares em distintos momentos, sendo um aspecto da assistência médica cujos avanços tecnológicos não têm sido capazes de evitar⁸.

Desde os anos 1980, a medicina tem se preocupado com a forma de transmissão das notícias ruins. A maioria dos estudos evidenciados na literatura afirma que se a notícia for entregue de uma forma otimizada, a compreensão por parte do paciente estará aumentada, minimizando o choque da notícia e possibilitando escolhas sábias a respeito de sua terapêutica⁹. Entretanto, foi em 1979 que a necessidade de familiares cujos pacientes encontravam-se numa unidade de terapia intensiva, passou ser o foco de inúmeras discussões para identificar determinantes de satisfação para cada família estudada. Os resultados sugeriam que os membros das famílias desejavam honestidade, inteligibilidade, pontualidade das informações, políticas de visitação liberadas e a garantia de que seus entes queridos estariam sendo assistidos por pessoas competentes e compassivas¹⁰.

VISÃO DO PACIENTE

“Aquilo que é dito é apenas uma parte do processo do paciente de conhecer”⁹. Trata-se apenas sua interpretação. As pessoas procuram dicas externas sobre "o que está por vir", quando a informação está prestes a ser dita, incluindo a presença de pistas disponíveis, a fim de prever a natureza da notícia. O paciente e seus parentes analisam a postura do médico que se aproxima para transmitir a notícia. Aqueles têm a capacidade de ler a face do médico ("parecia grave"), procurando índices de algum senso de gravidade, não necessariamente na palavra do profissional, mas, no preâmbulo da narração real, no tom de voz, habilitando-os a "preparar" para a notícia real⁹.



Surpreendentemente, os pacientes podem preferir se descobrir por conta própria, mesmo que isto signifique obter tal informação por meios externos ao invés de serem formalmente informados. Podem identificar pistas a partir das mudanças de comportamento de parentes, sendo estes sinais disparadores de sinais de alerta; pacientes relatam serem tratados de forma diferente, de forma especial ou como um como um bebê. Estes são indicadores válidos e reais de más notícias⁹.

As más notícias podem ser percebidas como uma agressão física sentida pelo próprio paciente os quais podem realmente ser incapazes de ouvir as palavras do médico ou compreender o que está sendo dito. Podem entrar em colapso, choque, ou até desmaiar. Devido a estes tipos de reações, é que alguns médicos aconselham os pacientes para trazerem acompanhantes às consultas. A presença de familiares colabora na recordação das informações médicas fornecidas⁹.

Audição e compreensão não necessariamente ocorrem instantaneamente, nem simultaneamente com os dizeres, mesmo para aqueles que sejam capazes de ouvir as palavras. Sabe-se que é preciso tempo para assimilar as informações fornecidas⁹.

Alguns indicadores de uma boa comunicação de notícias difíceis, foram identificados por familiares e pacientes, e considerados como adequados: conhecimento por membros da família sobre o papel específico de cada cuidador na UTI; a relação de pacientes para cada enfermeira inferior a três; as informações fornecidas por um médico júnior; ausência de contradições percebidas nas informações dadas pelos cuidadores; saber o tempo suficiente que cada cuidador deve prestar; informações e ajuda proporcionadas pelo médico intensivista¹⁰.

Dentro das expectativas e percepções desenvolvidas pelos pacientes pode-se dizer que a maioria dos familiares e pacientes manifesta desejo de que as informações ruins sejam transmitidas imediatamente quando identificadas, de forma verbal, em ambiente confortável, privado, isento de interrupções, grande o suficiente para que possa acomodar familiares e conhecidos. As informações devem ser transmitidas com toda honestidade, devendo conter diagnóstico, chances de cura, efeitos colaterais da terapêutica proposta e uma estimativa real do quanto tempo ainda têm de vida. Aos médicos cabe solicitar aos pacientes em condições, a permissão explícita para fornecer as notícias ruins. É preferível que a comunicação entre médicos e familiares seja fornecida com o paciente centrado, uma vez que esta condição promove desfechos positivos em aspectos cognitivos, evolutivos e emocionais⁸.

VISÃO DO MÉDICO

Aspectos culturais a favor e contra a ocultação diagnóstica, envolvimento familiar na tomada de decisões, e o respeito aos desejos dos pacientes foram discutidos de forma genérica, como resultado de múltiplas perspectivas expressadas por alguns médicos⁹.



Evidencia-se na literatura uma importante discussão sobre abordagem de médicos juniores e médicos seniores na comunicação de notícias difíceis dentro da unidade de terapia intensiva.

Profissionais médicos juniores apresentam abordagens diferentes quando comparados às abordagens dos médicos seniores ao transmitirem más notícias dentro da unidade de terapia intensiva. A grande questão diz respeito ao poder de enfrentamento e às estratégias utilizadas por estes distintos grupos durante as abordagens diante dos familiares. Os profissionais seniores tendem a utilizar um enquadramento cognitivo focado em experiências negativas dos pacientes para manter sua própria perspectiva positiva, intelectualizando o processo. Estão mais propensos a utilizar estratégias de enfrentamento focadas no problema, objetivando controlar e otimizar os desafios da tarefa de transmitir más notícias, fazendo desta uma ferramenta de controle de seu trabalho. Os médicos juniores têm um poder de enfrentamento global maior, estressando-se menos durante o momento do boletim médico. São mais objetivos e raramente se reportam à família utilizando enquadramento cognitivo para ajudá-las a lidar com as más notícias¹¹. A partir de ferramentas disponibilizadas na literatura médica, tanto médicos juniores como seniores apresentam capacidade na comunicação de notícias difíceis¹².

ESTRATÉGIAS

A literatura oferece poucas orientações sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática para o médico e ao mesmo tempo focalizando a atenção no paciente¹³. O protocolo *Spikes*¹⁴ descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias (Quadro 1). O primeiro passo (*Setting up*) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (*Invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (*Knowledge*) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

O estudo do programa italiano *PERCS*¹⁵ - *Program to Enhance Relational and Communication Skills* - permitiu aos participantes, o aprimoramento da capacidade de comunicação, preparação, habilidades e confiança na realização de conversas difíceis. Este programa inserido dentro contexto educacional intra-hospitalar contribuiu para que os participantes relatassem aprendizagem comunicação de habilidades, tais como iniciar conversas com a indagação sobre preocupações do



paciente, reconhecendo o valor do silêncio, aproximassem as conversas de forma gradual, confrontando as emoções das pessoas, e um fortalecimento do compromisso com o trabalho em equipe interdisciplinar. A validação das habilidades pré-existentes, combinada com a descoberta de novas técnicas de comunicação, foram descritas pelos participantes como fortalecedora. O aumento da sensação de preparo e da confiança inspirado no PERCs pode melhorar a vontade dos médicos em se envolver diretamente em conversas difíceis, em vez de evitar ou delegá-las¹⁵.

DISCUSSÃO

As unidades de terapia intensiva podem ser vistas como uma fonte enriquecida para o aprendizado e experiência no campo da comunicação e ética, através das quais se busca a otimização do conhecimento e o contínuo aprimoramento das habilidades envolvidas na comunicação de notícias difíceis¹².

Entretanto para que cheguemos a esta maturidade profissional na transmissão de notícias difíceis, alguns passos precisam ser dados. O primeiro deles é assumirmos como médicos, o controle nas relações de comunicação. Ao assumirmos tal controle, não permitimos que nossos medos, fragilidades e inseguranças os assumam por nós. Podemos liderar nossas atitudes e nos reconhecemos a cada decisão tomada. É necessário caminharmos alinhados com nossa auto-estima, nossos pontos fortes e crenças fortalecedoras. Assim, o emissor de um processo de comunicação consegue promover a segurança, esperança e conforto necessários a pacientes e familiares, para permanecerem seguindo em frente.

O segundo passo é entendermos o processo de comunicação como resultado de algumas variáveis. As palavras representam aproximadamente 7% daquilo que realmente influencia o comportamento humano; a qualidade da voz representa 38% daquilo que influencia outro ser humano; e a fisiologia representa 55% e, desta forma, a maneira como usamos nosso corpo é o item que mais influencia pessoas quando se comunicam¹⁶.

O terceiro passo é compreender que cada paciente ou familiar com quem lidamos, são pessoas completamente diferentes. Trazem consigo outras histórias, outros hábitos, crenças, experiências, outra cultura e processo educacional. Portanto, podem apresentar interpretações distorcidas e generalizadas daquilo que lhes é transmitido como informação. E o oposto também ocorre. Médicos também criam suas interpretações e generalizações no processo de comunicação.

Parte de nossa cultura e educação nos ensina que uma notícia difícil pode nos aproximar diretamente da sensação de efemeridade, de perda e subtração. Como algo temeroso e assustador e de



difícil compreensão. E quando este medo comanda o pensamento, evitar ou delegar sua abordagem tem sido a prática mais comum.

Sabemos que é necessário abordar os familiares e pacientes diante de uma notícia difícil. Em diversas áreas da Medicina e demais especialidades da área da saúde, esta prática tem se tornado cada vez mais necessária. A sistematização deste processo ajuda compreendê-lo melhor e intervir de forma consciente, empática, respeitando as evidências previamente definidas. A literatura médica caminha progressivamente na construção do conhecimento que envolve a comunicação de notícias difíceis. Porém, mais estudos são necessários para complementar a melhor metodologia a ser empregada.

Segundo o estudo *PERCS*¹⁵, é possível adaptar culturalmente oportunidades de aprendizagem envolvendo a experiência relacional e ética profissional dos alunos. Os participantes quando submetidos ao treinamento, costumam apreciar a pedagogia inovadora do programa com base no *feedback* do grupo, da experiência e aprendizagem interdisciplinar, e da perspectiva do paciente. O aumento da sensação de preparação e confiança inspiradora pode melhorar a vontade dos clínicos em se envolver mais diretamente em conversas difíceis, ao invés de evitar ou delegá-las¹⁵. Implementar processos de educação profissionais continuada e permanente dentro deste tema contribuiria para que médicos refletissem e tornassem sua prática profissional mais prazerosa, acolhedora e envolvente.

Pesquisas médicas sobre como comunicar más notícias têm sido pouco conclusivas. A chave para dar más notícias não é através de uma fórmula para uma entrega perfeita, mas a compreensão do paciente. Esta compreensão não acontece instantaneamente. É preciso tempo. Não importa quão gentilmente a notícia seja entregue, ela provoca profundas modificações e adaptações no interior de quem as recebe⁹.

A forma como o profissional de saúde fornece a má notícia define uma marca intransferível sobre a relação médico-paciente¹⁷. Desta forma, uma boa relação entre as partes constrói um canal de comunicação essencial para a transmissão de notícias ruins⁸. Isso é fundamental para a prestação de cuidados médicos de alta qualidade afetando diretamente a satisfação do paciente, diminuindo o uso de analgésicos, encurtando o período de internação hospitalar, melhorando a recuperação diante de um procedimento cirurgia e os desfechos biológicos, psicológicos e sociais¹⁸.

As abordagens sistematizadas para transmissão de más notícias elevaram a satisfação familiar gerando menos conflito entre as partes. Muitos médicos reconheceram que tinham habilidades relacionais, que foram relevantes e confiáveis, mas que nunca antes esta prática havia sido profissionalmente validada ou incentivada pela cultura médica¹⁵.

A maioria dos médicos, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia¹⁹. O profissional tende a fornecer respostas vagas,



minimizando, muitas vezes, a real gravidade. A reação do paciente depende de fatores como personalidade, crenças religiosas, apoio familiar e contexto cultural em que vive. Nem sempre o médico tem a oportunidade de conhecer esses aspectos antes de comunicar uma má notícia. Há que se considerar também que uma parcela significativa dos pacientes não deseja saber sobre seu diagnóstico, havendo, assim, uma dificuldade adicional para o médico de identificar esse tipo de desejo e respeitá-lo²⁰.

Uma das tarefas mais difíceis é reagir às emoções dos pacientes. Muitas vezes, os médicos não são capazes de responder adequadamente aos sentimentos expressos pelo paciente ou até mesmo de identificá-los²¹. Emoções comuns, como o medo e o desgosto, podem ser interpretadas como raiva contra o próprio médico²².

Não são incomuns situações difíceis envolvendo familiares do paciente. O médico pode se encontrar no dilema de revelar, ou não, uma informação adversa a um paciente cujos familiares solicitam que nada seja dito a este. É prudente lembrar que o compromisso do médico é com o paciente mais que com seus familiares, principalmente se o médico identifica no paciente o desejo de escutar todas as informações.

Não obstante, por vezes o paciente demonstra falta de interesse em receber informações a respeito de seu quadro, apesar das oportunidades apresentadas. Há ainda casos em que o paciente não é considerado capaz de entender as notícias. Nesses casos, justifica-se a comunicação das informações à família²².

Sugere-se que médicos juniores e seniores tenham a oportunidade de trabalharem juntos. Para aprimorarem as habilidades de comunicação e adquirirem vivência na área e compartilhem experiências. Cada qual inserido em seu foco de visão e tempo de atuação. A convivência entre médicos juniores e seniores pode ser uma grande alternativa a ser considerada no desenvolvimento de estratégias de como se comunicar notícias difíceis, assegurando aos familiares, o recebimento informações adequadas. Os médicos seniores podem apoiar os juniores na busca por melhores habilidades de comunicação através da troca de conhecimento, fornecendo um retorno sobre o seu desempenho e possíveis contribuições frente ao posicionamento emocional desenvolvido¹².

Técnicas e estratégias de abordagem para se transmitir más notícias são descritas levando em consideração as expectativas e percepções dos médicos^{5,11} e dos pacientes⁸. Diante da falha de qualquer estratégia em resolver uma situação de estresse, a necessidade em se começar o processo novamente, resultará em provável mudança da avaliação cognitiva, e conseqüente aprendizado¹¹.



CONCLUSÃO

Muitas técnicas, empíricas ou sistematizadas, pouco conhecidas ou já validadas pela literatura, envolvendo conhecimentos da cognição e da comunicação têm sido descritas e aplicadas por profissionais intensivistas no momento de se comunicar notícias difíceis. À medida que se depara com uma nova oportunidade para transmiti-la, o médico tem a oportunidade de melhorar seu desempenho. A prática constante proporciona a este profissional um aprimoramento contínuo. Dificuldades e erros podem ocorrer. Compreendê-los e desenvolver novas estratégias, faz parte do processo de autoconhecimento, autopercepção, desenvolvimento pessoal e aprendizado.

A literatura médica oferece algumas alternativas estratégicas já sistematizadas. Muitas a serem consideradas. Outras ainda insuficientes para se compreender e se posicionar diante deste universo tão complexo que é a comunicação de notícias difíceis.

Desta forma, cabe ao médico oferecer informações através de uma comunicação clara e honesta, sem falsas esperanças. Lidar com a possibilidade de deixar os pacientes escolherem o que querem saber. Aprender a importância do silêncio respeitando a vontade da pessoa para quem se está transmitindo qualquer informação. Lembremo-nos de que nada na vida possui qualquer significado exceto o significado que atribuímos a ela. E a qualidade da vida de uma pessoa pode ser expressa pela qualidade de sua comunicação.

FIGURAS

Quadro 1. O Protocolo SPIKES¹³.

S	<i>Setting up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Percebendo o paciente
I	<i>Invitation</i>	Convidando para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitindo as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressando emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumindo e organizando estratégias

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo presente da vida. Aos meus amados, esposa, filho e filha; obrigado pela paciência, compreensão, entendimento e por acreditarem em nosso potencial como



família; há sempre um novo pôr do sol no dia seguinte. Aos professores envolvidos neste projeto, agradeço pelo tempo destinado a minha formação pessoal. À equipe do Hospital Bom Jesus, agradeço pela confiança depositada na construção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, *et al.* Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:987–994.
2. Meyer EC, Burns JP, Griffith JL, Truog RD. Parental perspectives on end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30:226–231.
3. Mack JW, Hilden JM, Watterson J, Moore C, Turner B, Grier HE, Weeks JC, Wolfe J. Parent and physician perspectives on quality care at the end of life in children with cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23:9155–9161.
4. Buckman R. Breaking bad news. Why is still so difficult? *BMJ.* 1984;288(6430):1597–1599.
5. Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2004;52:165–172.
6. Surbone A. Information to cancer patients: Ready for new challenges? *Support Care Cancer.* 2008;16:865–868.
7. Buckman R. How to Break Bad News: A guide for healthcare professionals. *New England J Med* 1992. 329: 223.
8. Ishaque S, Saleem T, Khawaja FB, Qidwai W. Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. *J Pak Med Assoc.* 2010;(60) 5:407-411.
9. Janice M. Breaking bad news. *J Med Humanit.* 2011;32:187–211.
10. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, *et al.* Meeting the need of intensive care unit patient families. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;63:135–139.
11. Joanne M. Shaw JM, Brown RF, Dunn SM. A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Educ Couns.* 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.006>.
12. Moreau D, Goldgran-Toledano D, Alberti C, *et al.* Junior versus Senior Physicians for Informing Families of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;169: 512–517.
13. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Solomon L, Meyskens FL. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *Am Fam Physician.* 2008;77(2):167-74.



14. Baile WK, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Ku-delka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*.2000;5(4): 302-311.
15. Lamiani G, Meyer EC, Leone D, *et al.* Cross-cultural adaptation of an innovative approach to learning about difficult conversations in healthcare. *Med Teacher*. 2011;33(2):57-64. doi: 10.3109/0142159X.2011.534207. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21275534.
16. Schiavo, R. Health communication: from theory to practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.
17. Breaking Bad News: Regional Guidelines. 2003. Developed from Partnerships in Caring, Department of Health Social Services and Public Safety HMSO Belfast. (Online) Cited 2013 September 24. Available from URL: http://www.dhsspsni.gov.uk/breaking_bad_news.pdf.
18. Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo AA. A Quantitative Survey of Intern's Knowledge of Communication Skills: an Iranian Exploration. *BMC Med Educ*. 2005;5:6.
19. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists. Attitudes Toward and practices in Giving Bad News: An Exploratory Study. *J Clin Oncol*.2002;20(8):2189-96.
20. Díaz FG. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva* 2006;30(9):452-9.
21. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):331-335.
22. Leal F. Transmissão de más notícias: Dossier Cuidados Paliativos. *Rev Port Clin Geral*. 2003;19:40-43.