

Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias

Using the Spikes Protocol to Teach Skills in Breaking Bad News

Carolina Arcanjo Lino¹
Karine Lustosa Augusto¹¹
Rafael Andrade Santiago de Oliveira¹¹
Leonardo Bezerra Feitosa¹
Andrea Caprara¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Revelação da Verdade.
- Relações Médico-Paciente.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Truth Disclosure.
- Physician-Patient Relations.

RESUMO

O termo “*má notícia*” designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes. Por ser uma tarefa tão estressante, muitos médicos a evitam ou a realizam de maneira inadequada. Esse fato traz inúmeras consequências negativas para o paciente e seus familiares. Embora seja objeto de estudo em diversos cursos de Medicina em nível internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no contexto brasileiro. O protocolo Spikes descreve de maneira didática seis passos para comunicar más notícias. Esses passos foram utilizados em aula para alunos do terceiro semestre do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará. Em seguida, os alunos avaliaram o método por meio de perguntas abertas. De maneira geral, foi considerado um modelo válido, apesar de serem consideradas possíveis limitações, como a necessidade de ser individualizado e adaptado a cada situação.

ABSTRACT

The term “*bad news*” refers to any information transmitted to patients or their families that directly or indirectly involves a negative change in their lives. Since breaking bad news is a stressful task, many physicians either avoid it or perform it inadequately. This situation has numerous negative consequences for patients and their families. Although the topic has been the object of study in various medical schools around the world, it has still received little attention by faculty and students in Brazil. The SPIKES protocol provides a didactic six-step approach for breaking bad news. These steps were used in the classroom by third-semester medical students at the State University of Ceará, Brazil. The students then evaluated the method using open-ended questions. The method was generally considered valid, despite possible limitations like the need for individualization and adaptation to each specific situation.

Recebido em: 27/02/2010

Reencaminhado em: 03/08/2010

Aprovado em: 05/08/2010

¹ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

¹¹ Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O termo “má notícia” designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes. É importante que seja definido do ponto de vista do paciente: a notícia recebida por este é considerada desagradável em seu contexto¹. Dessa forma, embora normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode tratar de patologias menos dramáticas, mas também traumatizantes para o paciente. Por exemplo, inclui um diagnóstico que imporá mudanças na vida do paciente, como diabetes num adolescente ou cardiopatia num atleta, uma resposta inadequada a determinada terapêutica, uma necessidade de tratamento ou procedimento em momento inoportuno na vida do paciente, etc². Vê-se, então, que o ato de transmitir más notícias provavelmente estará presente em algum momento da atuação profissional da maioria dos médicos.

A literatura oferece algumas orientações gerais sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática para o médico e ao mesmo tempo focalizando a atenção no paciente³. A maioria dos médicos, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia⁴. Sabemos que o resultado nem sempre é satisfatório. Apesar de ser objeto de estudo em muitos cursos de Medicina em nível internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no Brasil⁵⁻⁷.

O protocolo Spikes⁸ 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 presente estudo tem como principal objetivo avaliar o uso do modelo Spikes para o ensino de habilidades comunicacionais na transmissão de más notícias entre alunos de Medicina do terceiro semestre da Universidade Estadual do Ceará (Uece).

QUADRO 1
O protocolo Spikes⁸

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

Procuramos identificar as possíveis falhas do método, sua aplicabilidade em nosso meio e a aceitação dos alunos diante do que foi exposto. Além disso, buscamos levantar a discussão em torno do tema da transmissão de más notícias e do ensino de habilidades comunicacionais na Medicina.

METODOLOGIA

No desenvolvimento de nosso trabalho, foram realizadas entrevistas abertas com os estudantes de Medicina do terceiro semestre para penetrar e compreender as percepções deles sobre o protocolo. A pesquisa foi realizada por outros alunos de semestres mais avançados e que participam do grupo de Humanidades do curso de Medicina da Uece^{9,6}. Este grupo procura estudar temas acerca da relação médico-paciente e suas implicações. Uma das atividades do grupo é montar e ministrar aulas para alunos de outros semestres do curso. Os passos do protocolo Spikes foram utilizados em aula para alunos do terceiro semestre do curso de Medicina da Uece. O universo da pesquisa é constituído por 38 alunos de uma turma do quarto semestre do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (Uece), que haviam estudado o modelo Spikes no terceiro semestre, na disciplina de Ciências Sociais, em 2007. Na oportunidade, além das aulas teóricas semanais, recursos motivacionais foram acrescentados ao cronograma da disciplina, colocando os alunos frente a situações-problema⁶, fazendo-os tomar decisões e prever suas consequências.

Nesse universo de entrevistados, 20 estudantes de ambos os sexos aceitaram responder a um questionário composto de duas perguntas abertas relacionadas aos objetivos da pesquisa (Quadro 2). A pergunta inicial tinha como objetivo avaliar a opinião do aluno sobre o modelo Spikes: “O que você acha do modelo Spikes apresentado no semestre passado?”. A segunda buscava compreender o grau de importância atribuído ao modelo para o futuro profissional dos alunos entrevistados: “Você acha que pode ser um instrumento útil para seu futuro trabalho de médico? Explique como”.

QUADRO 2

Perguntas abertas feitas aos estudantes entrevistados

1	O que você acha do modelo Spikes apresentado no semestre passado?
2	Você acha que pode ser um instrumento útil para seu futuro trabalho de médico? Explique como.

Após a coleta, todas as respostas de cada entrevistado às perguntas abertas foram transcritas em formato de texto. Por meio de análise de conteúdo¹⁰, procedeu-se à identificação das categorias principais: transmissão de más notícias; pontos positivos do modelo; aspectos do protocolo a serem melhorados; despreparo dos médicos sobre o tema. Leituras múltiplas das respostas permitiram uma compreensão mais abrangente do ponto de vista dos estudantes.

Foram cumpridas as determinações da Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde — CNS) sobre pesquisa com seres humanos, e a coleta de dados se iniciou após aprovação do projeto, elaborado de acordo com as diretrizes do CNS, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em que o estudo foi realizado. A participação dos estudantes ocorreu de forma anônima, voluntária e com consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Com base nas respostas à primeira pergunta aberta, percebeu-se que muitos alunos tentaram classificar o modelo usando expressões como “guia”, “metodologia”, “protocolo”, “roteiro”, “ferramenta”, “instrumento” ou o próprio termo “modelo”, já contido na pergunta.

Também em relação à primeira pergunta, dos 20 que responderam ao formulário somente uma minoria preferiu não opinar sobre o modelo Spikes, apenas explicando o que sabe sobre o assunto. “É um modelo desenvolvido para orientar estudantes e profissionais” e “Ele possui seis passos que visam preparar o médico e o paciente” são exemplos desse caso.

A maioria opinou sobre o assunto, ressaltando apenas pontos positivos em sua resposta, com trechos como: “Um modelo prático e fácil de aplicar”, “Bastante simples e contendo abordagem humanística sobre o assunto”, “Aborda em etapas bem desenvolvidas a maneira de conduzir a transmissão de más notícias”, “forma ideal para lidar com os pacientes”.

Alguns estudantes ressaltaram pontos tanto negativos quanto positivos em sua resposta, um deles utilizando expressões como “ajuda no desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente” e “o modelo parece fechado nas suas etapas”. Este ainda apresentou uma recomendação: “Acredito que a relação médico-paciente depende do contexto socio-

cultural de cada paciente, devendo o modelo ser moldado a cada consulta”. O segundo utilizou as seguintes declarações: “É um modelo interessante” e “[...] limitado, pois muitos dos seus princípios são intuitivos”.

Um acadêmico comentou apenas aspectos negativos a respeito do Spikes, com as seguintes expressões: “um pouco sistematizado demais”, “é muito racional”, e ainda ofereceu um conselho para a melhoria do modelo: “Deveria ter mais prática para os médicos poderem ter mais base sentimental e menos racional”.

Em relação à segunda pergunta, todos os estudantes afirmaram que sim. Dentre eles, quatro enfatizaram o fato de que a má notícia é comum na área médica, sendo importante aprender modos de transmiti-la. Utilizaram frases como: “As más notícias estão sempre presentes no cotidiano do médico, e ter um instrumento assim protocolado facilita o nosso trabalho”, “A transmissão de más notícias é uma prática muito comum na Medicina. É importante ter uma noção de como lidar com o paciente em uma hora dessas” e “ele nos prepara para enfrentar situações difíceis, mas frequentes”.

Alguns estudantes destacaram o despreparo de muitos médicos na transmissão de más notícias: “O médico realmente não sabe como se comportar durante o procedimento”, ressaltando o fato de que faltaram instruções adequadas durante a vida acadêmica: “Os estudantes normalmente não recebem muita orientação sobre esse assunto”.

O fato de a transmissão de más notícias ser desagradável, tornando-se difícil para o médico, foi ressaltado por quatro estudantes. Foram utilizadas expressões como: “a transmissão de más notícias sempre é uma responsabilidade desagradável para o médico” e “dá uma base de como lidar com notícias desagradáveis para médico e paciente”.

A melhoria na relação médico-paciente e na humanização da transmissão da má notícia mediante o uso do modelo Spikes foi destacada por três estudantes: “é importante para melhorar a relação médico-paciente” e “é um modelo útil para humanizar a nossa relação com as pessoas que necessitam do nosso serviço”.

Um acadêmico utilizou a seguinte frase: “facilita a adesão do paciente à terapêutica”, o que enfatiza um dos objetivos que o modelo Spikes esperava alcançar ao ser desenvolvido.

Embora todos tenham afirmado que o modelo é útil, alguns estudantes fizeram estas ressalvas: “Não substitui o bom senso e a experiência do médico”, “precisa ser mais emocional para ser mais eficiente”, “dependerá muito da especialidade médica que eu seguirei” e “realizando vivências com outros médicos para saber suas opiniões e dificuldades e, assim, poder aperfeiçoar mais ainda o modelo Spikes”.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que a maioria dos alunos encarou o protocolo de forma positiva. De forma geral, parecem considerar o modelo de seis passos como um guia que facilita o processo de transmissão de más notícias. Esse mesmo aspecto é visto como um ponto positivo, no sentido de auxiliar de forma prática esse processo, e negativo, limitando e restringindo a liberdade do médico nesse momento.

Como limitação do estudo, deve-se considerar que as perguntas foram aplicadas alguns meses após o treinamento oferecido, quando os alunos já se encontravam no semestre seguinte. Isto pode ter distorcido algumas respostas. Por outro lado, acreditamos que aplicar o estudo logo após o treinamento no método também não seria conveniente, visto que poderíamos obter muitas respostas positivas, não tendo havido tempo para reflexão sobre o método e até mesmo para sua utilização na prática.

Além disso, poder-se-ia questionar a abordagem do assunto em momento que poderia ser considerado prematuro na carreira médica (segundo ano do curso), ainda um tanto longe do contato mais próximo e continuado com pacientes, o que só ocorre, na maioria dos currículos no Brasil, nos últimos dois anos. No entanto, entendemos que essa abordagem "prematura" é a desejada, visto que procura discutir o assunto antes que o aluno se encontre em situação similar, preparando-o para esse momento. Além disso, os alunos refletem sobre situações vivenciadas em aulas práticas, em estágios e até mesmo em experiências pessoais ou com familiares.

Assim como para o paciente, o ato de transmitir uma notícia desagradável é desconfortável também para o médico por vários motivos. Primeiramente, este se vê na situação difícil de lidar com emoções experimentadas pelo paciente e suas reações. Além disso, na maioria dos casos, o profissional de saúde se relaciona também com os familiares do paciente, o que pode ser fonte adicional de estresse. Por outro lado, o médico também deve lidar com as próprias emoções e receios, devendo enfrentar sua própria finitude. Some-se a isso o fato de que a maioria deles não recebeu treinamento formal durante a formação profissional que oferecesse mais segurança ao transmitir más notícias¹¹.

Existe a opinião de que o paciente poderá não suportar uma notícia ruim, afetando, assim, a evolução de seu quadro clínico negativamente; ou ainda de que o paciente possa responsabilizar o médico diretamente pelo infortúnio comunicado por este¹². Por isso, 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-lo⁵.

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-los¹³. Emoções comuns, como medo ou desgosto, podem ser interpretadas como raiva contra o próprio médico¹⁴.

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. Lembramos que, no entanto, não é conveniente hostilizar os familiares. 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 transmissão das informações à família¹⁴.

Um erro comum é encarar o processo da má notícia com sentimento de fracasso ou até de culpa¹⁵. Para o médico, um fracasso terapêutico pode significar fracasso profissional⁵. O profissional deve tentar entender os próprios sentimentos evocados no momento em que comunica notícias difíceis. Ao enfrentar seus medos e ansiedades, aprendendo a reconhecê-los e a controlá-los, o médico se sente mais à vontade diante das reações dos pacientes, podendo ajudá-los da melhor forma possível¹⁶.

As consequências do despreparo médico na transmissão de más notícias são inúmeras. Por isso, é importante valorizar o momento de transmitir informações ao paciente e se certificar de que este as compreendeu, assim como se mostrar disponível para esclarecer dúvidas. Em geral, esta é uma das principais reclamações dos pacientes¹⁷. Apesar de alguns pacientes, de forma clara ou não, demonstrarem não querer saber todas as informações sobre sua doença, a maioria provavelmente prefere saber pelo menos os aspectos mais importantes¹⁸. A falha na compreensão sobre seu estado de saúde aumenta a ansiedade e dificulta o ajuste psicológico pelo qual o paciente deve passar⁸. Outros se sentem extremamente angustiados e temem estar sendo enganados¹⁶.

É preciso ter bom senso e habilidades de comunicação ao transmitir más notícias, pois a forma como a transmissão

é feita pode influenciar muito a compreensão e a atitude do paciente frente a sua doença¹⁹. Quando as informações são transmitidas de maneira brusca, podem causar um impacto extremamente traumatizante no paciente, que passa a ver seu médico como um inimigo e não como um aliado. Quando amenizadas demasiadamente, as informações acerca de diagnóstico e prognóstico podem promover falsas esperanças e procedimentos desnecessários.

Idealmente, o paciente deve ser capaz de compreender sua doença a ponto de participar no processo de decisão acerca de opções de tratamento, por exemplo. Isto reduz o estresse e a ansiedade mesmo em situações difíceis²⁰. Normalmente, as pessoas temem o desconhecido, e um futuro incerto pode ser mais angustiante que a verdade²¹. Além disso, o paciente pode querer resolver questões pendentes e adotar medidas práticas para si e sua família²² (p. 307-314).

CONCLUSÃO

O protocolo Spikes foi desenvolvido para treinamento de estudantes e profissionais experientes. Acreditamos que o contato com esse tipo de exposição ainda na faculdade permita aos alunos um preparo melhor e evite estresse e ansiedade futuros para médicos e pacientes.

Os estudantes levantaram questões interessantes ao considerarem que os seis passos podem tolher a liberdade do médico ao transmitir uma má notícia. No entanto, este não é o objetivo do método. Esta questão chama a atenção para que se insista neste ponto durante as aulas e se enfatize a importância da adaptação a cada situação. Isto pode ser mais trabalhado por meio de dramatização com situações-problema.

Os passos foram considerados didáticos, e a maioria dos estudantes dominava o assunto mesmo após vários meses do treinamento. A aplicação das perguntas serviu também como “reciclagem” sobre o assunto, permitindo uma revalidação e rediscussão do tema.

Consideramos o protocolo Spikes como um modelo válido para transmitir conceitos sobre comunicação de más notícias para estudantes de Medicina, devendo-se, no entanto, enfatizar sua possibilidade de adaptação. Trata-se de um protocolo de grande utilidade, visto que é completo, extremamente didático e engloba os principais pontos-chave para transmissão de más notícias com a menor quantidade possível de efeitos adversos.

REFERÊNCIAS

1. Eggly S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJW, Foster T, Naughton M, et al. Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guidelines. *J Clin Oncol*. 2006;24(4):716-9.
2. Vandekieft GK. Breaking Bad News. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
3. 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.
4. 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.
5. Díaz FG. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006;30(9):452-9.
6. Juca NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGCH, et AL. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(1):57-64.
7. Leite AM, Caprara A, Coelho Filho JM. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier; 2007.
8. Baile WK, Buckman R, Lenzi R, Gliber 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.
9. Augusto KL, Lino CA, Carvalho AGN, Silva CMGCH, Andrade FC, Juca NBH, et al. Educação e Humanidades em Saúde: a experiência do grupo de Humanidades do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):122-6
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
11. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
12. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *Br Med J*. 1984;288(6430):1597-9.
13. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):331-5.
14. Leal F. Transmissão de más notícias: Dossier Cuidados Paliativos. *Rev Port Clin Geral*. 2003; 19:40-3.
15. Arnold SJ, Koczwara B. Breaking Bad News: Learning Through Experience. *J Clin Oncol*. 2006;24(31):5098-100.
16. Aitini E, Aleotti P. Breaking bad news in oncology: like a walk in the twilight? *Ann Oncol*. 2006; 17(3):359-60.
17. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):139-46.
18. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA, Lobb EA, Pendlebury S, Leigh N, et al. Cancer Patient Preferences for Communication of Prognosis in the Metastatic Setting. *J Clin Oncol*. 2004; 22(9):1721-30.

19. Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' Perceptions of Receiving Bad News About Cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19(21):4160-4.
20. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *J Clin Oncol.* 2001;19(7): 2049-56.
21. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol.* 2003;14(1):48-56.
22. Yun YH, Lee CG, Kim S, Lee S, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol.* 2004;22(2): 307-14.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Carolina Arcanjo Lino e Andrea Caprara contribuíram no desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração

e revisão do texto. Karine Lustosa Augusto, Rafael Andrade Santiago de Oliveira e Leonardo Bezerra Feitosa contribuíram na coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e elaboração do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carolina Arcanjo Lino
Rua Francisco Holanda, 286
Dionísio Torres — Fortaleza
CEP 60130-040 — CE
E-mail: carol_arcanjo@yahoo.com.br