

SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer

**Walter F. Baile,^a Robert Buckman,^b Renato Lenzi,^a Gary Glober,^a
Estela A. Beale,^a Andrzej P. Kudelka^b**

^aThe University of Texas MD Anderson Cancer center, Houston, Texas, USA;
^bThe Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Center, Toronto, Ontario, Canada

Palavras-chave. Neoplasias – Relações médico-paciente – Revelando a verdade – Modelos educacionais

Resumo

Descrevemos um protocolo para a transmissão de informações desfavoráveis – “transmitindo más notícias” – para os pacientes com câncer, sobre suas doenças. Direto e prático, este protocolo preenche as necessidades definidas pelas pesquisas publicadas sobre este tópico. O protocolo (SPIKES) consiste de seis etapas. O objetivo é habilitar o médico a preencher os 4 objetivos mais importantes da entrevista de transmissão de más notícias: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações

médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro. Oncologistas, oncologistas em treinamento e estudantes de medicina a quem o protocolo foi ensinado relataram aumento da confiança em sua habilidade para transmitir aos pacientes informação médica desfavorável. São sugeridas orientações para a avaliação contínua do protocolo. *The Oncologist 2000; 5:302-311*

Antecedentes

Inquéritos realizados entre 1950 e 1970, quando as perspectivas do tratamento do câncer eram sombrias, revelaram que a maior parte dos médicos considerava desumano e danoso para o paciente a revelação das más notícias sobre o diagnóstico [1, 2]. Ironicamente, enquanto os avanços no tratamento mudaram o curso do câncer de modo que é muito mais fácil oferecer esperança aos pacientes no momento do diagnóstico, eles também criaram a necessidade de uma habilidade médica maior em discutir outras más notícias. Essas

situações incluem a recidiva da doença, a metástase ou a falha do tratamento em modificar a progressão da doença, a presença de efeitos colaterais irreversíveis, e trazendo a questão dos cuidados paliativos e da ressuscitação quando não existem outras opções de tratamento. Esta necessidade pode ser ilustrada pela informação coletada por um inquérito informal conduzido no encontro anual de 1998 da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), onde questionamos participantes em um simpósio sobre habilidades de comunicação. Para este simpósio diversos *experts* no ensino de aspectos da relação médico-paciente em oncologia formularam

Tabela 1. Resultados do inquérito do Simpósio "Transmitindo Más Notícias", American Society of Clinical Oncology, 1998 ^{1,2}

| Perguntas | Dia 1 (%) | Dia 2 (%) | Média (%) |
|---|-----------|-----------|-----------|
| 1. Num mês normal, com que frequência você dá más notícias a um paciente? (i.e. diagnóstico, recorrência, progressão da doença, etc?) | | | |
| - menos de 5 vezes | 22,2 | 24,1 | 23,2 |
| - de 5 a 10 vezes | 32,1 | 31,0 | 31,6 |
| - de 10 a 20 vezes | 34,3 | 27,8 | 31,0 |
| - mais de 20 vezes? | 11,4 | 17,1 | 14,2 |
| 2. Qual a tarefa que você considera mais difícil? | | | |
| - Discutir o diagnóstico | 1,8 | 6,3 | 4,0 |
| - Contar ao paciente sobre a recidiva | 31,5 | 21,4 | 26,4 |
| - Falar sobre o fim do tratamento curativo e o início de tratamento paliativo | 46,1 | 44,2 | 45,2 |
| - Discutir questões relativas ao fim da vida (i.e. não ressuscitação) | 15,8 | 23,2 | 19,5 |
| - Envolver família/amigos do paciente | 4,8 | 4,9 | 4,9 |
| 3. Você teve algum ensinamento ou treinamento específico para a transmissão de más notícias? | | | |
| - Ensino formal | 5,6 | 4,0 | 4,8 |
| - Participou de consultas em que foram transmitidas más notícias pelo médico | 41,5 | 35,9 | 38,7 |
| - Ambos | 15,2 | 12,1 | 13,6 |
| - Nenhum | 37,7 | 48,0 | 42,0 |
| 4. Como você se sente a respeito de suas habilidades para transmitir más notícias? | | | |
| - Muito bem | 11,7 | 14,3 | 13,0 |
| - Bem | 40,9 | 39,4 | 40,2 |
| - Razoável | 40,9 | 37,1 | 39,0 |
| - Mal | 6,5 | 8,8 | 7,6 |
| - Muito mal | 0,0 | 0,4 | 0,25 |
| 5. O que você sente como a parte mais difícil na transmissão de más notícias? | | | |
| - Ser honesto mas não tirar as esperanças | 54,9 | 61,1 | 58,0 |
| - Lidar com as emoções do paciente (p.ex. choro, raiva) | 28,8 | 21,5 | 25,1 |
| - Gastar o tempo adequado | 10,6 | 10,1 | 10,3 |
| - Envolver a família e os amigos do paciente | 5,7 | 7,3 | 6,5 |
| - Envolver o paciente ou a família na tomada de decisões | | | |
| 6. Você teve algum treinamento em técnicas de resposta às emoções dos pacientes? | | | |
| - Ensino formal | 8,1 | 6,4 | 7,8 |
| - Assistiu um médico em consulta | 32,5 | 34,4 | 33,5 |
| - Ambos | 10,3 | 9,6 | 9,9 |
| - Nenhum | 48,1 | 49,6 | 48,8 |
| 7. Como você avaliaria seu conforto para tratar com as emoções dos pacientes? (p.ex. choro, raiva, negação, etc) | | | |
| - Bastante confortável | 35,8 | 29,6 | 32,7 |
| - Não muito confortável | 46,1 | 47,2 | 46,7 |
| - Desconfortável | 18,1 | 23,2 | 20,6 |
| 8. Você achou que o protocolo SPIKES faz sentido para você? | | | |
| - Sim | 94,3 | 95,4 | 94,8 |
| - Não | 5,7 | 4,6 | 5,2 |
| 9. Poderia uma estratégia ou abordagem para a transmissão de más notícias ser-lhe útil em sua prática? | | | |
| - Sim | 88,2 | | |
| - Não | 11,8 | | |
| 10. Você acha o SPIKES prático e acha que pode ser usado em sua prática clínica? | | | |
| - Sim | 95,4 | | |
| - Não | 4,6 | | |
| 11. Quando você transmite más notícias a seus pacientes, você tem um plano ou estratégia consistente em mente? | | | |
| - Tenho um plano ou estratégia consistente | | 26,1 | |
| - Diversas técnicas/táticas mas nenhuma estratégia geral | | 51,9 | |
| - Nenhuma abordagem consistente para esta tarefa | | 22,0 | |
| 12. Qual o elemento do protocolo SPIKES que você acha o mais fácil? | | | |
| - Planejando a entrevista (S – Setting up) | | 36,1 | |
| - Avaliando a percepção (P – Perception) | | 13,6 | |
| - Convite do paciente (I – Invitation) | | 11,4 | |
| - Dando conhecimento (K – Knowledge) | | 18,5 | |
| - Abordar as emoções (E – Emotions) | | 7,5 | |
| - Estratégia e Resumo (S – Strategy) | | 13,9 | |
| 13. Qual o elemento do protocolo SPIKES que você acha o mais difícil? | | | |
| - Planejando a entrevista (S – Setting up) | | 1,9 | |
| - Avaliando a percepção (P – Perception) | | 16,4 | |
| - Convite do paciente (I – Invitation) | | 18,6 | |
| - Dando conhecimento (K – Knowledge) | | 7,4 | |
| - Abordar as emoções (E – Emotions) | | 52,4 | |
| - Estratégia e Resumo (S – Strategy) | | 3,3 | |

¹ Algumas questões perguntadas no Dia 1 não foram incluídas no Dia 2. Perguntas adicionais foram feitas no Dia 2 baseadas nas perguntas feitas no dia anterior. ² Apresentado parcialmente no Encontro Anual da American Society of Clinical Oncology, New Orleans, LA, 19-23 de Maio, 2000.

uma série de questões para avaliar as atitudes e práticas dos participantes no que toca a transmissão de más notícias. Das 700 pessoas participantes do simpósio, que foi repetido duas vezes por um período de dois dias, 500 receberam um aparelho que lhes permitia responder em “tempo real” às perguntas que eram apresentadas numa tela. Os resultados foram imediatamente analisados para discussão e estão apresentados na Tabela 1. Perguntamos aos participantes sobre suas experiências em transmitir más notícias e suas opiniões sobre quais seus mais difíceis aspectos. Aproximadamente 60% dos respondentes indicou que eles davam más notícias aos pacientes entre 5 e 20 vezes por mês e outros 14% mais de 20 vezes por mês. Esses dados sugerem que, para muitos oncologistas, transmitir más notícias deve ser uma importante habilidade na comunicação.

Entretanto, transmitir más notícias é também uma tarefa complexa de comunicação. Além do componente verbal de dar de fato uma má notícia, ela também requer outras habilidades. Estas incluem responder às reações emocionais dos pacientes, o envolvimento na tomada de decisão, tratar com o stress criado pelas expectativas de cura do paciente, o envolvimento de múltiplos membros da família, e o dilema de como dar esperança quando a situação é sombria. A complexidade da interação pode por vezes criar sérios malentendidos [3-6] como um erro na compreensão sobre o prognóstico da doença ou o propósito do cuidado [7-12]. A comunicação deficiente pode também impedir a compreensão das expectativas do paciente em relação ao tratamento ou o envolvimento no planeamento do tratamento.

A tarefa de transmitir más notícias pode ser melhorada pela compreensão do processo envolvido e a sua abordagem como um processo passo-a-passo,

aplicando-se princípios bem estabelecidos de comunicação e aconselhamento. Abaixo, descrevemos um protocolo em seis etapas, que incorpora estes princípios.

Uma Definição de Más Notícias

Má notícia pode ser definido como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro” [13]. Entretanto, a má notícia está sempre “na perspectiva de quem olha”, de modo que não se pode estimar o impacto da má notícia até que se tenha determinado as expectativas e compreensão de quem a recebe. Por exemplo, uma paciente a quem se diz que sua dor nas costas se deve à recidiva de um câncer no seio quando ela esperava ouvir que era uma dor muscular, provavelmente sentir-se-á chocada.

Transmitindo Más Notícias: Porque isto é importante?

Uma Tarefa Frequente mas Estressante

No curso de um câncer, um médico ocupado pode transmitir informação médica desfavorável muitos milhares de vezes [14]. Transmitir más notícias a pacientes com câncer traz aversão inerente, descrita como “dar uma porrada da cabeça” ou “jogar uma bomba” [6]. Transmitir más notícias pode ser particularmente estressante quando o médico é inexperiente, o paciente é jovem, ou há perspectivas limitadas de um tratamento bem sucedido [3].

Os pacientes Querem a Verdade

No final dos anos 70 a maioria dos médicos estava aberta a contar para seus pacientes o seu diagnóstico [15]. Entretanto, estudos começaram a indicar que os pacientes também queriam informações adicionais. Por exemplo, um inquérito publicado em 1982 sobre 1251 americanos [16] indicou que 96%

queriam saber se tivessem um diagnóstico de câncer, mas também que 85% queriam, nos casos de um prognóstico muito grave, saber uma estimativa realística de quanto tempo teriam de vida. Durante muitos anos, alguns estudos nos Estados Unidos embasaram estes achados [17-23], embora as expectativas dos pacientes não tenham sido atendidas [24-27]. Observou-se que os desejos dos pacientes europeus eram semelhantes aos destes pacientes americanos. Por exemplo, um estudo de 250 pacientes em um centro de oncologia na Escócia mostrou que 91% e 94% dos pacientes, respectivamente, queriam saber suas chances de cura de seu câncer de dos efeitos colaterais da terapia [28].

Imperativos Éticos e Legais

Na América do Norte, os princípios do consentimento informado, autonomia do paciente e casos legais criaram obrigações legais e éticas claras de proporcionar tanta informação quanto os pacientes desejarem sobre sua doença e tratamento [29,30]. Médicos não devem restringir informação médica mesmo que suspeitem que esta tenha um efeito negativo sobre o paciente. Ao mesmo tempo, uma obrigação de revelar a verdade, sem cuidado ou preocupação com a sensibilidade com que isto é feito ou o compromisso de dar suporte e assistência ao paciente na tomada de decisão, pode resultar no paciente ficar tão aborrecido quanto se lhe tivessem mentido [4]. Como já foi adequadamente sugerido, a prática da frustração não pode ser remediada instantaneamente por uma nova rotina de falar a verdade de forma insensível [31].

Resultados Clínicos

O modo como a má notícia é discutida pode afetar a compreensão da informação pelo paciente [32], a satisfação com o cuidado médico [33,34],

o nível de esperança [35], e a adaptação psicológica subsequente [36-38]. Médicos que têm dificuldade em dar más notícias podem submeter os pacientes a tratamentos duros além do ponto que se espera que o tratamento possa ajudar [39]. A idéia de que receber informação médica desfavorável vai invariavelmente causar dano psicológico não tem base [40,41]. Muitos pacientes desejam informações precisas para lhes auxiliar em tomar importantes decisões a respeito de qualidade de vida. Entretanto, outros que achem isso muito ameaçador, podem empregar formas de negação, fuga ou minimização do significado da informação, mesmo enquanto participando do tratamento.

Quais São as Barreiras à Transmissão de Más Notícias?

Tesser [42] e outros conduziram experimentos psicológicos que mostraram que o que carrega a má notícia frequentemente experimenta emoções fortes como ansiedade, uma carga de responsabilidade pela notícia e o medo de uma avaliação negativa. Este *stress* cria uma relutância na transmissão de más notícias, que ele chamou o efeito "MUM". O efeito MUM é particularmente forte quando já se percebe que o receptor da má notícia está entristecido [43]. Não é difícil imaginar que esses fatores possam operar quando há que se dar más notícias aos pacientes com câncer [44,45].

Os participantes no inquérito do ASCO mencionado anteriormente, identificaram diversos *stresses* adicionais na transmissão de más notícias. Cinquenta e cinco por cento estabeleceram "como ser honesto com o paciente e não destruir sua esperança" como o mais importante enquanto "lidar com as emoções dos pacientes" foi endossado por 25%. Encontrar a quantidade de tempo ótima foi um problema para apenas 10%.

Apesar desses desafios identificados, menos de 10% dos respondedores do inquérito tinham qualquer treinamento formal para a transmissão de más notícias e apenas 32% tiveram a oportunidade durante seu treinamento de observar entrevistas em que houve a transmissão de más notícias. Enquanto 53% dos respondentes indicaram ter uma habilidade de boa a muito boa na transmissão de más notícias, 39% achavam-se apenas razoáveis e 8% ruins.

A partir dessas informações e de outros estudos, pode-se concluir que para muitos médicos o treinamento adicional para a transmissão de más notícias pode ser útil e aumentar sua confiança no cumprimento desta tarefa. Além disso, técnicas para a transmissão de notícias de um modo dirigido às expectativas e emoções dos pacientes também parece ser altamente desejada mas raramente ensinada.

Como Pode uma Estratégia para Transmitir Más Notícias Ajudar o Médico e o Paciente?

Quando os médicos sentem-se desconfortáveis para dar más notícias eles podem evitar discutir informações entristecedoras, como um mau prognóstico, ou levar o paciente a um otimismo desaconselhável [46]. Um plano para determinar os valores do paciente, o desejo de participar na tomada de decisão, e uma estratégia de abordagem de sua tristeza quando a má notícia é transmitida pode aumentar a confiança do médico na tarefa de transmitir informação médica desfavorável [47,48]. Pode também encorajar os pacientes a participarem em difíceis decisões sobre o tratamento, como quando há uma pequena probabilidade de um tratamento diretamente dirigido ao câncer seja eficaz. Finalmente, médicos que se sentem confortáveis na transmissão de uma má notícia podem

estar menos sujeitos ao *stress* e ao *burnout* [49].

Uma Estratégia em Seis Etapas para a Transmissão de Más Notícias

Autores de diversos artigos recentes aconselharam que entrevistas onde se comunicam más notícias devem incluir algumas técnicas de comunicação que facilitam o fluir da informação [3, 13, 50-54]. Nós as incorporamos nesta técnica em seis etapas, que provê adicionalmente várias estratégias para abordar o desconforto do paciente.

Tarefas Clínicas Complexas Podem Ser Consideradas Como Uma Série de Etapas

O processo de transmissão de informação clínica desfavorável aos pacientes com câncer pode ser comparado a outros procedimentos médicos que requerem a execução de um plano em etapas. Nos protocolos médicos, por exemplo, ressuscitação cardio-pulmonar ou o manuseio da ceto-acidose diabética, cada etapa deve ser executada e, em grande medida, a finalização bem sucedida de cada etapa é dependente da finalização da etapa anterior.

Objetivos da Entrevista de Más Notícias

O processo de transmissão de más notícias pode ser visto como uma tentativa de alcance de quatro objetivos essenciais. O primeiro é recolher informação do paciente. Isto permite ao médico determinar o conhecimento do paciente e suas expectativas e preparo para ouvir a má notícia. O segundo objetivo é prover informação inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do paciente. O terceiro objetivo é apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo receptor da má notícia. O último objetivo é o de desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de

tratamento com a contribuição e colaboração do paciente.

O alcance desses objetivos é conseguido com a execução de seis tarefas ou etapas, cada uma das quais é associada com habilidades específicas. Nem todo episódio de transmissão de más notícias irá requerer todas as etapas do SPIKES, mas quando elas são requeridas deverão seguir-se umas às outras, em sequência.

As Seis Etapas do SPIKES

ETAPA 1: Planejando a Entrevista (S – Setting Up the Interview)

O ensaio mental é uma maneira útil de se preparar para uma tarefa estressante. Isto pode ser realizado revendo-se o plano para contar ao paciente e como se vai responder às reações emocionais do paciente ou à perguntas difíceis. Como mensageiro de más notícias, a pessoa deve esperar ter sentimentos negativos e sentir-se frustrada ou responsável [55]. Ajuda lembrar que, apesar das más notícias poderem ser muito tristes para os pacientes, a informação pode lhes ser importante para que possam planejar-se para o futuro.

Às vezes o próprio local físico causa o fracasso de entrevistas sobre assuntos sensíveis. A menos que haja uma aparente privacidade e o local possa servir para uma discussão focada e sem distrações, os objetivos da entrevista podem não ser alcançados. Algumas orientações úteis:

. *Busque alguma privacidade* Um consultório é o ideal mas, se não há um disponível, puxe as cortinas em torno do leito do paciente. Tenha lenços de papel à disposição no caso do paciente chorar.

. *Envolva pessoas importantes* A maior parte dos pacientes quer ter alguém mais com eles mas isso deve ser

escolha dele. Quando há muitos membros da família peça ao paciente para escolher um ou dois representantes da família.

. *Sente-se* Sentar-se relaxa o paciente e é também um sinal de que você não vai sair correndo. Quando você se senta, tente que não haja barreiras entre você e o paciente. Se você o tiver examinado logo antes, permita que ele se vista antes da discussão.

. *Conecte-se com o paciente* Manter o contato visual pode ser desconfortável mas é um modo importante de estabelecer a relação. Tocar no braço do paciente ou segurar sua mão (se o paciente se sente confortável com isso) é uma outra maneira de alcançar esse fim.

. *Lide com as restrições de tempo e as interrupções* Informe o paciente de quaisquer restrições de tempo que você possa ter ou de interrupções que sejam esperadas. Ponha seu *pager* ou celular em silêncio ou peça a um colega para atendê-lo.

Etapa 2: Avaliando a Percepção do Paciente (P – Perception)

As etapas 2 e 3 do SPIKES são pontos na entrevista em que você implementa o axioma “antes de contar, pergunte”. Isto é, antes de discutir achados médicos, o médico usa perguntas abertas para criar um quadro razoavelmente preciso de como o paciente percebe a situação médica – o que é e se é sério ou não. “O que já lhe foi dito sobre seu quadro clínico até agora?” ou “Qual a sua compreensão sobre as razões por que fizemos a Ressonância magnética?”. Baseado nessas informações você pode corrigir desinformações e moldar a má notícia para a compreensão do paciente. Pode

também desempenhar a tarefa importante de determinar se o paciente está comprometido com alguma variante de negação da doença; pensamento mágico, omissão de detalhes médicos essenciais mas desfavoráveis sobre a doença, ou expectativas não realistas do tratamento [56].

ETAPA 3: Obtendo o Convite do Paciente (I – Invitation)

Enquanto uma maioria de pacientes expressa o desejo de ter plenas informações sobre seu diagnóstico, prognóstico e detalhes de sua doença, alguns outros não o fazem. Quando o médico ouve um paciente explicitar o desejo por informação, isto pode diminuir a ansiedade associada com a divulgação da má notícia [57]. Entretanto, esquivar-se da informação é um mecanismo psicológico válido [58, 59] e é mais provável de se manifestar com a progressão da gravidade da doença [60]. Discutir a transmissão de informação no momento em que se pede exames pode preparar o médico para planejar a próxima discussão com o paciente. Exemplos de perguntas a se fazer ao paciente são “Como você gostaria que eu te informasse sobre os resultados dos exames? Você gostaria de ter toda a informação ou apenas um esboço dos resultados e passar mais tempo discutindo o plano de tratamento?”. Se o paciente não quer saber dos detalhes, se ofereça para responder a qualquer pergunta no futuro ou para falar com um parente ou amigo.

ETAPA 4: Dando Conhecimento e Informação ao Paciente (K – Knowledge)

Avisar ao paciente que más notícias estão por vir pode diminuir o choque da transmissão das notícias [32] e pode facilitar o processamento da

informação [61]. Exemplos de frases que podem ser usadas incluem, “Infelizmente eu tenho más notícias a lhe dar” ou “Sinto ter que lhe dizer que...” .

Contar fatos médicos, a parte de mão única do diálogo médico-paciente, pode ser melhorada por algumas poucas orientações. Primeiro, comece no nível de compreensão e vocabulário do paciente. Segundo, tente não usar termos técnicos tais como “espalhado” no lugar de “metastatisado” e “pedaço de tecido” ao invés de “biópsia”. Terceiro, evite a dureza excessiva (i.e. “Você tem um câncer muito agressivo e a menos que inicie o tratamento imediatamente você vai morrer.”) pois isto provavelmente deixará o paciente isolado e mais tarde com muita raiva, com uma tendência a culpar o mensageiro das más notícias [4, 32, 61]. Quarto, dê a informação em pequenos pedaços e confira periodicamente a sua compreensão. Quinto, quando o prognóstico é ruim, evite usar frases como “Não há mais nada que possamos fazer por você.” Esta atitude é inconsistente com o fato de que os pacientes tem frequentemente outros objetivos terapêuticos como o bom controle da dor e o alívio de sintomas [35, 62].

ETAPA 5: Abordar as Emoções dos Pacientes com Respostas Afetivas (E – Emotions)

Responder às emoções dos pacientes é um dos desafios mais difíceis da transmissão de más notícias [3, 13]. As reações emocionais dos pacientes podem variar do silêncio à incredulidade, choro, negação ou raiva.

Quando os pacientes ouvem más notícias sua reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor. Nesta situação o médico pode oferecer apoio e solidariedade ao paciente com uma resposta afetiva. Uma resposta afetiva consiste de quatro etapas [3]:

.Primeiro, observe qualquer emoção do paciente. Isso podem ser lágrimas nos olhos, um olhar de tristeza, silêncio ou choque.

. Segundo, identifique a emoção experimentada pelo paciente nomeando-a para si mesmo. Se um paciente parece triste mas está calado, use perguntas abertas para inquirir o paciente sobre o que está pensando ou sentindo.

. Terceiro, identifique a razão desta emoção. Geralmente está ligada à má notícia. Entretanto, se você não tem certeza, novamente, pergunte ao paciente.

. Quarto, depois que tiver dado ao paciente um breve período de tempo para expressar seus sentimentos, faça-o saber que você ligou a emoção com o motivo da emoção fazendo uma afirmativa a respeito. Um exemplo:

Médico: Sinto dizer que a radiografia mostra que a quimioterapia não parece estar fazendo efeito [pausa]. Infelizmente, o tumor cresceu um pouco.

Paciente: Era o que eu temia!
[Choro]

Médico: [Chega sua cadeira mais perto, oferece ao paciente um lenço e pausa]. Eu sei que isso não é o que você queria ouvir. Eu gostaria que as notícias fossem melhores.

No diálogo acima, o médico observou o choro do paciente e percebeu que ele estava choroso por causa da má notícia. Ele se aproximou do paciente. Nesse momento poderia até ter tocado seu braço ou mão se ambos estivessem à vontade e pausado por um momento para permitir-lhe se recompôr. Ele

permitiu ao paciente saber que sabia porque ele estava triste através de uma afirmativa que refletia sua compreensão. Outros exemplos de respostas afetivas podem ser vistos na Tabela 2.

Até que uma emoção se desfaça, será difícil prosseguir para a discussão de outras questões. Se a emoção não diminui num tempo curto, ajuda continuar com respostas afetivas até que o paciente se acalme. Médicos podem também usar respostas afetivas para reconhecer sua própria tristeza ou outras emoções ("Eu também queria que as notícias fossem melhores."). Pode ser uma mostra de apoio seguir a resposta de uma afirmativa que a valide, que permite ao paciente saber que esses sentimentos são verdadeiros (Tabela 3). Novamente, quando as emoções não são expressas claramente, como quando o paciente permanece calado, o médico deve fazer uma pergunta exploratória antes de dar uma resposta afetiva. Quando as emoções são sutis ou expressas indiretamente, ou disfarçadas como num desapontamento discretamente velado ou raiva ("Imagino que tenha que sofrer numa nova quimioterapia novamente") você pode ainda usar a resposta afetiva ("Posso ver que esta é uma notícia que te entristece"). Os pacientes olham seus oncologistas como uma das mais importantes fontes de apoio psicológico [63], e combinar afirmativas afetivas, exploratórias e validadoras é uma das maneiras mais poderosas de se prover este suporte [64-66] (Tabela 2). Isto reduz o isolamento do paciente, expressa solidariedade, e valida os sentimentos do paciente ou seus pensamentos como normais e esperados [67].

Tabela 2. Exemplos de respostas afetivas, exploratórias e que reasseguram

| Afirmativas afetivas | Perguntas exploratórias | Respostas que reasseguram |
|--|--|---|
| "Posso ver como isso lhe entristece" "Percebo que você não esperava por isso" "Sei que esta não é uma boa notícia para você" "Sinto ter que lhe dizer isso" "Isso também é muito difícil para mim" "Eu também esperava um resultado melhor" | "O que você quer dizer?" "Conte-me mais sobre isso" "Você poderia explicar o que quer dizer?" "Você disse que isto lhe assustava?" "Você pode me dizer o que lhe preocupa?" "Você havia me dito que se preocupava com seus filhos. Fale-me mais." | "Posso entender como você se sentiu" "Imagino que qualquer um teria a mesma reação" "Você estava perfeitamente correto em pensar desta maneira" "Sim, sua compreensão sobre os motivos para os exames é muito boa" "Muitos outros pacientes tiveram uma experiência semelhante" |

Tabela 3. Mudança nos níveis de confiança entre os participantes dos workshops sobre transmissão de más notícias

| Transmitindo más notícias | Treinandos | | Médicos | |
|--|-------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | p-valor | escore t | p-valor | escore t |
| Planeja a discussão previamente | .010 | -3.087 | .001 | -4.01 |
| Cria um ambiente confortável | .037 | -2.377 | .007 | -3.08 |
| Encoraja a presença de familiar/amigo | .101* | -1.792 | .396 | .87* |
| Avalia a capacidade do paciente para discutir más notícias | .016 | -2.836 | <.001 | -4.49 |
| Confirma a compreensão do paciente sobre o câncer | .005 | -3.553 | .002 | -3.66 |
| Avalia quanto o paciente quer saber | .003 | -3.734 | .019 | -2.62 |
| Organiza uma estratégia para transmitir a informação | .002 | -4.025 | .004 | -3.32 |
| Fornecer a informação pouco a pouco | .043 | -2.293 | .038 | -2.26 |
| Evita o jargão médico | .005 | -3.512 | .027 | -2.43 |
| Checa para verificar se a informação foi corretamente apreendida pelo paciente | .057* | -2.125 | .006 | -3.13 |
| Reforça e esclarece a informação | .059* | -2.107 | .001 | -4.18 |
| Detecta ansiedade | .016 | -2.829 | .020 | -2.58 |
| Detecta tristeza | .003 | -3.817 | .004 | -3.41 |
| Manuseia as reações emocionais do paciente | .030 | -2.485 | .009 | -2.96 |
| Responde afetivamente | .004 | -3.676 | .020 | -2.58 |
| | .034 | -2.420 | .023 | -2.53 |
| * Não significativo | | | | |

ETAPA 6: Estratégia e Resumo (S – Strategy and Summary)

Pacientes que tenham um plano claro para o futuro tem menor probabilidade de se sentirem ansiosos e inseguros. Antes de discutir um plano de tratamento, é importante perguntar aos pacientes se eles estão prontos para esta discussão e se aquele é o momento. Apresentar opções de tratamento para os pacientes quando eles estão aptos não é apenas uma obrigação legal em alguns casos [68], mas irá estabelecer a percepção de que o médico vê seus desejos como importantes. Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do

médico quando o tratamento não é bem sucedido. Avaliar o não entendimento do paciente sobre a discussão pode prevenir a tendência documentada dos pacientes superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento [7-9, 57].

Os médicos sentem-se frequentemente desconfortáveis quanto necessitam discutir prognóstico e opções de tratamento com o paciente, se a informação é desfavorável. Baseados em nossas observações e de outros [1, 5, 6, 10, 44-46], acreditamos que o desconforto se baseia numa série de preo-

cupações que os médicos têm. Estas incluem a incerteza sobre as expectativas do paciente, medo de destruir a esperança do paciente, medo de sua própria inadequação frente à doença incontrolável, não se sentir preparado para lidar com as reações emocionais antecipadas dos pacientes, e algumas vezes a vergonha de ter previamente pintado um quadro excessivamente otimista para o paciente.

Essas discussões difíceis podem ser grandemente facilitadas pelo uso de diversas estratégias. Primeiro, muitos pacientes já tem uma idéia da gravidade de sua doença e das limitações do tratamento mas têm medo de trazer isto à tona ou perguntar sobre desfechos. Explorar o conhecimento dos pacientes, expectativas e esperanças (etapa 2 do SPIKES) permitirá ao médico saber onde o paciente está e iniciar a discussão a partir daquele ponto. Quando os pacientes têm expectativas não realistas (i.e. "Eu soube que o senhor faz milagres."), pedir que ele descreva a história de sua doença geralmente revelará medos, preocupações e emoções subjacentes à expectativa. O paciente pode ver a cura como uma solução global para diversos problemas que são significativos para ele. Estes podem incluir a perda de um emprego, incapacidade de cuidar da família, dor e sofrimento, dureza com os outros ou mobilidade prejudicada. Expressar esses medos e preocupações frequentemente lhes permitirá reconhecer a gravidade de sua condição. Se os pacientes se tornam emocionalmente descontentes na discussão de suas preocupações, pode ser apropriado usar as estratégias delineadas na etapa 5 de SPIKES. Em segundo lugar, compreender os importantes objetivos específicos que cada paciente tem, como o controle de sintomas, e se certificar que eles recebam o melhor tratamento possível e a continuidade do cuidado permitirá ao médico enquadrar a esperança em termos do que é possível ser alcançado.

Isso pode ser muito reconfortante para os pacientes.

Experiência com o protocolo SPIKES

Avaliação do SPIKES por Oncologistas

No inquérito do ASCO mencionado anteriormente, perguntamos aos participantes se eles sentiam que o protocolo SPIKES poderia ser útil em sua prática. Noventa e nove por cento dos respondentes acharam que o protocolo SPIKES era prático e de fácil compreensão. Entretanto, eles relataram que o uso de afirmativas afetivas, validadoras e exploratórias para responder às emoções dos pacientes seria o maior desafio do protocolo (52% dos respondentes).

No ensino, o protocolo SPIKES foi incorporado em situações filmadas, que aparecem como parte de um CD-ROM sobre comunicação médico-paciente [67]. Essas situações se mostraram úteis no ensino do protocolo e para iniciar a discussão dos vários aspectos da transmissão de más notícias.

O Protocolo SPIKES Reflete o Consenso de *Experts*?

Muito poucos estudos tiraram amostras de opiniões de pacientes sobre suas preferências em relação à transmissão de más notícias ou informação médica desfavorável [69]. Entretanto, a partir da escassa informação disponível, o conteúdo do protocolo SPIKES reflete de perto o consenso de pacientes com câncer e de profissionais a respeito dos aspectos essenciais da transmissão de más notícias [3, 13, 50-54]. O SPIKES enfatiza, particularmente, as técnicas úteis para responder às reações emocionais dos pacientes e o apoio a estes durante este momento.

Podem Estudantes e Médicos Aprender a Usar o Protocolo?

A maior parte dos programas de graduação e pós-graduação não oferece, de um modo geral, treinamento específico para a transmissão de más notícias [70] e a maior parte dos oncologistas aprende a dar más notícias pela observação de colegas mais experientes em situações clínicas [39]. Na Universidade do Texas M. D. Anderson Cancer Center usamos o protocolo SPIKES em oficinas interativas para oncologistas e oncologistas em um treinamento (*fellows*). Como resultado, antes e depois da oficina usamos teste com papel e lápis para medir a confiança do médico em levar a termo várias habilidades associadas com o SPIKES. Encontramos que o protocolo SPIKES em combinação com técnicas experienciais como "*role play*" pode aumentar a confiança de médicos e treinandos na aplicação do protocolo SPIKES [47] (Tabela 3). Experiência de ensino na graduação também mostrou que o protocolo aumentou a confiança nos estudantes médicos na formulação de um plano para a transmissão de más notícias [71].

Discussão

Em oncologia clínica a habilidade para se comunicar efetivamente com pacientes e suas famílias não pode mais ser considerada como uma habilidade opcional [72]. As orientações atuais da ASCO para o desenvolvimento curricular não incluem ainda recomendações para o treinamento em habilidades essenciais de comunicação [73]. Entretanto, um estudo de *Shea* de 2.516 oncologistas mostrou o interesse em treinamento adicional nessa área [74]. Os achados de *Shea* a respeito das habilidades de comunicação tiveram eco nos participantes do nosso inquérito no ASCO, muitos dos quais relataram a falta de confiança em sua capacitação para a transmissão de más notícias. A falta específica de oportunidades de

treinamento pareceu ter um papel preponderante na determinação deste problema, já que quase 40% dos respondentes não apenas não tiveram treinamento didático como também não tiveram oportunidade de ganhar experiência pela observação de outros clínicos transmitindo más notícias. Diversos artigos demonstraram claramente que habilidades de comunicação podem ser ensinadas e são mantidas [47, 48, 71, 75, 76]. O protocolo SPIKES para a transmissão de más notícias é uma forma especializada de treinamento de habilidades de comunicação médico-paciente, que é empregado no ensino de habilidades de comunicação em outros *settings* médicos [77]. Essas habilidades-chave são uma base importante para a comunicação efetiva [78]. O emprego de habilidades verbais para dar apoio e auxílio ao paciente representa um visão ampliada do papel do oncologista, que é consistente com o importante objetivo do cuidado médico de reduzir o sofrimento do paciente. Elas formam a base para o apoio ao paciente, uma intervenção psicológica essencial para o sofrimento.

Reconhecemos que o protocolo SPIKES não deriva completamente de dados empíricos, e se os pacientes acharão esta abordagem útil ainda é uma importante questão. Entretanto, sua implementação pressupõe uma interação dinâmica entre médico e paciente na qual o médico é guiado pela compreensão, preferências e comportamento do paciente. Esta abordagem flexível é mais provável de se dirigir às diferenças inevitáveis entre pacientes do que uma receita rígida que seja aplicada a todos.

Orientações Futuras

Estamos atualmente no processo de determinar como quem carrega más notícias é afetado psicofisiologicamente durante o processo de transmissão. Planejamos determinar empiricamente se o protocolo SPIKES pode reduzir para o médico o *stress* de transmitir más notícias e também melhorar a entrevista

e o apoio, do ponto de vista do paciente. Estamos, ainda, investigando as preferências dos pacientes para a recepção de más notícias, usando muito das etapas recomendadas no SPIKES, abrangendo uma variedade de localização de doenças por idade, sexo e estágio da doença. Dados preliminares indicam que, como recomendado no

SPIKES, os pacientes querem que a quantidade de informação que recebem seja moldada por suas preferências. Estamos também conduzindo seguimentos de longo prazo de oficinas em que o protocolo foi ensinado para oncologistas e treinandos em oncologia para determinar empiricamente como ele é implementado.

Referências Bibliográficas

- 1 Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961;175:1120-1128.
- 2 Friedman HS. Physician management of dying patients: an exploration. *Psychiatry Med* 1970;1:295-305.
- 3 Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996;276:496-502.
- 4 Lind SE, DeVecchio-Good MJ, Seidel S et al. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989;7:583-589.
- 5 Taylor C. Telling bad news: physicians and the disclosure of undesirable information. *Sociol Health Illn* 1988;10:120-132.
- 6 Miyaji N. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. *Soc Sci Med* 1993;36:249-264.
- 7 Eidingen RN, Schapira DV. Cancer patients' insight into their treatment, prognosis and unconventional therapies. *Cancer* 1984;53:2736-2740.
- 8 Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsberg AD et al. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer* 1988;58:355-358.
- 9 Quirt CF, McKillop WJ, Ginsberg AD et al. Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer* 1997;18:1-20.
- 10 Siminoff LA, Fetting JH, Abeloff MD. Doctor-patient communication about breast cancer adjuvant therapy. *J Clin Oncol* 1989;7:1192-1200.
- 11 Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998;279:1709-1714.
- 12 Haidet P, Hamel MB, Davis RB et al. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Am J Med* 1998;105:222-229.
- 13 Buckman R. *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992:15.
- 14 Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961-1968.
- 15 Novack DH, Plumer R, Smith RL et al. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979;241:897-900.
- 16 Morris B, Abram C. *Making Healthcare Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Practitioner-Patient Relationship*. Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.
- 17 Ley P. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. *Social Psychology and Behavioral Science*. New York: John Wiley, 1982:353.

- 18 Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K et al. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980;92:832-836.
- 19 Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988;27:1139-1145.
- 20 Davison BJ, Degner LF, Morgan TR. Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncol Nurs Forum* 1995;22:1401-1408.
- 21 Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med* 1989;82:260-263.
- 22 Dunsmore J, Quine S. Information, support and decision-making needs and preferences of adolescents with cancer: implications for health professionals. *J Psychosoc Oncol* 1995;13:39-56.
- 23 Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-88.
- 24 Degner LF, Kristanjanson LJ, Bowman D et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997;18:1485-1492.
- 25 Davidson JR, Brundage MD, Feldman-Stewart D. Lung cancer treatment decisions: patient's desires for participation and information. *Psychooncology* 1999;8:11-20.
- 26 Hoffman JC, Wegner NS, Davis RB et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Int Med* 1997;127:1-12.
- 27 Lobb EA, Butow PN, Kenny DT et al. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999;171:290-294.
- 28 Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-726.
- 29 Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol* 1984;2:948-955.
- 30 Annas G. Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *N Engl J Med* 1994;330:223-225.
- 31 Holland JC. Now we tell—but how well. *J Clin Oncol* 1989;7:557-559.
- 32 Maynard DW. On "realization" in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation. *Am Sociol Rev* 1996;61:109-131.
- 33 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-1519.
- 34 Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care* 1995;11:34-38.
- 35 Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 1993;72:3355-3365.
- 36 Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994;74:336-341.
- 37 Slavin LA, O'Malley JE, Koocher GP et al. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. *Am J Psychiatry* 1982;139:179-183.
- 38 Last BF, van Veldhuizen AM. Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *Eur J Cancer* 1996;32:290-294.
- 39 Mayer RJ, Cassel C, Emmanuel E. Report of the task force on end of life issues. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Los Angeles California, May 16, 1998.
- 40 Cassem NH, Stewart RS. Management and care of the dying patient. *Int J Psychiatry Med* 1975;6:293-304.
- 41 Pfeiffer MP, Sidorov JE, Smith AC et al. and the EOL Study Group. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. A multicentered study using structured qualitative interviews. *J Gen Intern Med* 1994;9:82-88.
- 42 Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). A field study. *Psychol Rep* 1971;29:651-654.
- 43 Tesser A, Conlee MC. Recipient emotionality as a determinant of the transmission of bad news. *Proc Annu Conv Am Psych Assoc* 1973;247-248.
- 44 DeVecchio-Good M, Good BJ, Schaffer C et al. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatry* 1990;14:59-79.
- 45 Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-1599.
- 46 Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985;291:1711-1713.
- 47 Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997;12:166-173.
- 48 Baile WF, Kudelka AP, Beale EA et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999;86:887-897.
- 49 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians [see comments]. *Br J Cancer* 1995;71:1263-1269.
- 50 Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988;297:907-909.
- 51 Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449-2456.
- 52 Donovan K. Breaking bad news. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating Bad News*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:3-14.
- 53 Premi JN. Communicating bad news to patients. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating*

- Bad News. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:15-21.
- 54 Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. I: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-59.
 - 55 Whipple DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9:1916-1920.
 - 56 Lubinsky MS. Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genet Couns* 1999;3:5-12.
 - 57 Conlee MC, Tesser A. The effects of recipient desire to hear on news transmission. *Sociometry* 1973;36:588-599.
 - 58 Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH et al. Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger. *Ann Oncol* 1999;10:39-46.
 - 59 Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995;76:167-177.
 - 60 Butow PN, Maclean M, Dunn SM et al. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-863.
 - 61 Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting." *Cleve Clin J Med* 1997;64:181-182.
 - 62 Greisinger AJ, Lorimor RJ, Aday LA et al. Terminally ill cancer patients: their most important concerns. *Cancer Pract* 1997;5:147-154.
 - 63 Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984;6:475-480.
 - 64 Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "connections": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 1993;118:973-977.
 - 65 Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med* 1987;2:346-355.
 - 66 Suchman AL. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-682.
 - 67 Buckman R, Korsch B, Baile WF. *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*. Toronto: Medical Audio Visual Communications, 1998;CD-ROM (Pt 2):Dealing with feelings.
 - 68 Nattinger AB, Hoffman RG, Sharpiro R et al. The effects of legislative requirements on the use of breast conserving surgery. *N Engl J Med* 1996;335:1035-1040.
 - 69 Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behav Med* 1998;24:61-72.
 - 70 Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR et al. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998;129:441-449.
 - 71 Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997;156:1159-1164.
 - 72 American Society of Clinical Oncology. Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol* 1998;16:1986-1996.
 - 73 American Society of Clinical Oncology. Training resource document for curriculum development in medical oncology. *J Clin Oncol* 1998;16:372-379.
 - 74 Shea JA, Frenkel EP, Webster GD. Training and practice activities of hematology and medical oncology diplomates. *Arch Intern Med* 1990;150:145-148.
 - 75 Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I—Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-1576.
 - 76 Vaidya VU, Greenberg L, Kantilal MP et al. Teaching physicians how to break bad news. A 1-day workshop using standardized patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:419-422.
 - 77 Keller V, Carroll JG. A new model for physician-patient communication. *Patient Educ Commun* 1994;23:131-140.
 - 78 Lipkin M, Frankel RM, Buckman HB et al. The structure and process of the medical interview. 5. Performing the interview. In: Lipkin M, Putnam SM, Laxare A, eds. *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer-Verlag, 1995:65-82.