

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O CANCRO ORAL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DE UMA MÁ NOTÍCIA

Trabalho submetido por
Camille Foures
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

julho de 2026

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MEDICINA DENTARIA

O CANCRO ORAL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DE UMA MÁ NOTÍCIA

Trabalho submetido por
Camille Foures
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor João Couvaneiro

julho de 2026

Agradecimento

A realização desta tese representa o culminar de um importante percurso académico e pessoal, que não teria sido possível sem o apoio, a orientação e o incentivo de várias pessoas a quem desejo expressar a minha mais sincera gratidão.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor João Couvaneiro, pela disponibilidade, dedicação, rigor científico e pelos valiosos ensinamentos que partilhou ao longo da elaboração deste trabalho. A sua orientação foi fundamental para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha mãe, por todo o amor incondicional, apoio constante e confiança que sempre depositou em mim. Obrigado por nunca duidares das minhas capacidades e por estares presente em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis.

Ao meu pai, pelo exemplo de perseverança, trabalho e determinação. Obrigado por todo o apoio e pelos valores que me transmitiste ao longo da vida.

Ao meu irmão, pela amizade, companheirismo e por todos os momentos de apoio e incentivo que contribuíram para tornar este percurso mais fácil e especial.

Ao meu namorado, Enzo, por toda a paciência, compreensão, carinho e apoio incondicional durante esta etapa tão exigente. Obrigado por estares ao meu lado nos momentos de maior desafio, por acreditares em mim e por me dares força para continuar quando mais precisava.

Agradeço igualmente aos meus familiares, amigos e colegas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico ao longo destes anos.

Por fim, agradeço a todos os docentes da Faculdade de Medicina Dentária Egas Moniz pelos conhecimentos transmitidos e pela formação que me proporcionaram ao longo do curso.

A todos, o meu mais profundo e sincero obrigado.

Declaração de Honra

Código | IMP-EM-EI-111_01

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico é original e foi elaborado por mim própria, não se tendo recorrido a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, usadas, adotadas literalmente ou adaptados a partir dos seus originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet) e encontram-se adequados, identificados e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta Trabalho de Projeto final “O cancro oral: Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia” não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra entidade ou instituição, para além da(s) diretamente envolvida(s) na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressa e eletrónica são inteiramente coincidentes.

Declaro, igualmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, neste texto, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Data: 15/06/2026

Declaração Conflito de Interesses (DCI)

Código | IMP-EM-EI-110_01

Eu Camille Foures, referente a Trabalho de Projeto final “O cancro oral: Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia” declaro que não possuo conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académica, político ou financeiro.

Data: 15/06/2026

Declaração de Financiamento

Código | IMP-EM-EI-113_01

Eu Camille Foures, referente a Trabalho de Projeto final “O cancro oral: Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia” declaro que o meu trabalho não se encontra financiado.

Data : 15/06/2026

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_01

Eu Camille Foures, referente a Trabalho de Projeto final “O cancro oral: Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia” declaro que a aprovação pela Comissão de Ética não se aplica ao presente trabalho

Data: 15/06/2026

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_01

Eu Camille Foures, referente a Trabalho de Projeto final “O cancro oral: Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia” declaro que a aprovação pela Comissão de Ética não se aplica ao presente trabalho

Data: 15/06/2026

Declaração de Disponibilidade de Dados

Código | IMP-EM-EI-150

A presente Declaração de Disponibilidade de Dados reflete o compromisso do Instituto Universitário Egas Moniz em promover a transparência, a reprodutibilidade científica e o acesso aberto aos dados gerados no âmbito dos projetos a decorrer nesta IES, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis e com os princípios FAIR. Esta declaração estabelece as condições e as diretrizes para o acesso, o compartilhamento e a reutilização dos dados, garantindo que sejam utilizados de forma responsável e em benefício da comunidade científica e da sociedade.

A seguinte tabela apresenta diferentes opções de partilha de dados, incluindo exemplos de formatos e níveis de acessibilidade. Deverá selecionar a(s) opção(ões) que melhor se adequa(m) ao seu projeto, assegurando o cumprimento das diretrizes éticas e científicas aplicáveis.

Tabela 1: Exemplos de declarações de disponibilidade de dados. Onde aparece [nome do repositório, por exemplo, “pure”] deve ser preenchido

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com “x”
Dados disponíveis num repositório público que emite conjuntos de dados com DOIs	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório, por exemplo, “pure”] em http://doi.org/[doi] , número de referência [número de referência].	Partilha geral sem pedido	
Dados abertamente disponíveis num repositório público que não emite DOIs	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório] em [URL], número de referência [número de referência].	Partilha geral sem pedido	
Dados derivados de recursos do domínio público	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório] em [URL/DOI], número de referência [número de referência]. Estes dados foram obtidos a partir dos seguintes recursos disponíveis no domínio público: [listar recursos e URLs]	Partilha geral sem pedido	

Declaração de Disponibilidade de Dados

Código | IMP-EM-EI-150

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com "x"
Dados disponíveis no artigo ou nos seus materiais suplementares	Os autores confirmam que os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis no artigo [e/ou] nos seus materiais suplementares.	Básico, partilhar a pedido	
Dados gerados numa instalação central de grande escala, disponíveis mediante pedido	Os dados em bruto foram gerados em [nome da instalação]. Os dados derivados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis junto do autor correspondente [iniciais], mediante pedido.	Básico, partilhar a pedido	
Embargo dos dados devido a restrições comerciais	Os dados que suportam os resultados estarão disponíveis em [nome do repositório] em [URL / ligação DOI] após um embargo de [6 meses] a partir da data de publicação para permitir a comercialização dos resultados da investigação.	Básico, Partilhar a pedido	
Dados disponíveis a pedido devido a restrições de privacidade/éticas	Os dados que sustentam as conclusões deste estudo estão disponíveis mediante pedido ao autor correspondente, [iniciais]. Os dados não estão disponíveis ao público devido a [restrições, por exemplo, o facto de conterem informações que podem comprometer a privacidade dos participantes na investigação].	Básico, Partilhar a pedido	
Dados sujeitos a restrições de terceiros	Os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis [junto de] [terceiros]. Aplicam-se restrições à disponibilidade destes dados, que foram utilizados sob licença para este estudo. Os dados estão disponíveis [através dos autores / no URL] com a permissão de [terceiros].	Básico, Partilhar a pedido	

Declaração de Disponibilidade de Dados

Código | IMP-EM-EI-150

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com "x"
Dados disponíveis a pedido dos autores	Os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis junto do autor correspondente, [iniciais do autor], mediante pedido razoável.	Básico, Partilhar a pedido	X
Partilha de dados não aplicável - não foram gerados novos dados	A partilha de dados não é aplicável a este artigo, uma vez que não foram criados ou analisados novos dados neste estudo.	-	
Dados não digitais disponíveis	Os dados não digitais que suportam este estudo são conservados em [adicionar local].	Básicos	
Dados não disponíveis devido a restrições [éticas/legais/comerciais]	Devido à natureza da investigação, os dados de apoio [éticos/legais/comerciais] não estão disponíveis.	-	
Dados não disponíveis - consentimento do participante	Os participantes neste estudo não deram consentimento escrito para que os seus dados fossem partilhados publicamente, pelo que, devido à natureza sensível da investigação, os dados de apoio não estão disponíveis.	-	


 O Orientando: _____ Data: 15/06/2026


 O Orientador: _____ Data: 10 /06/2026

O Coorientador (se aplicável): _____ Data: __ / __ / ____

Resumo

O cancro oral tem sido um dos grandes temas da atualidade da saúde, estando no centro de numerosos debates médicos, sociais e culturais. Nesta tese, irei abordar os aspetos sociais relacionados com a temática, orientando o presente trabalho para o tema da comunicação do cancro oral. Entre as questões que se levantam surgem algumas das que se seguem: que especificidades existem nos processos comunicacionais na saúde oral? Como anunciar uma má notícia? Existe relação entre as características comunicacionais e a adesão ao tratamento?

Atendendo à centralidade das questões referidas, assim como o meu interesse pela temática, elegi com tema da minha tese: «O cancro oral: desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia»

Deste modo, poderemos analisar e compreender os diferentes métodos já existentes de comunicação sobre o cancro oral (Alves et al., 2019), os métodos de transmissão de informação ao público de uma faixa etária que começa logo na adolescência (que pode ser marcada pelo início do consumo de álcool, tabaco e relações sexuais, por vezes não protegidas) (Darukaradhya et al., 2023), aos doentes (Rini et al., 2019), mas também aos profissionais de saúde (Narayanan et al., 2010), de forma a transmitir as boas práticas a adotar.

Iremos igualmente procurar perceber de que forma se poderá melhorar a sensibilização a diferentes escalas (pessoais, com o apoio dos profissionais de saúde e a nível mundial) (Lin et al., 2021). E sobretudo, como a melhorar e torná-la acessível, tendo em conta parâmetros que variam em função da idade, das condições económicas, sociais e culturais (Baumann et al., 2023).

Palavras-Chave: Cancro oral; Má notícia; Comunicação; Sensibilização

Abstract

Oral cancer has been one of the major health issues of our time, standing at the center of numerous medical, social, and cultural debates. In this thesis, I will address the social aspects related to this topic, focusing this work on the theme of communication regarding oral cancer. Among the questions that arise are the following: What are the specific characteristics of communication processes in oral health? How should bad news be delivered? Is there a relationship between communication characteristics and treatment adherence?

Given the central importance of these issues, as well as my interest in the subject, I have chosen the following topic for my thesis: “Oral Cancer: Challenges and Strategies for Communicating Bad News”

In this way, we will be able to analyze and understand the various existing methods of communicating about oral cancer (Alves et al., 2019), the methods of conveying information to the public in an age group that begins as early as adolescence (which may be marked by the onset of alcohol and tobacco use and sexual activity, sometimes unprotected) (Darukaradhya et al., 2023), to patients (Rini et al., 2019), but also to healthcare professionals (Narayanan et al., 2010), in order to convey the best practices to be adopted.

We will also seek to understand how awareness can be improved at different levels (individual, with the support of healthcare professionals, and globally) (Lin et al., 2021). Above all, we will explore how to improve and make it accessible, taking into account factors that vary according to age, economic, social, and cultural conditions (Baumann et al., 2023).

Key-Words : Oral cancer; Bad news; Communication; Awareness

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. ENQUADRAMENTO GERAL DO CANCRO ORAL.....	7
1.1.3 FATORES DE RISCO E POPULAÇÕES EXPOSTAS.....	9
1.1.4 PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	11
1.2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO ONCOLÓGICO.....	12
1.2.1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA	12
1.2.2. ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ORAL.....	13
1.3. A COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA EM MEDICINA DENTÁRIA.....	14
1.3.1. CONCEITO DE MÁ NOTÍCIA	14
1.3.2. PARTICULARIDADES DO CANCRO ORAL ENQUANTO MÁ NOTÍCIA	15
II. DEFINIÇÕES.....	17
2.1 LITERACIA EM SAÚDE ORAL.....	17
2.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	18
2.3. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	19
2.4. PROTOCOLOS DE COMUNICAÇÃO	19
2.5. CANCRO ORAL.....	20
III METODOLOGIA	23
3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	23
3.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	23
3.4. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS	24
IV RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1. CANCRO ORAL ENQUANTO OBJETO DE COMUNICAÇÃO.....	27
4.1.1. REPRESENTAÇÕES SOCIAL DO CANCRO ORAL	27
4.1.2. IMPACTO DO DIAGNÓSTICO NO DOENTE.....	29
4.2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE ORAL	31
4.2.1. COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM MEDICINA DENTÁRIA.....	31
4.2.2. LITERACIA EM SAÚDE ORAL E COMPREENSÃO DO DIAGNÓSTICO	33
4.2.3. BARREIRAS	36
4.3.1. PRINCÍPIOS GERAIS DA COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA	38
4.3.2. REAÇÕES EMOCIONAIS DOS DOENTES	40

4.3.3. NECESSIDADES COMUNICACIONAIS DOS DOENTES	41
4.4. PROTOCOLOS DE COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA	44
4.4.1. PROTOCOLO SPIKES	44
4.4.2. PROTOCOLO BREAKS	46
4.4.3. OUTROS PROTOCOLOS	48
4.4.4. COMPARAÇÃO CRÍTICA ENTRE OS PROTOCOLOS	50
4.5. PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA COMUNICAÇÃO DO CANCRO ORAL.....	53
4.5.1. RESPONSABILIDADE ÉTICA E PROFISSIONAL	53
4.5.2. COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS DO MÉDICO DENTISTA	55
4.5.3. IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO	57
4.6. COMUNICAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO	58
4.6.1. GRUPOS DE RISCO E PREVENÇÃO	58
4.6.2. CAMPANHAS DE SENSIBILIZAÇÃO.....	60
4.6.3. FERRAMENTAS DIGITAIS E NOVAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO.....	61
4.7. DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS	63
V. CONCLUSÃO	65
VI. BIBLIOGRAFIA.....	69

I. Introdução

1.1. Enquadramento geral do cancro oral

1.1.1 Definição e localização do cancro oral

O cancro oral caracteriza-se como um tumor neoplásico maligno que se desenvolve na cavidade oral. Esta inclui os lábios, os dois terços anteriores da língua, a gengiva, o assoalho bucal, as mucosas jugais, o palato duro, o trigono retromolar, as glândulas salivares, as glândulas sublinguais, a glândula parótida e as glândulas submandibulares (Rivera, 2015).

Num contexto mais amplo, os cancros orais podem estar associados aos cancros da orofaringe, que é a região anatómica situada atrás da cavidade oral. A orofaringe inclui a base da língua (a parte do terço posterior da língua), o palato mole, as amígdalas e as paredes laterais e posteriores da faringe.

Do ponto de vista histológico, o cancro oral é representado principalmente pelo carcinoma espinocelular oral (OSCC, Oral Squamous Cell Carcinoma). Também designados por de cancros espinocelulares, que constituem 90% a 95% dos cancros bucais. O OSCC é um tumor maligno estratificado da mucosa bucal (Roi et al., 2021).

As outras formas histológicas, que representam cerca de 5% dos casos, incluem sobretudo tumores das glândulas salivares menores, bem como linfomas e melanomas mucosos, que continuam a ser relativamente raros (Daley & Darling, 2003).

1.1.2. Dados epidemiológicos

Os dados epidemiológicos mostram que o cancro oral se encontra em “16.º lugar entre os cancros mais frequentes a nível mundial” (Chamoli et al., 2021),

Segundo os autores, foram registados 377 713 casos e 177 757 mortes em todo o mundo em 2020.

De acordo com estimativas recentes do Global Burden of Disease (GDB), o cancro oral continua a representar um importante problema de saúde pública a nível mundial. Entre 1990 e 2021, o número de novos casos de cancro da cavidade oral e do lábio aumentou 142,18%, enquanto o número de mortes associadas à doença aumentou 113,94%. Demonstrando a crescente relevância desta patologia a nível global (Hu et al., 2026).

A nível global observam-se importantes diferenças geográficas na distribuição do cancro oral. No Irão, Jokar et al. (2023) demonstraram que a incidência da doença permanece inferior à média mundial, apresentando taxas de incidência padronizadas por idade de 1,96 por 100 000 habitantes nos homens e 1,36 por 100 000 habitantes nas mulheres. Em comparação, os dados globais do GLOBOCAN 2020 indicam taxas de incidência de aproximadamente 6 por 100 000 habitantes nos homens e 2,3 por 100 000 habitantes nas mulheres. Em contrapartida, nos Estados Unidos, os registos nacionais evidenciam uma tendência crescente da incidência do cancro oral ao longo das últimas décadas. Entre 2007 e 2016, a incidência dos cancros da cavidade oral e da faringe aumentou, em média, 0,6% por ano (Ellington et al., 2020). Na Europa, o cancro do lábio e da cavidade oral continua a apresentar uma carga epidemiológica significativa. De acordo com os dados do GLOBOCAN 2022 apresentados por Ghanem et al. (2024), foram registados 62 103 novos casos e 24 253 óbitos relacionados com esta patologia. Os homens apresentam taxas de incidência e mortalidade substancialmente superiores às das mulheres, com taxas padronizadas por idade de 6,4 e 2,6 por 100 000 habitantes, respetivamente, enquanto nas mulheres estas taxas são de 2,2 e 0,69 por 100 000 habitantes. Os autores referem igualmente a existência de importantes disparidades geográficas, com os países da Europa Central

e Oriental a apresentarem incidências e mortalidades mais elevadas do que os países da Europa Ocidental e do Norte.

As tendências recentes demonstram que o cancro oral continua a representar um importante problema de saúde pública a nível mundial. Segundo Hu et al. (2025), em 2021 foram registados cerca de 421 577 novos casos e 208 379 óbitos associados ao cancro do lábio e da cavidade oral. Embora a incidência global tenha aumentado significativamente nas últimas décadas, os autores observaram uma ligeira diminuição das taxas de mortalidade padronizadas por idade em algumas regiões com elevados níveis de desenvolvimento socioeconómico. Em contrapartida, a maior carga da doença continua a concentrar-se no Sul da Ásia, persistindo importantes desigualdades geográficas. Os autores destacam ainda diferenças entre grupos populacionais, verificando-se um aumento da incidência em populações mais jovens e nas mulheres, enquanto os homens e os indivíduos mais idosos continuam a apresentar as taxas mais elevadas da doença (Hu et al., 2026).

1.1.3 Fatores de risco e populações expostas

Esta tendência de aumento da ocorrência do cancro oral reflete, em grande parte, a exposição a fatores de risco bem estabelecidos, como o tabaco, o álcool e a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), bem como a influência de tendências socioeconómicas e comportamentais na prevalência e incidência do cancro oral.

O tabaco é um dos principais fatores de risco para muitas doenças e também para o cancro oral. De acordo com a meta-análise de Sadri e Mahjub (2007), o tabagismo constitui um fator de risco importante, aumentando consideravelmente o risco de cancro oral. Os fumadores apresentam um cinco vezes superior ao dos não fumadores. Trata-se de um risco dependente da dose, ou seja, aumenta com a duração e a intensidade do consumo.

O consumo regular e excessivo de álcool é igualmente reconhecido como um importante fator de risco para o cancro oral e orofaríngeo. Tal como acontece

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
com o tabaco, este risco é dependente da dose, ou seja, influenciado pela quantidade e duração do consumo, havendo riscos significativos mesmo em caso de consumo moderado. Estes efeitos são também modulados por fatores individuais e socioeconómicos (Singhavi et al., 2020).

Além disso, foi demonstrado várias vezes, nomeadamente que a associação entre álcool e tabaco aumenta significativamente o risco de cancro oral, em comparação com o consumo destes dois fatores separadamente. Esta meta-análise mostra que a associação entre álcool e tabaco está associada a um risco multiplicado por cerca de 5,37 vezes superior (Mello et al., 2019).

Para além desses fatores comportamentais, como tabaco e o álcool, a infeção pelo papilomavírus humano (HPV) , em particular os genótipos de alto risco HPV-16 e HPV-18, é cada vez mais reconhecida como um fator de risco importante para cancros orofaríngeos, mesmo em indivíduos sem exposição ao tabaco e ao álcool. Estudos realizados por Gillison et al. (2014) evidenciam uma associação significativa entre a infeção pelo HPV, nomeadamente os genótipos HPV-16 e HPV-18, e o desenvolvimento de carcinoma epidermóide oral. Este estudo demonstra que a infeção pelo HPV, que é transmitida por via sexual, contribui para o aumento dos casos de cancro oral, especialmente em pessoas jovens (Martín-Hernán et al., 2013).

As desigualdades sociais também contribuem para o aparecimento do cancro oral. De acordo com o estudo de Conway et al. (2008), as populações com estatuto socioeconómico baixo têm um risco mais elevado de desenvolver cancro oral, independentemente de comportamentos de risco como consumo de tabaco e álcool. Estas desigualdades traduzem-se num acesso limitado à prevenção e a informação, o que limita o rastreio precoce eo acesso aos cuidados de saúde. O estudo de da Silva et al. (2025) mostra também que as desigualdades socioeconómicas influenciam a mortalidade por cancro

oral, com taxas de prevalência mais elevadas nas populações desfavorecidas.

1.1.4 Problema de saúde pública

O cancro oral é frequentemente diagnosticado numa fase avançada, e vários estudos demonstram que este diagnóstico tardio é influenciado pela falta de conhecimento dos sinais e sintomas iniciais. O estudo de Lima et al. (2021) mostra que muitos pacientes só consultam após o aparecimento de sintomas avançados e dolorosos, o que leva a um diagnóstico tardio e a um prognóstico desfavorável. Apesar dos avanços científicos, a ausência de deteção precoce e de rastreio direcionado nas populações de risco pode explicar parte dos diagnósticos tardios e dos maus prognósticos. De facto, a ausência de deteção precoce e de rastreio direcionado nas populações de risco pode explicar parte dos diagnósticos tardios e dos maus prognósticos (Baykul et al., 2010).

Além do seu impacto vital, o cancro oral tem também um impacto significativo na sobrevivência e na qualidade de vida. Os doentes com cancro oral apresentam um nível de qualidade de vida significativamente inferior quando comparados com os indivíduos saudáveis que constituíam o grupo de controlo da investigação. O score médio global de qualidade de vida foi de $61,2 \pm 22,9$ nos doentes com cancro oral, comparativamente a $95,2 \pm 8,5$ no grupo de controlo ($p < 0,001$). Esta diminuição da qualidade de vida está relacionada não só com a doença, mas também com as consequências funcionais, psicológicas e sociais associadas aos tratamentos oncológicos. (Yuwanati et al., 2021).

De forma semelhante, Ghorbani et al. (2023) avaliaram a qualidade de vida de doentes tratados por carcinoma epidermoide oral, o tipo histológico mais frequente de cancro oral, comparando-os com indivíduos saudáveis que constituíam o grupo de controlo do estudo. Os autores observaram que os doentes apresentavam níveis de qualidade de vida significativamente inferiores aos do grupo de controlo, particularmente ao nível das capacidades funcionais e da presença de dor. Estes resultados evidenciam o impacto da doença e das sequelas associadas aos tratamentos na vida quotidiana dos doentes.

A prevenção primária e o rastreio precoce são essenciais para melhorar o prognóstico do cancro oral. A identificação precoce de lesões suspeitas ou potencialmente malignas pode permitir estabelecer um diagnóstico antes da manifestação de sintomas tardios. O estudo de Sciubba e Larian (2018) analisou uma amostra de pacientes detetados precocemente, tendo sido registada uma taxa de sobrevivência estimada de cerca de 94% após cinco anos.

A implementação de programas de rastreio que incluam uma inspeção visual sistemática da cavidade oral, sobretudo em grupos de risco, pode contribuir para melhorar as taxas de sobrevivência, reduzir o número de casos diagnosticados num estágio avançado e, consequentemente, diminuir a mortalidade associada ao cancro oral (Ribeiro et al., 2022).

1.2. Comunicação em saúde no contexto oncológico

1.2.1. Importância da comunicação em oncologia

O tratamento de um doente oncológico não se limita apenas aos cuidados médicos e à transmissão de informações médicas. A comunicação e a compreensão são aspetos fundamentais e essenciais ao longo de todo o tratamento e acompanhamento do paciente. A comunicação não é secundária, ela é parte integrante do tratamento do paciente (Tay et al., 2010).

O estudo de Fallowfield e Jenkins (1999) salienta que a comunicação deve ser considerada uma competência essencial e imprescindível, sendo parte integrante dos cuidados. Um bom domínio desta competência não só influencia a compreensão do paciente, como também o estabelecimento de uma relação de confiança.

Slavova-Azmanova et al. (2019) demonstraram que a qualidade da comunicação influencia diretamente a experiência dos cuidados de saúde.

Quando os profissionais fornecem informações claras sobre o diagnóstico, os riscos e as opções terapêuticas disponíveis, os pacientes revelam um maior nível de compreensão e envolvimento nas decisões clínicas, favorecendo a continuidade e a adesão ao tratamento.

Lu et al. (2024) destacam que uma comunicação centrada no paciente deve adaptar a informação às necessidades, expectativas e preferências individuais de cada doente, permitindo uma participação mais ativa no processo de tomada de decisão.

1.2.2. Especificidades da comunicação em saúde oral

A maioria das alterações na mucosa oral é identificada pelo dentista, que desempenha um papel crucial na detecção precoce do cancro oral durante as consultas de rotina. No estudo de Hertrampf et al. (2022) foram utilizadas fichas de documentação da inspeção oral, que detalhavam cada área da boca a ser examinada e registada durante num período de seis meses, numa amostra de 200 pacientes, tratados por 25 dentistas. Os resultados mostram que a inspeção da mucosa oral, que é simples, não invasiva e de baixo custo, deve ser realizada de forma sistemática. Este estudo confirma que a maioria das lesões pré-cancerosas ou suspeitas é detetada pelos dentistas na prática de rotina, destacando o seu papel fundamental na prevenção e na melhoria do prognóstico.

A comunicação de uma lesão suspeita ou de um diagnóstico confirmado é essencial para garantir a compreensão e promover a adesão do paciente ao tratamento. Está comprovado que os pacientes desejam receber todas as informações possíveis, apresentadas de forma clara e detalhada. No entanto, apenas uma minoria deles beneficia de uma comunicação completa, criando discrepâncias entre as expectativas e a realidade (Alves et al., 2023).

Existem muitos desafios comunicacionais e emocionais no contexto da prática da medicina dentária. Uma lacuna na formação, bem como nas competências clínicas pode limitar a eficácia da detecção precoce do cancro oral. O estudo de Gaballah et al. (2021) destaca que a formação dos estudantes de

medicina dentária e dos recém-licenciados revela uma capacidade ainda é limitada no que se refere à capacidade de reconhecer corretamente lesões suspeitas, o que pode atrasar o diagnóstico. Além disso, o inquérito nacional realizado por Boussoni et al. (2025) analisou as práticas dos dentistas franceses no que se refere ao rastreio do cancro da boca, tendo revelado uma variabilidade significativa na realização sistemática de exames orais. Apenas metade dos inquiridos realizava um exame sistemático das mucosas. Os autores salientaram a necessidade de formação adicional sobre o rastreio oral obrigatório. A ideia de reforçar a formação específica neste domínio é também abordada no estudo de Ghalwash e Zahran (2025), que referem que 66% dos participantes se consideravam incompetentes no que diz respeito na deteção do cancro oral, o que constitui um obstáculo à deteção precoce do cancro oral.

Por fim, os desafios não são apenas técnicos, mas também emocionais. De facto, um estudo recente mostra que 44,6% dos dentistas se preocupam com a reação emocional dos seus pacientes quando lhes anunciam um diagnóstico grave, e 46,24% nunca receberam formação específica sobre como anunciar más notícias (Martins et al., 2023). Tal constitui um obstáculo adicional a uma comunicação eficaz.

1.3. A comunicação da má notícia em medicina dentária

1.3.1. Conceito de má notícia

É fundamental definir com precisão o conceito de má notícia, uma vez que este constitui um elemento central da comunicação em saúde. Segundo Mansoursamaei et al. (2023), uma má notícia corresponde a qualquer informação que produza um impacto negativo e significativo na perceção que uma pessoa tem do seu futuro. Esta definição evidencia que a gravidade de uma má notícia não depende exclusivamente da natureza clínica da informação transmitida, mas também da forma como esta é percecionada pelo paciente. Assim, no contexto clínico, uma má notícia

pode estar associada ao diagnóstico de uma doença grave, crónica ou incapacitante, sendo suscetível de alterar significativamente a vida e as expectativas do doente.

Receber uma má notícia tem um impacto significativo na vida quotidiana do paciente, bem como um impacto emocional considerável. O estudo qualitativo exploratório de Krieger et al. (2023) analisou três dimensões emocionais: a experiência dos pacientes ao receber a notícia, as suas reações emocionais e as suas preferências em relação à forma como a notícia lhes é dada. Os autores concluíram que o anúncio de um diagnóstico de cancro é um momento altamente emocional, que suscita reações como choque, medo, impotência e até um sentimento de injustiça. Este estudo realça, mais uma vez, que o impacto da má notícia não se limita à informação transmitida, mas abrange a experiência emocional e psicológica durante o anúncio.

O estudo transversal de Kosydar-Bochenek et al. (2025) demonstra que o anúncio de um diagnóstico de cancro oral exige competências comunicacionais específicas. Os autores verificaram que profissionais com níveis mais elevados de inteligência emocional, entendida como a capacidade de reconhecer e gerir adequadamente as emoções próprias e dos pacientes, favorecem uma melhor aceitação da informação transmitida. Neste contexto, é recomendada a implementação de programas de formação destinados ao desenvolvimento destas competências, bem como à utilização de estratégias estruturadas de comunicação de más notícias.

1.3.2. Particularidades do cancro oral enquanto má notícia

Um dos aspetos mais marcantes do impacto emocional do cancro na boca é o impacto funcional, nomeadamente por alterações fisiológicas, como a diminuição da saliva em 52% dos pacientes, relatada como a consequência mais frequente e mais grave. Em 48% dos indivíduos, observa-se uma diminuição da abertura bucal e dos movimentos da língua. Além disso, os pacientes edêntulos

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
ou parcialmente edêntulos apresentam frequentemente dificuldades em suportar as próteses devido à falta de retenção (Kamstra et al., 2011).

Além do impacto fisiológico, o cancro oral apresenta um forte impacto psicológico e social que ultrapassa amplamente o aspeto físico da doença. O estudo Infante-Cossio et al. (2009), realizado em Espanha e na Europa, evidenciou uma deterioração significativa da qualidade de vida dos pacientes. Essa alteração manifesta-se a nível emocional e psicológico, devido à dor sentida após o tratamento. O estudo também demonstrou que essa alteração na qualidade de vida pode depender de vários fatores: sexo (as mulheres sofrem mais), idade (pacientes com mais de 65 anos têm uma qualidade de vida inferior) e localização do tumor, bem como o seu estágio.

No âmbito de uma boa comunicação, é essencial que os profissionais consigam distinguir claramente o diagnóstico do prognóstico. Estes dois tipos de informação não têm o mesmo impacto emocional. Foi demonstrado no estudo de Porensky e Carpenter (2016) que anunciar a doença através de um enquadramento e uma abertura positivos permite reduzir o impacto emocional e o sofrimento, independentemente do diagnóstico

II. Definições

2.1 Literacia em Saúde oral

No domínio da saúde pública, o conceito de literacia em saúde tem vindo a ser progressivamente aplicado ao domínio da saúde oral. Este conceito permite compreender melhor a capacidade dos indivíduos para aceder e compreender informações relacionadas com a saúde oral. Jones et al. (2007) definem a literacia em saúde oral como «a medida em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações e os serviços básicos em matéria de saúde oral necessários para tomar decisões adequadas em matéria de saúde».

Este conceito abrange várias dimensões essenciais, tais como a capacidade de aceder à informação sobre saúde e a capacidade de compreender as informações médicas, utilizando-as de forma adequada na tomada de decisões. Jones et al. (2007) refere ainda que um nível adequado de literacia permite compreender e lidar melhor com as informações sobre doenças orais, enquanto um nível baixo de literacia, pode constituir um obstáculo à compreensão e à tomada de decisões.

O artigo de Baskaradoss (2018) recorda igualmente que a literacia em saúde está intimamente ligada aos comportamentos de saúde «influenciados pela cultura, pela língua e pelas características dos contextos relacionados com a saúde», bem como aos resultados de saúde. O estudo sublinha ainda que os indivíduos com níveis mais baixos de literacia apresentam riscos mais elevados. A literacia em saúde oral pode, assim, ser considerada um elemento-chave da prevenção e da comunicação e demonstra que a melhoria da literacia dos doentes «pode ajudar a melhorar a adesão às instruções médicas, as competências de autogestão e os resultados globais do tratamento».

Neste contexto, a literacia em saúde oral surge como um elemento essencial para promover a compreensão do doente. Salienta-se a importância

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
de uma comunicação clara e adequada, nomeadamente em situações complexas, como o anúncio de um diagnóstico grave.

2.2 Comunicação em saúde

A comunicação e as competências comunicativas são elementos essenciais no acompanhamento do paciente ao longo do seu percurso terapêutico. De acordo com o artigo de HA e Longnecker (2010), uma comunicação eficaz e bem-sucedida assenta em três pilares fundamentais: «o estabelecimento de uma boa relação interpessoal, a facilitação da troca de informações e o envolvimento do paciente na tomada de decisões». Este artigo destaca a importância da comunicação na área da saúde enquanto processo de troca de informações entre o profissional de saúde e o paciente. De acordo com o estudo, esta comunicação bidirecional aumenta a probabilidade de compreensão das informações, bem como a satisfação do paciente, e desempenha um papel determinante na adesão do paciente ao seu tratamento.

O artigo de HA e Longnecker (2010) destaca igualmente um método de comunicação centrado no paciente, definido como um método personalizado no qual o paciente está ativamente envolvido no seu próprio tratamento. Esta tende a gerar uma maior satisfação do paciente, tanto a curto como a longo prazo. Além disso, o artigo destaca que a abordagem centrada no paciente também traz benefícios para o profissional de saúde, nomeadamente uma redução do stresse uma maior satisfação. Os autores incentivam, assim, uma comunicação colaborativa entre médico e paciente para otimizar o tratamento. Esta abordagem comunicacional centrada no paciente insere-se no desenvolvimento de diferentes modelos de comunicação, representando uma base essencial para compreender os desafios específicos associados à comunicação de más notícias.

2.3. Comunicação de más notícias

Num contexto clínico, o conceito de «más notícias» pode ser alvo de diversas definições e interpretações. De acordo com o artigo de Bumb et al. (2017), uma má notícia é definida como qualquer informação que gere uma visão negativa de um doente sobre o seu futuro. As más notícias podem ter diferentes graus de gravidade, dependendo do diagnóstico, e o seu impacto depende também da perceção subjetiva do paciente, tornando a sua aceitação mais ou menos difícil, consoante o indivíduo e a sua história pessoal.

Bumb et al. (2017) salientam igualmente que a comunicação de uma má notícia não é um ato que possa ser equiparado a um procedimento médico padronizado, regido por diretrizes claramente estabelecidas, como acontece no tratamento de doenças como a hipertensão arterial ou a diabetes mellitus tipo 2. Os autores defendem que a comunicação de más notícias constitui um processo complexo, exigente para o profissional de saúde e frequentemente difícil de aceitar por parte do doente.

A reação emocional em contexto clínico após a comunicação de más notícias está associada a um impacto psicológico significativo. De acordo com o estudo de Primeau et al. (2024), esta reação emocional varia de indivíduo para indivíduo e deve ser abordada de forma personalizada. Os autores salientam a importância de adaptar a comunicação às necessidades emocionais do doente, recorrendo não apenas à comunicação verbal, mas também à comunicação não verbal, através do contacto visual, da postura, da escuta ativa e da demonstração de empatia. O estudo destaca ainda competências como a empatia, a flexibilidade e a capacidade de adaptar a informação ao perfil do paciente, consideradas fundamentais para uma comunicação eficaz de más notícias.

2.4. Protocolos de comunicação

A comunicação de más notícias constitui um momento delicado na prática clínica e na adesão ao tratamento. O artigo de Bumb et al. (2017) demonstra que a utilização de estratégias e protocolos de comunicação fundamentados e

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia estabelecidos permite influenciar positivamente a transmissão de más notícias e manter eficazmente a comunicação com o doente e a família. Neste contexto, foram desenvolvidos vários protocolos com o objetivo de estruturar este processo.

Estes protocolos fornecem orientações estruturadas que ajudam os profissionais de saúde e os doentes, garantindo um acesso a informação organizada, clara e progressiva, segundo Alves et al. (2023).

Os protocolos de comunicação de más notícias têm como principal objetivo apoiar o profissional de saúde durante este momento delicado. O artigo de Bumb et al. (2017) mostra que o objetivo de estabelecer modelos de comunicação permite obter e desenvolver um melhor domínio da comunicação na comunicação de más notícias, com uma correlação com uma taxa mais elevada de resultados positivos, reduzindo o impacto emocional e melhorando a relação entre profissionais e pacientes. São assim propostos vários modelos de comunicação na literatura médica, entre os quais se destacam os protocolos SPIKES e PEWTER (Bumb et al., 2017), ABCDE (Bruinink et al., 2024), GRIEVING (Landa-Ramirez et al., 2020) ou ainda BREAKS (Narayanan et al., 2010), cuja utilização é altamente recomendada no contexto clínico. Estes modelos serão apresentados e analisados mais detalhadamente nas secções seguintes.

2.5. Cancro oral

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro oral é definido como um tumor neoplásico maligno que afeta a mucosa oral, os dois terços anteriores da língua, lábios, palato, vestíbulo bucal, alvéolo bucal, assoalho bucal e gengivas (Xiao & Wang, 2021). A larga maioria destes cancros, ou seja, cerca de 90%, tem origem no epitélio escamoso estratificado da mucosa oral e é designada carcinoma espinocelular oral (OSCC), sendo assim reconhecida como um cancro frequente, classificado como o décimo sexto mais frequente a nível

mundial (Chamoli et al., 2021). Constitui, assim, um problema de saúde pública de grande importância, figurando entre os cancros mais frequentes à escala mundial.

Segundo Chamoli et al. (2021), a transformação de células normais em células tumorais resulta de uma diferenciação descontrolada, acompanhada por uma perda de controlo da proliferação celular que escapa ao funcionamento normal dos mecanismos de regulação do ciclo celular. Esta transformação manifesta-se através de uma desorganização do epitélio e do desenvolvimento de células com características anormais.

De acordo com Rivera e Venegas (2014), o carcinoma espinocelular oral pode apresentar diferentes graus de diferenciação histológica, que variam desde lesões pré-neoplásicas até formas invasivas de cancro. Para além da classificação da OMS baseada no grau de diferenciação tumoral, os autores referem o modelo TIF (Tumour Invasive Front), que corresponde à avaliação da frente invasiva tumoral, ou seja, a zona mais profunda e biologicamente ativa da invasão do tumor nos tecidos adjacentes. Nesta região são analisadas quatro características histopatológicas: o grau de queratinização, o polimorfismo nuclear, a infiltração linfocitária e o padrão de invasão (PI – Pattern of Invasion), que descreve a forma como as células tumorais invadem os tecidos circundantes. A avaliação destes parâmetros desempenha um papel importante na classificação histológica e na avaliação do comportamento biológico do carcinoma epidermoide oral.

III Metodologia

3.1 Enquadramento metodológico

O estudo consiste na elaboração de uma revisão narrativa da literatura sobre a comunicação do cancro oral. Esta abordagem baseia-se na análise de artigos científicos com o objetivo de reunir os conhecimentos e estudos já existentes relativos às estratégias de comunicação de más notícias utilizadas pelos profissionais de saúde ao comunicar um diagnóstico negativo, em particular no caso do cancro oral. Procedeu-se também à compilação de conhecimentos já existentes sobre os métodos de prevenção e educação em matéria de cancro oral. Este estudo visa, portanto, analisar as diferentes dimensões da comunicação em saúde oral, nomeadamente a comunicação do diagnóstico, a comunicação de más notícias, mas também a prevenção e a sensibilização para o cancro oral.

A opção por uma revisão narrativa justifica-se pela necessidade de examinar de forma abrangente os diferentes modelos de comunicação de más notícias aplicados ao contexto do cancro oral. Esta abordagem permite identificar os desafios que os profissionais de saúde e os doentes enfrentam aquando da comunicação do diagnóstico e da troca de informações. O presente trabalho consiste numa revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa, centrada na análise e interpretação de estudos científicos relacionados com a comunicação de más notícias no contexto do cancro oral. Esta abordagem permitiu sintetizar os conhecimentos disponíveis e identificar os principais fatores, estratégias e desafios associados a este processo comunicacional.

3.2 Estratégia de pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases de dados PubMed e ScienceDirect (Elsevier), bem como de fontes institucionais

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia reconhecidas, nomeadamente a Organização Mundial da Saúde (OMS). A estratégia de pesquisa baseou-se na utilização de palavras-chave relacionadas com os principais temas da dissertação, incluindo “oral cancer”, “bad news communication”, “breaking bad news”, “health communication”, “SPIKES protocol” e “dentistry”. Foram selecionados artigos científicos publicados entre 1999 e 2025, escritos em inglês, francês ou português, e considerados relevantes para os objetivos do estudo. Foram privilegiadas publicações que abordassem a comunicação de más notícias em contexto clínico, os protocolos de comunicação existentes e as particularidades associadas ao cancro oral. Este amplo intervalo temporal permite, nomeadamente, acompanhar a evolução do conceito de comunicação de más notícias, bem como o desenvolvimento dos protocolos propostos na literatura ao longo das últimas décadas.

3.4. Critérios de seleção dos estudos

Foram incluídos artigos científicos publicados em revistas académicas e considerados relevantes para os objetivos desta dissertação. Os critérios de inclusão abrangeram estudos relacionados com a comunicação de más notícias em contexto clínico, os protocolos de comunicação utilizados na prática médica e dentária, bem como trabalhos sobre cancro oral e literacia em saúde. Foram excluídos os artigos que não apresentavam relação direta com os objetivos do estudo ou cujo conteúdo não contribuía para a compreensão da problemática analisada.

Os diferentes artigos foram organizados e analisados seguindo uma abordagem e uma lógica temática. Os estudos foram classificados em diferentes categorias correspondentes ao plano de investigação, nomeadamente a definição de cancro oral, a literacia em saúde oral, a comunicação em saúde, o impacto do anúncio de más notícias, os protocolos de comunicação na prática clínica e as campanhas de sensibilização.

Esta análise permitiu identificar as convergências e diferenças entre os artigos, a fim de compreender melhor as estratégias de comunicação utilizadas durante a comunicação de más notícias e a influência dessa comunicação na relação entre o doente e o profissional de saúde, bem como na adesão ao tratamento.

IV Resultados e Discussão

4.1. Cancro oral enquanto objeto de comunicação

4.1.1. Representações social do cancro oral

O cancro é, há muito tempo, um tema abordado e ocupa um lugar especial na sociedade e no imaginário coletivo das representações sociais e sanitárias desta doença. De um ponto de vista histórico, o cancro tem sido frequentemente associado a uma imagem negativa, sendo percebido como uma infeção ligada à noção de impureza com uma evolução desfavorável, o que resultou, no passado, numa certa marginalização das populações afetadas pelo cancro. Estas representações simbólicas foram difundidas nos discursos médicos e sociais ao longo dos séculos, tendo construído uma perceção e uma noção do cancro inquietantes e negativas (Stolberg, 2014).

Estas representações sociais têm um impacto significativo na forma como os doentes e a sociedade percebem a doença. Foi demonstrado que, nas perceções sociais gerais da sociedade, o cancro continua frequentemente associado a imagens negativas e metáforas que podem contribuir para a estigmatização dos doentes, de acordo com o artigo de Flanagan e Holmes (2000), enquanto, no imaginário coletivo, a doença permanecer incurável, essas metáforas e estigmatizações dos doentes persistirão. Os autores incentivam os profissionais de saúde a questionar essas representações, promovendo uma abordagem mais crítica para desconstruir essas metáforas, por vezes alimentadas pelos discursos mediáticos que destacam narrativas trágicas relacionadas com o cancro.

Por outro lado, o estudo de Eldeek et al. (2014) mostra que, atualmente, o nível de conhecimento e de convicção da população sobre o conceito de cancro e sobre os possíveis tratamentos continua a ser limitado. Os resultados mostram também que ainda muitas pessoas não conhecem necessariamente as causas, os fatores de risco e os sinais precoces de um cancro «que pode ser genético, seguido de causas ambientais, alimentares, outras causas, inveja,

magia negra, stress, inflamação, ignorância e, por fim, tristeza». O artigo menciona igualmente outros estudos que já tinham apoiado anteriormente as conclusões apresentadas. Esta fraca literacia pode contribuir para uma perceção fatalista da doença e, assim, os doentes com cancro têm geralmente uma perceção negativa e atitudes erradas face a esta doença.

As representações sociais do cancro também podem variar de acordo com as características sociais, nomeadamente o sexo. O estudo de Ruthing e Holfed (2016) demonstrou que as atitudes e perceções face ao cancro podem diferir consoante o doente seja um homem ou uma mulher. O artigo descreve que os homens são considerados mais responsáveis pela sua doença, por serem mais responsáveis pelo seu estado de saúde, mas com mais controlo e mais responsabilidade do que as mulheres, com uma grande expectativa de demonstrarem força e domínio. Por outro lado, as mulheres são mais frequentemente vistas como vítimas das suas doenças, pois são consideradas menos responsáveis e suscitam mais compaixão e apoio social. Elas foram, nomeadamente, mais valorizadas durante a recuperação, enquanto a recuperação dos homens é um processo mais esperado. Estas diferenças podem influenciar a forma como a doença é percebida socialmente, bem como as reações emocionais suscitadas quando o diagnóstico é anunciado.

As representações sociais do cancro começam a formar-se desde a mais tenra idade. De acordo com o estudo de Cagnin et al. (2004), realizado com uma amostra de crianças dos 9 aos 15 anos, o cancro é frequentemente associado ao medo e à dor no imaginário das crianças. Alguns podem interpretar esta doença como uma forma de castigo, refletindo uma compreensão parcial da doença, desenvolvendo assim um sentimento de tristeza ligado ao grau considerável de ignorância que possuem. O estudo mostra que as crianças também têm consciência da morte quando o prognóstico é desfavorável, mas não conseguem avaliar com precisão a gravidade da doença, adotando assim um comportamento

de defesa psicológica para lidar com a ameaça. Os resultados concluem que as crianças estão cientes da existência do cancro e têm consciência da luta que alguns doentes têm de travar contra esta doença, mesmo que a sua compreensão ainda seja parcial.

Assim, as representações sociais do cancro são moldadas por fatores históricos, culturais e socioeconómicos e influenciam a perceção e a reação perante o anúncio do diagnóstico.

Atualmente, apesar dos avanços significativos registados no diagnóstico precoce, nas terapêuticas oncológicas e nas taxas de sobrevivência, o cancro continua a estar associado a representações sociais fortemente negativas. Segundo Higueta-Gutiérrez et al. (2023), muitos pacientes associam ainda o diagnóstico de cancro à dor, ao sofrimento, à perda de autonomia e à morte, atribuindo-lhe frequentemente um significado ameaçador para o seu futuro e para a sua qualidade de vida. Estas representações sociais não resultam apenas da experiência individual da doença, mas também das perceções construídas pela sociedade, pelos meios de comunicação e pelas experiências partilhadas por familiares ou pessoas próximas.

Neste contexto, o anúncio de um diagnóstico oncológico ultrapassa a simples transmissão de uma informação médica, uma vez que desencadeia um conjunto de emoções, receios e expectativas associadas ao significado que o cancro assume para cada indivíduo. Assim, a forma como esta informação é comunicada assume particular relevância, sendo essencial que os profissionais de saúde adotem uma abordagem empática, clara e centrada no doente, de modo a minimizar o impacto psicológico da má notícia e a favorecer uma melhor adaptação à doença.

4.1.2. Impacto do diagnóstico no doente

O anúncio de um diagnóstico de cancro oral constitui uma etapa delicada e marcante no percurso terapêutico e na vida do doente, podendo provocar traumas psicológicos significativos. O estudo de Phan et al. (2023) mostra que

este momento é vivido como um choque emocional que suscita diferentes emoções, tais como o medo e a ansiedade, mas que, no entanto, em alguns casos, o humor é utilizado como forma de aceitação e não de negação. Esta adaptação a que têm de fazer face depende, nomeadamente, da perceção que os doentes têm da doença, do apoio social recebido e da qualidade da instituição que os acolhe. Este conjunto de fatores desempenha um papel essencial na capacidade ou incapacidade de lidar com este diagnóstico.

O diagnóstico de cancro oral pode estar associado a um grande sofrimento psicológico. No seu estudo, Agah et al. (2025) demonstraram que a perceção da doença nos doentes com cancro pode estar associada a pensamentos suicidas, bem como a processos de ruminação, em que se sente negatividade ao remoer e repetir pensamentos negativos relacionados com a doença. Os resultados deste estudo mostram que uma melhor perceção da doença pode estar associada a um aumento desses pensamentos negativos e suicidas. Por outro lado, o estudo destaca que um apoio social de qualidade estava associado a uma diminuição desses pensamentos negativos e suicidas.

A perceção da doença também pode influenciar o desenvolvimento de uma forma de ansiedade, nomeadamente a ansiedade relacionada com a progressão da doença após o diagnóstico, o que pode provocar alterações na qualidade de vida dos doentes. O estudo de Liu et al. (2024), realizado numa amostra de 243 doentes, mostra que, quando a perceção da doença e o apoio social são de baixa qualidade, o medo da progressão da doença é elevado. No entanto, o estudo conseguiu destacar que uma má perceção do diagnóstico e da doença, quando associada a um elevado apoio social, resulta num medo da progressão da doença que é mais fraco. Este medo pode persistir ao longo de todo o percurso terapêutico e constitui uma importante fonte de ansiedade para o doente. Assim, o estudo sugere que o impacto psicológico de um diagnóstico pode estar associado a um medo da progressão que pode ser atenuado por uma boa

percepção da doença, mas sobretudo pelo apoio social de que o paciente beneficia.

O estudo de Hyland et al. (2019) evidencia que o diagnóstico de cancro e os tratamentos nos primeiros três meses após o início da doença podem estar associados a repercussões significativas na qualidade de vida dos doentes. Os resultados revelam o aparecimento de sintomas depressivos, isolamento social e solidão em alguns doentes. O estudo sublinha que a solidão constitui um fator importante associado a um aumento dos sintomas depressivos, bem como a uma diminuição da qualidade de vida. O estudo mostra que este sentimento de solidão é uma das causas dos sintomas depressivos e da diminuição da qualidade de vida. Este sentimento pode ser explicado por variáveis sociais e cognitivas, tais como expectativas sociais negativas, constrangimentos sociais ou ainda a estigmatização da doença. Os resultados reforçam a importância do apoio social no processo terapêutico do doente, desde o anúncio do diagnóstico até ao acompanhamento da doença.

O anúncio de um diagnóstico de cancro não se resume apenas ao aspeto médico, mas constitui também uma experiência profundamente marcante a nível psicológico, social e emocional. Estes diversos impactos sublinham a importância do apoio social, não só entre o doente e os seus familiares, mas também entre o doente e o profissional de saúde, promovendo uma comunicação adequada e uma relação de confiança, desde o anúncio do diagnóstico ao longo de todo o percurso de cuidados.

4.2. Comunicação em saúde e literacia em saúde oral

4.2.1. Comunicação clínica em medicina dentária

A relação entre o dentista e o paciente constitui um elemento fundamental da prática clínica em medicina dentária. Kheir et al. (2019) demonstraram que a qualidade da relação dentista-paciente exerce uma influência direta no nível de ansiedade dos pacientes face aos cuidados dentários. Os resultados do estudo indicam que os pacientes com um nível de ansiedade mais baixo apresentam

uma relação de qualidade com o dentista, graças a uma confiança estabelecida e a explicações claras. A participação ativa do paciente no seu tratamento, bem como boas competências comunicacionais do profissional, contribuem para reduzir a ansiedade e melhorar a satisfação do paciente. Estes elementos são particularmente importantes em contextos clínicos mais sensíveis e dolorosos, tanto física como psicologicamente. Assim, a qualidade da relação dentista-paciente é essencial na gestão da ansiedade e no acompanhamento do paciente ao longo do seu percurso terapêutico.

Neste contexto, o estabelecimento de uma comunicação clara e eficaz entre o profissional de saúde e o paciente é essencial para garantir uma boa compreensão das informações relativas ao diagnóstico. Uma comunicação adequada permite ao paciente compreender melhor a situação, o seu estado de saúde e os cuidados possíveis. O estudo de Åstrøm et al., (2022) evidencia que a qualidade da relação entre dentista e paciente é essencial para a boa adesão aos cuidados dentários, em particular entre os idosos, que constituíam a população estudada. Os autores sublinham que esta relação se baseia, nomeadamente, na confiança, na frequência regular, na ausência de medo do dentista, na satisfação com a qualidade dos cuidados dentários e numa comunicação terapêutica clara e compreensível.

A empatia constitui igualmente um elemento-chave na comunicação clínica em medicina dentária entre o profissional e o paciente. De acordo com a revisão sistemática de Derksen et al. (2013), a empatia é definida «como a capacidade do médico de compreender as situações, os pontos de vista e os sentimentos do paciente». Os autores definem a empatia em três categorias: atitude afetiva, competência cognitiva e comportamento. Corresponde, assim, à capacidade do profissional de compreender as emoções, as preocupações e as expectativas do paciente, enquanto lhe proporciona apoio e compreensão. A empatia desempenha um papel importante na relação e

na experiência de cuidados dos pacientes. Os resultados do estudo mostram também que uma empatia eficaz na comunicação clínica resulta numa maior satisfação dos pacientes, bem como numa diminuição da ansiedade e do medo. Os resultados indicam que a empatia proporciona melhores resultados clínicos e uma maior autonomia dos pacientes, ou seja, a sua capacidade de enfrentar a doença e de assumir o controlo da sua própria saúde é melhorada. Neste contexto, uma comunicação baseada na empatia e na compreensão mútua permite incentivar o paciente à participação ativa no seu tratamento.

Assim, esta participação ativa do paciente no tratamento constitui um aspeto importante na comunicação clínica. O estudo de Kheir et al. (2019), que já referido anteriormente, também sublinha nos seus resultados a importância do envolvimento do paciente no seu tratamento. Ou seja, um acompanhamento personalizado com uma escuta atenta e uma discussão e troca de pontos de vista sobre a situação oral do paciente, utilizando uma linguagem compreensível e indicando a importância das explicações fornecidas. A capacidade do profissional de responder às preocupações do paciente, nomeadamente face à dor ou ao medo do diagnóstico, contribui igualmente para reforçar a satisfação do paciente e para estabelecer rapidamente uma relação de confiança. Assim, uma comunicação aberta e interativa permite promover a participação do paciente nas decisões terapêuticas e melhorar a adesão aos tratamentos propostos.

No entanto, a qualidade desta comunicação não depende apenas do profissional, mas também da capacidade do paciente para compreender as informações que lhe são transmitidas. Esta capacidade remete para o conceito de literacia oral, que desempenha um papel essencial na compreensão do diagnóstico e na comunicação clínica em medicina dentária.

4.2.2. Literacia em saúde oral e compreensão do diagnóstico

A literacia em saúde desempenha um papel determinante na compreensão das informações médicas e do diagnóstico. A capacidade dos

doentes para compreender as informações é, portanto, igualmente importante, a par da capacidade do profissional de saúde para transmitir essas informações. Uma fraca capacidade de compreensão das informações pode, assim, representar um obstáculo ao bom desenrolar da compreensão do diagnóstico e ao acompanhamento terapêutico. O artigo de Reynolds et al. (2019) mostra que os doentes com um baixo nível de literacia médica enfrentam mais dificuldades em compreender as informações médicas e os diagnósticos; esta baixa literacia pode, assim, afetar a sua capacidade de compreender a gravidade do seu estado de saúde. Está também associada a uma menor adesão às recomendações terapêuticas e, consequentemente, a resultados de saúde menos favoráveis.

A literacia em saúde está, além disso, correlacionada com o nível de escolaridade, o que constitui, assim, um fator que influencia diretamente a capacidade dos pacientes de compreender as informações. O estudo de Aljassim e Ostini (2020) analisou as diferenças de literacia em saúde entre as populações rurais e as populações urbanas. O estudo evidenciou que a literacia em saúde está fortemente ligada à situação socioeconómica e concluiu que a literacia era mais elevada em meios urbanos. Os autores sugeriram que esta menor literacia rural se devia a vários fatores, tais como a idade, o sexo (com uma literacia mais baixa entre as mulheres sem escolaridade), a situação socioeconómica e a educação. Os autores demonstram que os indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo apresentam maiores dificuldades em compreender as informações médicas. Estas desigualdades na educação podem, assim, conduzir a disparidades no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade da prestação de cuidados junto das populações mais vulneráveis. No contexto de patologias graves, como o cancro oral, estas desigualdades decorrentes das dificuldades de compreensão e da falta de educação podem constituir um obstáculo significativo ao acesso e à adesão do paciente aos cuidados de saúde.

Esta literacia em saúde tem, portanto, um impacto significativo na adesão do paciente aos cuidados terapêuticos e no seu envolvimento no próprio tratamento. Como pudemos constatar nos resultados de estudos anteriores, uma boa compreensão das informações e do diagnóstico permite ao paciente compreender melhor a sua situação e adotar comportamentos adequados ao seu estado de saúde. O estudo de Sørensen et al. (2015) é um estudo realizado à escala europeia sobre a literacia em saúde na Europa. Este estudo evidencia as importantes desigualdades em matéria de literacia em saúde entre os 7 países europeus analisados. Os resultados mostram que uma parte significativa da população apresenta uma literacia em saúde limitada, com 12,4% a ter um nível inadequado e 47,6% um nível limitado. Os resultados também evidenciam as disparidades entre os países, com apenas 1,8% da população dos Países Baixos a apresentar uma literacia em saúde inadequada, contra 26,9% dos participantes da Bulgária. Além disso, o estudo tem também em conta fatores socioeconómicos, tais como o estatuto social e a idade, revelando que, entre as pessoas com um estatuto social baixo, a proporção de literacia em saúde limitada é de 73,9%. As pessoas com um baixo nível de literacia em saúde terão, assim, mais dificuldades em aceder à informação, compreendê-la e utilizá-la, o que pode afetar a sua capacidade de aderir ao tratamento e de tomar as decisões adequadas. Por outro lado, um nível adequado de literacia promoverá um maior envolvimento nos cuidados de saúde. Os autores sugerem planos de ação e decisões políticas para colmatar esta desigualdade em matéria de literacia. A nível europeu, as proporções de participantes com literacia em saúde limitada ou inadequada refletem este défice europeu de literacia em saúde e revelam um verdadeiro desafio de saúde pública.

Assim, apesar do papel essencial da literacia em saúde na compreensão do diagnóstico, na tomada de decisões e no acesso ao tratamento, muitos doentes continuam a enfrentar dificuldades no acesso à informação e na compreensão da linguagem médica. Estas limitações podem evidenciar a existência de diferentes barreiras que podem criar um obstáculo na comunicação de más notícias entre o médico e o doente.

4.2.3. Barreiras

A linguagem médica caracteriza-se pela sua complexidade, útil para a comunicação entre médicos e profissionais de saúde, mas pode constituir uma barreira à boa comunicação na relação médico-paciente. Com efeito, o uso de vocabulário técnico ou de termos especializados pode dificultar a compreensão para alguns pacientes, em particular aqueles com baixa literacia em saúde. A revisão sistemática de Kumar et al. (2023) evidencia que a utilização de jargão na linguagem médica na prática clínica é frequente e pode estar associada a uma má compreensão das informações, o que pode levar a erros na interpretação do diagnóstico por parte do paciente. De acordo com o artigo referido, «até 79% dos pacientes compreendiam mal a terminologia médica». A revisão refere ainda que 22,4% dos profissionais admitem utilizar jargão médico no dia-a-dia e 55,8% admitem utilizá-lo por falta de tempo. Esta incompreensão pode, assim, limitar o envolvimento dos doentes no tratamento e representar uma barreira particularmente problemática no contexto da comunicação de um diagnóstico grave, como o cancro oral, em que a compreensão da informação é essencial.

O tempo de consulta constitui também um obstáculo significativo a uma comunicação eficaz na relação médico-paciente. Um tempo insuficiente limita a possibilidade de fornecer informações detalhadas, de utilizar uma linguagem clara e compreensível ou ainda de dedicar tempo a ouvir, compreender o paciente e responder às perguntas feitas. A revisão sistemática de Irving et al. (2017), realizada em 67 países, procurou examinar a relação entre o tempo de consulta e os resultados obtidos. Ela destaca muitas variações a nível mundial no tempo de consulta, nomeadamente em 18 países onde 50% das consultas duravam menos de cinco minutos. O artigo sublinha que uma duração de consulta tão curta não permite o acesso a cuidados equitativos e limita a comunicação, reduzindo a qualidade dos cuidados e a adesão ao tratamento. Os autores salientam igualmente que os tempos de consulta

restritos estão associados a uma má comunicação com os pacientes e a uma má compreensão do diagnóstico e dos tratamentos. A falta de tempo constitui, assim, uma limitação e uma barreira importante que pode restringir a comunicação na área da saúde, em particular a comunicação de más notícias graves.

Para além das barreiras relacionadas com a comunicação, tal como referido anteriormente, o profissional de saúde dentária pode também deparar-se com outras barreiras de natureza psicológica, nomeadamente o medo do tratamento e a ansiedade dentária. Com efeito, os pacientes podem desenvolver uma ansiedade significativa face aos cuidados dentários. A revisão sistemática de Steenen et al. (2024) descreve a ansiedade dentária como um distúrbio comportamental crónico caracterizado por respostas emocionais mais intensas do que nas pessoas que não apresentam ansiedade dentária. Menciona também a forma extrema da ansiedade dentária, nomeadamente a fobia face aos tratamentos e consultas dentárias. De acordo com o estudo, estes dois distúrbios comportamentais são frequentes em adultos, com uma prevalência de 24,3% de ansiedade dentária no Ocidente e uma prevalência de 3,7% de fobia dentária no Ocidente, podendo alterar significativamente o recurso aos cuidados. Este medo pode estar relacionado com a antecipação da dor, experiências passadas negativas ou uma perceção errada dos cuidados. E pode, assim, limitar o envolvimento do paciente no seu percurso terapêutico. No contexto de um diagnóstico grave, como o de uma doença grave, como o cancro oral, o medo do tratamento pode constituir um obstáculo importante na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, bem como na adesão terapêutica. O estudo sugere a utilização de hipnose ou de benzodiazepinas para reduzir e diminuir esta barreira psicológica entre o médico e o paciente.

Assim, face às diversas barreiras que podem limitar a compreensão do diagnóstico e a comunicação entre médico e doente, afigura-se essencial analisar mais especificamente a forma como uma má notícia é comunicada. Nomeadamente no caso do cancro oral, em que a comunicação do diagnóstico

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia constitui uma etapa fundamental do percurso terapêutico, exigindo uma abordagem adequada e diferenciada.

4.3. Comunicação da má notícia no cancro oral

4.3.1. Princípios gerais da comunicação da má notícia

A comunicação de más notícias constitui um momento particularmente delicado na prática clínica, especialmente no contexto do cancro oral. A comunicação de más notícias é uma etapa determinante no início do percurso de cuidados e pode influenciar a perceção da doença e do diagnóstico, bem como a adesão ao tratamento. De acordo com o estudo de Fallowfield e Jenkins (2004), a comunicação de más notícias é uma experiência desagradável tanto para o profissional de saúde como para o doente, mas continua a ser indispensável para todos os profissionais. No contexto do anúncio de um cancro, nomeadamente o cancro oral, o artigo sugere uma abordagem específica baseada num equilíbrio entre uma comunicação honesta e sensível, bem como na utilização de uma linguagem simples, mas não demasiado direta e franca, com empatia. Os autores salientam igualmente que a criação de um ambiente adequado para a comunicação é fundamental, nomeadamente através de um ambiente calmo, confidencial e propício ao diálogo, onde o paciente se possa sentir à vontade. O impacto emocional da comunicação pode afetar a capacidade do paciente de compreender e reter as informações. A qualidade do ambiente e as condições da comunicação surgem como elementos essenciais para promover uma comunicação eficaz e adequada.

A adaptação da informação ao paciente e a gradualidade da comunicação constituem igualmente elementos essenciais na transmissão de más notícias. O artigo de Jalali et al. (2023) indica que a comunicação deve ser adaptada ao paciente; de acordo com o estudo, a comunicação de um diagnóstico grave deve ser adaptada às capacidades

de compreensão do paciente, tendo em conta a sua situação e o seu estado psicológico; os autores insistem na utilização de uma comunicação centrada e personalizada no paciente. O artigo sugere também a demonstração de emoções por parte do profissional de saúde, nomeadamente empatia, apoio e respeito para com o paciente. Os autores mencionam ainda a forma como sugerem anunciar as más notícias, nomeadamente a transmissão gradual da informação, permitindo evitar uma sobrecarga de informações emocionais e psicológicas que possam afetar o paciente e impedi-lo de assimilar corretamente as informações essenciais. Assim, uma comunicação adaptada e gradual permite promover uma melhor compreensão do diagnóstico e uma aceitação progressiva por parte do paciente.

A comunicação de más notícias não se limita apenas à transmissão oral de informação. Segundo Stiefel et al. (2024), a comunicação em oncologia insere-se num processo complexo e não se limita apenas ao anúncio do diagnóstico, mas requer uma abordagem estruturada e coordenada entre os profissionais de saúde. O artigo mostra que a comunicação de más notícias pode ser influenciada por outros fatores, nomeadamente a vulnerabilidade do doente, as emoções do profissional de saúde, o contexto da consulta e o sistema de cuidados de saúde. As emoções do paciente podem complicar a receção de informações, exigindo uma atenção especial por parte do médico. Este deve ser capaz de reconhecer e gerir as suas próprias emoções, para não se deixar dominar pelas emoções do paciente. Tal como os artigos analisados anteriormente, este artigo recomenda, mais uma vez, a clareza nas explicações sobre a doença e a disponibilidade para responder às perguntas e esclarecer os mal-entendidos dos pacientes face à sua doença. Os autores insistem na utilização de um ambiente adequado à situação, incluindo tempo suficiente, uma sala fechada sem intrusões físicas, e recomendam igualmente a presença de uma terceira pessoa.

Apesar da importância dos princípios de comunicação mencionados nesta secção na comunicação de más notícias, esta é também acompanhada por

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
reações emocionais, por vezes significativas, nos doentes, que devem ser identificadas e tidas em conta.

4.3.2. Reações emocionais dos doentes

O anúncio de um diagnóstico grave, como o cancro oral, é frequentemente acompanhado por uma reação emocional de choque no paciente, o que pode constituir um desafio para o profissional de saúde. De acordo com o artigo de Fallowfield e Jenkins (2004), o anúncio de más notícias é muitas vezes marcado por um grande sofrimento emocional, capaz de alterar a capacidade do paciente de compreender as informações transmitidas. Pode ser uma experiência traumática tanto para a pessoa em causa como para os que o rodeiam. Estas más notícias podem estar na origem de perturbações comportamentais e emocionais, tais como medo, ansiedade ou dúvida em relação ao futuro. Os autores salientam que, durante a comunicação desta notícia, os pacientes vivem um momento de medo e de dúvida, mas a comunicação de más notícias é uma etapa comum e necessária na prática clínica. Assim, recomendam uma atenção especial durante esta etapa difícil para o paciente e para o seu entorno, mas também para o profissional de saúde.

Como referido no parágrafo anterior, o anúncio de uma má notícia, como o diagnóstico de um cancro oral, é acompanhado por uma reação emocional por parte do paciente que, por vezes, é muito intensa. O artigo de Matthews et al. (2019) salienta a intensidade emocional deste processo, descrevendo reações como choque, tristeza, raiva, incredulidade ou negação. Os autores destacam também as perturbações emocionais, psicológicas e comportamentais que podem surgir na pessoa que recebe a má notícia. Estas reações refletem a dificuldade do paciente em assimilar uma informação percebida como ameaçadora e perturbadora. O estudo refere ainda que o choque pode ser particularmente acentuado quando se anuncia o diagnóstico de cancro, fortemente interpretado de forma negativa no imaginário coletivo, tal como

mencionámos anteriormente. No entanto, os autores referem ainda que alguns doentes podem sentir um certo alívio associado à possibilidade de finalmente identificarem e compreenderem a sua doença. Além disso, a intensidade das reações emocionais varia também consoante a má notícia tenha sido inesperada ou não. Estas reações emocionais podem igualmente evoluir ao longo do tempo, passando por diferentes fases emocionais e psicológicas no paciente. Esta diversidade de reações sublinha a importância de o médico adaptar a sua comunicação caso a caso.

Assim, as reações emocionais dos pacientes perante o anúncio de um diagnóstico grave não são homogêneas e apresentam uma grande variabilidade consoante os indivíduos. Stiefel et al. (2024) explicam esta variabilidade por inúmeros fatores individuais, nomeadamente as experiências anteriores do paciente, o seu contexto social, mas também o estado psíquico do paciente antes do anúncio do diagnóstico. Neste contexto, o profissional de saúde deve ser capaz de diferenciar uma reação emocional normal de uma reação emocional de um paciente com perturbações psíquica. Os autores insistem na importância de identificar estes transtornos, pois podem provocar estados emocionais muito intensos e irracionais. Isto requer uma abordagem diferente e também um eventual trabalho colaborativo com outros profissionais e especialistas. Além disso, o contexto social do paciente constitui igualmente um fator de variabilidade a ter em conta, nomeadamente em pacientes em situação de isolamento social. O profissional deve ser capaz de identificar estas situações, a fim de adaptar o seu acompanhamento e propor um apoio emocional adequado ao seu paciente, sabendo também oferecer um eventual tratamento multidisciplinar. Para além da variabilidade das reações emocionais, afigura-se essencial prestar atenção às necessidades de comunicação dos pacientes, de modo a permitir um tratamento personalizado e adaptado a cada um.

4.3.3. Necessidades comunicacionais dos doentes

Os doentes a quem foi diagnosticada uma doença grave, como o cancro oral, apresentam uma necessidade fundamental de compreender a sua doença,

apesar das emoções intensas que atravessam e dos distúrbios comportamentais que podem surgir na sequência do diagnóstico. Assim, afigura-se essencial que os doentes possam compreender o impacto concreto do diagnóstico na sua saúde e na sua vida quotidiana. Segundo Gilligan et al. (2017), para que o diagnóstico seja compreensível apesar do choque emocional, o profissional de saúde deve definir os objetivos da conversa, antecipando as possíveis perguntas e respostas emocionais, e deve ter previamente reunido todas as informações relativas ao doente e à doença. Para incentivar o paciente a compreender o impacto do seu diagnóstico, os autores recomendam o uso de perguntas abertas, a fim de promover o diálogo e permitir que o paciente expresse as suas preocupações, evitando ao mesmo tempo uma sobrecarga de informação. Quando o diagnóstico tem um impacto intenso no paciente, os autores aconselham cautela ao comunicar más notícias e a deixar que o paciente expresse as suas emoções. O estudo insiste na importância de manter um equilíbrio nas informações transmitidas, evitando suscitar expectativas irrealistas.

Após o anúncio do diagnóstico, os doentes manifestam uma grande necessidade de compreender as etapas do seu tratamento. Para além das emoções decorrentes do choque, a incerteza quanto ao percurso clínico e à evolução da doença pode gerar outras emoções a longo prazo, tais como sentimentos de ansiedade ou angústia. Isto torna necessária a prestação de informações claras ao longo de todo o percurso clínico. Segundo Stiefel et al. (2024), explicações claras e precisas sobre a doença são essenciais desde as primeiras consultas, por um lado para permitir que o paciente identifique e compreenda os sintomas, mas também para alertar sobre possíveis sintomas futuros. Os autores ilustram este ponto, nomeadamente, com o exemplo da fadiga, frequentemente observada em tratamentos como a quimioterapia ou a radioterapia, que pode ser percebida como preocupante se não for explicada antecipadamente. O médico deve também alertar para o facto de que certos sintomas podem ser amplificados por fatores emocionais ou

perturbações psicológicas, o que requer uma avaliação global da situação do paciente. Os autores referem ainda que os doentes devem ser informados sobre o impacto concreto dos sintomas e dos tratamentos na sua vida quotidiana, nomeadamente em termos de limitações físicas, alterações nas atividades ou adaptação do estilo de vida. Por fim, afigura-se essencial recordar que as decisões relativas aos cuidados e ao tratamento cabem, acima de tudo, aos doentes e aos seus desejos, o que implica uma comunicação clara e uma participação ativa no seu próprio tratamento.

Por fim, ao longo de todo o percurso de cuidados, os doentes manifestam uma grande necessidade de apoio e acompanhamento; o anúncio de um diagnóstico grave, como o cancro oral, bem como as opções de tratamento, constituem provações pesadas e difíceis do ponto de vista psicológico. Para além da simples transmissão de informações médicas, o profissional de saúde deve saber apoiar e acompanhar o seu doente. O estudo de Goerling et al. (2023) analisa a influência do apoio psico-oncológico no estado emocional dos doentes, referindo que «um em cada dois doentes se encontra em sofrimento significativo» na sequência do seu diagnóstico, com uma prevalência de perturbações mentais de 32%. Apesar deste sofrimento significativo, os autores sublinham que o recurso ao apoio psicológico continua a ser relativamente baixo, apenas 13,4% segundo Faller et al. (2017) ou apenas 29% de acordo com o estudo relatado por Cohen et al. (2018). Os autores explicam isto por restrições organizacionais ou pela sensação de que o apoio recebido do círculo social é suficiente, não justificando a necessidade de apoio profissional. O estudo demonstra o papel determinante do médico na orientação dos doentes para estes serviços. Com efeito, a recomendação do médico surge como um fator-chave que favorece o recurso ao apoio psico-oncológico.

Perante a complexidade das reações emocionais dos doentes, afigura-se essencial estruturar a comunicação de más notícias, que constitui um momento particularmente delicado e emotivo, exigindo uma abordagem estruturada e ponderada. A fim de ajudar os profissionais de saúde neste processo, foram desenvolvidos vários protocolos de comunicação, tais como os protocolos

SPIKES, ABCDE e BREAKS, com o objetivo de orientar a conversa e melhorar a qualidade da comunicação de más notícias no contexto do cancro oral.

4.4. Protocolos de comunicação da má notícia

4.4.1. Protocolo SPIKES

Tendo em conta as reações emocionais dos pacientes e as suas necessidades, que identificadas nas secções anteriores, afigura-se essencial estruturar a comunicação de más notícias de forma a responder aos desafios comunicacionais. Nesta perspetiva, foram implementadas estratégias através da adoção de protocolos como o SPIKES. Esta estratégia foi desenvolvida para fornecer orientações aos profissionais de saúde na transmissão de más notícias, de informações difíceis ou, nomeadamente, como no âmbito do nosso tema, na comunicação de más notícias graves, como o cancro oral. Os diferentes objetivos deste protocolo proposto aos profissionais permitem garantir que foram recolhidas as informações junto do paciente (médicas, pessoais, profissionais), bem como assegurar que são fornecidas as informações corretas de forma clara e inteligível, de maneira diferente e personalizada para cada paciente, evitando simultaneamente a sobrecarga de informação. A elaboração de um protocolo de comunicação permite também prestar apoio ao paciente após o choque emocional, mantendo ao mesmo tempo uma relação médico-paciente adequada. Por fim, este protocolo promove uma abordagem colaborativa que envolve o paciente no seu próprio tratamento, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento. No protocolo SPIKES, estes objetivos são divididos em seis etapas-chave, permitindo estruturar de forma progressiva e adequada a comunicação de más notícias (Baile et al., 2000), que devem ser seguidas por ordem.

De acordo com o artigo de Baile et al. (2000), a primeira etapa, «Setting up», corresponde à criação do enquadramento físico e psicológico da entrevista. Consiste em preparar a consulta num ambiente calmo, onde o paciente está sentado sem interrupções nem restrições de tempo. A presença de um familiar ou ente querido é igualmente recomendada. O protocolo recomenda também o estabelecimento de contacto visual. A segunda etapa, «Perception», consiste em avaliar o nível de consciência do paciente, nomeadamente através de perguntas abertas, a fim de saber se o paciente já compreende ou não alguns elementos relativos à sua saúde antes do anúncio do diagnóstico, para poder adaptar a comunicação em conformidade. A terceira etapa é a «Invitation», que consiste em determinar a quantidade de informação e detalhes que o paciente deseja receber, respeitando as suas preferências. A etapa «Knowledge» é a etapa correspondente ao anúncio da má notícia. Recomenda-se avisar antecipadamente o paciente sobre a natureza difícil do anúncio, a fim de reduzir o choque. Nesta etapa, recomenda-se, em primeiro lugar, apresentar os factos médicos e, em seguida, utilizar uma linguagem clara e acessível. É igualmente essencial fornecer as informações de forma gradual, sem excesso de franqueza, adaptando-se ao ritmo do paciente. A quinta etapa, «Emotions», baseia-se na resposta às emoções do paciente; o profissional deve saber lidar com as diversas reações que analisámos no artigo de Matthews et al. (2019). Recomenda-se observar as emoções e ajudar o paciente a expressar claramente os seus sentimentos, compreendendo-os. A última etapa corresponde a «Strategy & summary» e consiste em propor um plano de tratamento e resumir as informações, permitindo ao paciente compreender melhor as etapas seguintes.

Apesar da sua estrutura teórica e prática bem definida e ideal na altura da sua publicação, o artigo de Alves et al. (2023), publicado mais de vinte anos após o artigo de Baile et al. (2000) analisado no parágrafo anterior, demonstrou que o modelo SPIKES apresentava limitações. Este artigo mais recente mostra que a sua aplicação continua a ser variável consoante as diferentes etapas, apesar de poder, no entanto, constituir uma base sólida. De facto, no contexto do cancro oral e orofaríngeo, os resultados mostram que certos componentes, tais como a

segunda etapa «Perceptiono» e a terceira etapa «Convite», parecem ser menos bem assimilados. O estudo justifica isto pelo facto de, na prática clínica, os doentes não serem suficientemente questionados sobre os seus conhecimentos prévios, o seu nível de literacia ou o limite de informação que podem receber. Isto limita, assim, a adaptação do discurso. Por outro lado, o estudo refere que a primeira etapa, «Setting», e a quarta etapa, «Knowledge», são etapas bem dominadas pelos profissionais de saúde. Os doentes relatam experiências positivas e uma linguagem clara e adequada. No entanto, no contexto do cancro oral que estamos a estudar, os autores recordam que o diagnóstico é frequentemente feito numa fase avançada da doença, pelo que os tratamentos são mais agressivos e o impacto é mais intenso.

Assim, embora o protocolo SPIKES assente numa base estruturada, a sua eficácia depende, acima de tudo, da capacidade de comunicação do profissional para se adaptar às necessidades específicas dos pacientes, nomeadamente avaliando os seus conhecimentos e expectativas, ajustando a quantidade de informação transmitida e tendo em conta o estado emocional do paciente.

4.4.2. Protocolo BREAKS

Mais recentemente, foram propostos novos protocolos para melhorar a comunicação de más notícias na prática clínica; entre essas novas abordagens surgiu o protocolo BREAKS, que constitui uma alternativa ao SPIKES, mais antigo, que, como vimos anteriormente, apresenta certas limitações na sua aplicação. Assim, a implementação de um novo modelo de orientação estruturado em seis etapas permite também propor uma abordagem complementar, com o objetivo de responder melhor aos desafios comunicacionais e emocionais (Narayanan et al., 2010).

Segundo Narayanan et al. (2010), o protocolo BREAKS também se organiza em seis etapas. A primeira etapa, «Background», corresponde ao contexto da comunicação e à preparação da entrevista. O artigo recomenda que se tenha conhecimento do processo clínico do paciente, a fim de antecipar as perguntas que lhe poderão ser feitas. O profissional de saúde deve também ser capaz de antecipar o estado emocional do seu paciente. O artigo convida igualmente a respeitar a origem cultural do paciente. A segunda etapa corresponde ao «Rapport». Esta etapa visa estabelecer uma boa relação profissional-paciente, criando um ambiente de confiança. O artigo incentiva uma atitude positiva, pois a atitude do médico pode ter uma grande influência no paciente. A terceira etapa, «Exploration», consiste em avaliar o conhecimento do paciente sobre a doença e sobre a gravidade do seu caso. O médico pode então utilizar esse nível de consciência para confirmar o diagnóstico, caso o paciente já tivesse uma suspeita, ou para o anunciar. É por isso que a quarta etapa que se segue é a «Announce», ou seja, a etapa em que o profissional comunica claramente a má notícia. Esta etapa deve ser realizada de forma gradual e compreensível. A linguagem corporal do profissional é muito importante. A quinta etapa é a etapa «Kindness», que se concentra na gestão das emoções do paciente, promovendo uma atitude empática e compreensiva. A última etapa deste protocolo é a etapa «Summarize», que consiste em resumir a consulta, abordando nomeadamente os tratamentos futuros e o futuro que o paciente irá enfrentar.

Apesar do interesse e da importância do protocolo BREAKS na estruturação da comunicação de más notícias, nomeadamente no contexto do cancro oral, o artigo de Cardoso et al. (2024) recorda que, até à data, não existem evidências que demonstrem qual o protocolo de comunicação de más notícias mais eficaz. No entanto, os autores referem que os protocolos têm uma eficácia variável e dependem das competências comunicacionais do profissional. Os autores destacam a existência de múltiplos protocolos desenvolvidos para se adaptarem aos diferentes contextos com que o profissional se pode deparar. Assim, o modelo BREAKS, tal como o modelo SPIKES, não são protocolos universais suscetíveis de se adaptarem a todas as situações e requerem, por

isso, protocolos adicionais para poder antecipar a variabilidade. Perante esta diversidade, os autores referem, nomeadamente, o protocolo CONNECT, desenvolvido no contexto da pandemia para comunicar más notícias à distância. Isto sublinha a necessidade de adaptar constantemente as ferramentas de comunicação às necessidades específicas dos doentes. Assim, a utilização do protocolo BREAKS não deve ser aplicada de forma rígida e pode ser complementada por outros, a fim de se adaptar ao máximo às características individuais dos pacientes.

4.4.3. Outros protocolos

Para complementar os protocolos anteriormente descritos, foram desenvolvidos outros modelos de comunicação com o objetivo de responder a contextos específicos, variabilidades e características individuais próprias de cada paciente aquando da comunicação de más notícias. Estes múltiplos protocolos refletem a complexidade da comunicação de um diagnóstico grave, que não pode ser reduzida a um modelo único e requer uma adaptação constante às necessidades dos doentes.

Entre os modelos mais recentes, destaca-se o protocolo CONNECT, descrito no artigo de Cardoso et al. (2024) como um protocolo desenvolvido por profissionais durante a pandemia mundial de COVID-19. Este protocolo consiste em adaptar a comunicação de más notícias as consultas à distância. Devido às circunstâncias sanitárias, a generalização das consultas à distância alterou o impacto da relação médico-paciente, suprimindo totalmente o contacto físico e limitando a comunicação de informações apenas a uma relação verbal e à transmissão de informações. Embora os autores não descrevam uma sequência rígida de etapas, salientam vários elementos fundamentais, nomeadamente a preparação prévia da consulta, a verificação das condições técnicas, a criação de um ambiente adequado e privado, a

atenção às reações emocionais do doente, apesar da distância e a garantia de acompanhamento após o anúncio da má notícia. O protocolo procura assim compensar a ausência de contacto físico e preservar uma comunicação empática e centrada no paciente. Assim, o protocolo CONNECT fornece uma orientação para garantir uma boa comunicação apesar da distância. O acompanhamento continua a ser igualmente importante para compensar a ausência de contacto direto e reforçar o apoio ao paciente.

O protocolo PEWTER constitui outro modelo estruturado que também orienta os profissionais de saúde na comunicação de más notícias. O artigo de Bumb et al. (2017) destaca que o modelo PEWTER, descrito em 2006, assenta numa abordagem progressiva, baseando-se nas suspeitas já existentes do doente ou dos familiares, bem como no estado do doente, na sua consciência das próprias emoções, na sua postura e na sua expressão facial. Salienta igualmente a importância da resposta às emoções após a comunicação do diagnóstico. O estudo sugere ainda que a comunicação de más notícias não se limita apenas à transmissão de informação, mas à gestão de emoções complexas que protocolos como o PEWTER podem ajudar a estruturar. Ao mesmo tempo que promove uma comunicação centrada no doente e nas suas emoções.

O protocolo ABCDE, descrito e proposto por Rabow e McPhee (1999), propõe, por sua vez, uma abordagem global à comunicação de más notícias, centrada no anúncio do diagnóstico, no doente, mas também no acompanhante do doente face ao sofrimento que isso acarreta. Este protocolo coloca a ênfase nas reações emocionais e humanas. O modelo ABCDE assenta em cinco etapas-chave que permitem reconhecer e compreender as emoções do paciente. O estudo mostra também que a comunicação de más notícias, nomeadamente no contexto do cancro oral, constitui apenas uma etapa no âmbito de um processo de cuidados mais alargado e que o papel do profissional de saúde não se limita apenas à transmissão de informação. Assim, este modelo destaca particularmente a importância da escuta, da empatia e do apoio moral e psicológico, considerando o sofrimento psicológico do paciente como um tema

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
central no percurso de cuidados. Assim, a diversidade dos protocolos apresentados põe em evidência a complexidade das abordagens comunicacionais no contexto da comunicação de más notícias.

4.4.4. Comparação crítica entre os protocolos

Os diferentes protocolos de comunicação que desenvolvemos nas secções anteriores têm um objetivo comum: orientar o profissional de saúde na situação de comunicar más notícias, nomeadamente o cancro oral, que é um processo muito intenso do ponto de vista emocional e psicológico. Os protocolos que mencionámos, tais como SPIKES, BREAKS, CONNECT, PEWTER ou ABCDE, permitem estruturar a comunicação em diferentes etapas, favorecendo a transmissão progressiva de informação e tendo em conta as interações emocionais dos doentes em cada etapa. No entanto, nem todos possuem o mesmo grau de estruturação e todos apresentam limitações.

O protocolo SPIKES constitui um modelo amplamente utilizado na comunicação de más notícias em oncologia. A sua estrutura em seis etapas permite organizar a conversa e orientar o profissional de saúde na comunicação do diagnóstico. O estudo de Alves et al. (2023) sobre a comunicação do diagnóstico de cancro oral e orofaríngeo demonstrou que o modelo SPIKES é particularmente apreciado e valorizado pelos doentes que beneficiaram deste protocolo. Os autores sublinham que a utilização de uma linguagem clara e adequada é valorizada pelos doentes. No entanto, este estudo evidencia algumas limitações na utilização deste protocolo. Com efeito, embora este modelo tenha recebido respostas positivas, os autores insistem nos aspetos da comunicação que ainda devem ser melhorados pelos profissionais, tais como a avaliação da perceção do doente ou ainda as preferências dos doentes em matéria de informação e detalhes do tratamento. Estes resultados sugerem que, embora o SPIKES constitua um quadro estruturante pertinente, a sua eficácia depende da sua implementação efetiva e das capacidades

comunicacionais do profissional. Assim, os autores insistem na concepção de estratégias de comunicação e na necessidade de formação dos profissionais, a fim de complementar a simples utilização do protocolo SPIKES.

O protocolo BREAKS distingue-se ainda mais do SPIKES por uma abordagem baseada na relação e no contexto. Assenta igualmente numa estrutura de seis etapas que desenvolvemos anteriormente, mas atribui uma importância específica à preparação do contexto, do enquadramento e à antecipação das emoções. Pode, portanto, surgir como uma alternativa interessante ao protocolo SPIKES, nomeadamente em situações em que os estados emocionais e terapêuticos do paciente são particularmente centrais (Narayanan et al., 2010). No entanto, este protocolo de comunicação depende também fortemente das competências comunicacionais do profissional e a sua eficácia permanece variável. Não se trata de um protocolo universal capaz de se adaptar a todos os pacientes. Tal como o modelo SPIKES, a sua eficácia depende da forma como é aplicado e da formação profissional do profissional no que diz respeito à sua capacidade de adaptar as etapas à situação real do paciente (Cardoso et al., 2024).

O protocolo PEWTER, apresentado no artigo de Bumb et al. (2017), oferece uma abordagem complementar e interessante no contexto da comunicação de más notícias. Este protocolo enfatiza a preparação do ambiente e a gestão das emoções, mas também a continuidade do acompanhamento emocional e psicológico após a comunicação do diagnóstico, não se limitando apenas à comunicação inicial. Esta dimensão é particularmente importante no contexto do cancro oral, em que o doente tem de enfrentar tratamentos longos e invasivos, ou ainda consequências estéticas e funcionais significativas. Além disso, a revista sugere uma combinação do modelo PEWTER com o modelo SPIKES para permitir tirar partido das vantagens de cada um, associando a estruturação do anúncio do modelo SPIKES a um acompanhamento mais global e contínuo das necessidades emocionais do paciente, tal como proposto pelo modelo PEWTER.

O protocolo ABCDE distingue-se por uma abordagem mais abrangente e relacional, integrando plenamente o papel dos familiares do doente no processo de comunicação do diagnóstico. Foi proposto e descrito por Rabow e McPhee (1999) e visa não só organizar a comunicação do diagnóstico, mas também apoiar o doente e promover uma abordagem centrada no doente. A sua estrutura assenta na preparação da entrevista, na sua construção terapêutica, na qualidade da comunicação e na gestão das emoções. Este modelo afigura-se, portanto, particularmente relevante para o apoio aos doentes e pode ser utilizado para doentes que necessitem de um apoio reforçado, nomeadamente aqueles em situação de vulnerabilidade ou de isolamento social. No entanto, datando de 1999, é menos detalhado na forma concreta de comunicar a informação do que o protocolo SPIKES proposto por Baile et al. em 2000. Assim, a sua aplicação depende mais da capacidade do profissional de transmitir toda a informação de forma clara e adequada.

O protocolo CONNECT descrito no artigo de Cardoso et al. (2024) ilustra perfeitamente a evolução recente e constante das práticas de comunicação, nomeadamente com o desenvolvimento das consultas à distância na sequência da situação sanitária provocada pela COVID-19. O seu interesse reside em demonstrar que os protocolos devem poder adaptar-se às transformações e à informatização dos sistemas de cuidados de saúde. Anunciar más notícias à distância impõe novas restrições até então desconhecidas, tais como a ausência de contacto físico, a dificuldade em perceber a comunicação não verbal, a necessidade de verificar o ambiente, a qualidade da chamada, que deve ser ótima, e também a importância do acompanhamento após o anúncio. Esta evolução demonstra que nenhum protocolo pode ser considerado universal e que os profissionais de saúde devem saber dar provas de flexibilidade nas suas competências comunicacionais.

O artigo de Cardoso et al. (2024) salienta que não existem provas que permitam afirmar que um protocolo é superior a outro em termos de

eficácia. O artigo destaca a diversidade de protocolos que conseguimos desenvolver ao longo desta secção; no entanto, a comparação dos diferentes modelos mostra que partilham os mesmos princípios fundamentais, tais como a preparação da entrevista, a consideração das emoções, o grau de estruturação e o acompanhamento. A escolha do protocolo não deve ser encarada de forma rígida, mas sim em função do contexto clínico e das características do doente. No contexto do cancro oral, esta flexibilidade é particularmente importante, uma vez que a comunicação do diagnóstico pode ter consequências significativas para os doentes. O profissional de saúde não deve limitar-se apenas a comunicar o diagnóstico. Os protocolos de comunicação surgem como ferramentas essenciais no século XXI, mesmo que a sua eficácia dependa das competências comunicacionais, da empatia e da capacidade de adaptação do profissional de saúde.

Para além dos protocolos de comunicação apresentados, o anúncio de um diagnóstico grave, como o cancro oral, não pode ser dissociado do papel do profissional de saúde, cujas competências, atitude e responsabilidades irão influenciar a qualidade da relação terapêutica e a experiência do doente ao longo de todo o percurso de cuidados.

4.5. Papel do médico dentista na comunicação do cancro oral

4.5.1. Responsabilidade ética e profissional

O médico dentista desempenha um papel essencial na deteção e comunicação do cancro oral, o que lhe confere uma importante responsabilidade ética e profissional. Com efeito, o dentista é frequentemente o primeiro profissional de saúde a suspeitar de uma lesão e a diagnosticar a doença. Assim, segundo Stiefel et al. (2024), a comunicação de más notícias para os profissionais de saúde, nomeadamente o dentista, não é uma competência menor. Não consiste num simples ato de informação, mas sim numa parte integrante dos cuidados de saúde. Esta componente é da responsabilidade

profissional do médico dentista, que se estende para além do anúncio inicial. Influencia a compreensão do paciente e o seu envolvimento no seu tratamento, implicando uma adaptação contínua na comunicação com o paciente e na sua evolução. Como salientam os autores, a comunicação de más notícias é um processo intenso, influenciado por numerosos fatores, tais como o contexto clínico ou ainda as características do paciente. Assim, insistem na necessidade de os profissionais realizarem ações de formação em comunicação. Os resultados demonstraram que os profissionais que frequentaram as formações revelaram maior empatia e fizeram mais perguntas abertas.

Relativamente ao foco das formações em comunicação de más notícias dirigidas aos profissionais de saúde, Stiefel et al. (2024) recomendam que o objetivo seja permitir a aplicação das competências adquiridas, tendo em conta o contexto clínico e as características individuais específicas de cada paciente. Recomendam também que, através destas formações, se tome consciência da importância de uma boa relação médico-paciente e do envolvimento dos familiares do paciente no percurso de cuidados.

Esta responsabilidade assenta igualmente no dever de informar o paciente de forma clara e adequada. Tal como salientado por Giligan et al. (2017), é da responsabilidade e da ética do médico dentista fornecer informações diagnósticas de forma clara, bem como elementos relativos ao prognóstico. O profissional deve também avaliar os objetivos do paciente, simultaneamente, obter o seu consentimento informado. O paciente deve ser capaz de compreender a sua doença através de termos simples e acessíveis, para poder participar ativamente nas decisões terapêuticas. Ou seja, o paciente deve poder escolher entre as diferentes opções terapêuticas propostas; esta abordagem permite não só promover a tomada de decisão partilhada, mas também preservar um certo equilíbrio entre a informação e a manutenção da esperança. Quando necessário, o profissional de saúde deve também ser capaz de informar

o paciente sobre os aspetos mais sensíveis, tais como o prognóstico e a evolução desfavorável da doença, incluindo situações de fim de vida.

Por outro lado, o protocolo SPIKES descrito por Baile et al. (2000), que abordámos nas secções anteriores, demonstra que é essencial manter o equilíbrio entre o dever de verdade e a necessidade de preservar o estado emocional e psicológico do paciente. Este protocolo ilustra a necessidade de adaptar a comunicação de forma personalizada, integrando as características do paciente e tendo em conta as suas reações emocionais. O profissional deve transmitir uma informação franca, tendo simultaneamente em conta a capacidade do paciente para a receber, a fim de evitar uma sobrecarga emocional.

A comunicação do diagnóstico de cancro oral não se resume apenas a uma competência clínica, mas constitui também uma responsabilidade ética, profissional e moral por parte do médico dentista. Exige flexibilidade entre a informação, o relacionamento e o acompanhamento. Neste contexto, a responsabilidade do médico dentista passa também pela necessidade de reforçar e desenvolver as suas competências comunicacionais, nomeadamente através de formações específicas adaptadas a esta exigência profissional.

4.5.2. Competências comunicacionais do médico dentista

Para além das competências verbais, o profissional deve também desenvolver competências relacionais, nomeadamente a capacidade de escuta e a empatia, que são essenciais para identificar e antecipar as reações emocionais do paciente. Segundo Stiefel et al. (2024), a formação em comunicação não deve limitar-se à aquisição de competências técnicas, devendo também insistir na aplicação de conhecimentos e atitudes que possam orientar o profissional na sua abordagem. Da mesma forma, os autores sublinham que, para o bom desenvolvimento das competências comunicacionais, os formadores devem insistir no aspeto individual do processo e na consideração das características específicas de cada paciente.

Esta problemática é particularmente acentuada entre os estudantes de medicina dentária, que se deparam frequentemente com dificuldades de comunicação com os pacientes. O estudo de Bowles et al. (2018) evidencia que as competências comunicativas são essenciais para a transmissão de informação, em particular entre os estudantes de medicina dentária, mas que nem sempre são dominadas. Os resultados mostram, nomeadamente, que os estudantes de medicina dentária tendem a utilizar uma linguagem demasiado médica e técnica, o que pode limitar a compreensão do paciente. Esta dificuldade é particularmente acentuada nos estudantes cuja língua materna é diferente da do paciente. No estudo, o estudante tem o inglês como primeira língua e o paciente tem o espanhol como primeira língua, o que torna indispensável a adaptação do vocabulário e a simplificação do discurso. De facto, o estudo destaca uma troca mais curta, confusão verbal e uma compreensão limitada por parte do paciente. O estudo mostra, no entanto, a importância da comunicação não verbal: quando o estudante utiliza linguagem não verbal, a compreensão é mais clara. A utilização de suportes visuais, como radiografias, bem como gestos explicativos, permite melhorar a

compreensão do paciente. No entanto, estes elementos não devem ser interpretados precipitadamente; por exemplo, certos sinais, como acenar com a cabeça sem ter realmente compreendido a informação, podem ser erroneamente interpretados como prova de compreensão. É essencial que o profissional se certifique de que o paciente compreendeu bem. O estudo também destaca que certas estratégias de comunicação, como a reformulação ou a repetição, permitem melhorar a qualidade das interações. Os estudantes que dominam várias línguas e conhecem várias culturas conseguem adaptar-se melhor à comunicação com os pacientes. Assim, os resultados mostram a importância de formar os estudantes em comunicação, nomeadamente com pacientes que apresentam perfis linguísticos e culturais variados, evitando a linguagem médica e privilegiando a reformulação.

A falta de experiência clínica, associada a um forte choque emocional durante a comunicação de más notícias, pode constituir um obstáculo adicional a uma comunicação clara e eficaz. Neste contexto, a formação surge como um elemento essencial para desenvolver e melhorar as competências comunicacionais. O estudo de Brouwers et al. (2019) sublinha a importância dos programas de formação. Os autores destacam a importância do feedback no desenvolvimento das competências comunicacionais. Os estudantes recebem feedback dos formadores, e 96,6% consideram positivo receber esse feedback, o que favorece a melhoria do seu desempenho. O estudo mostra que a credibilidade dos formadores influencia a percepção do feedback. No estudo, o feedback do cirurgião é melhor recebido do que o do psicólogo, como explica o estudo, devido a uma autoridade mais convincente. Por outro lado, alguns feedbacks são menos bem recebidos quando parecem demasiado negativos, demasiado detalhados ou criam uma atmosfera negativa. Estes resultados sublinham a importância de proporcionar uma aprendizagem segura, na qual os estudantes possam desenvolver as suas competências de comunicação de forma progressiva, recebendo feedbacks construtivos e adequados. É por isso que a integração de uma formação estruturada em comunicação, aliada ao feedback de diferentes intervenientes, afigura-se indispensável para preparar os futuros médicos dentistas para lidar com as exigências comunicacionais na prática clínica.

4.5.3. Impacto da comunicação na adesão ao tratamento

A qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente desempenha um papel determinante na adesão ao tratamento, em particular no contexto de uma doença grave como o cancro oral, em que o percurso terapêutico é longo e difícil. Segundo Giligan et al. (2017), uma comunicação clara e adequada permite ao paciente compreender melhor a sua doença. Através das recomendações que apresentam ao longo do artigo, os autores demonstram a importância de o paciente compreender melhor a doença e as opções terapêuticas que pode escolher. No entanto, os autores destacam lacunas em termos de comunicação por parte dos profissionais de saúde. Assim,

uma comunicação insuficiente e inadequada pode levar à incompreensão, à ansiedade ou mesmo à falta de adesão ao tratamento. No contexto do cancro oral, esta dimensão é ainda mais importante, uma vez que a doença é frequentemente detetada numa fase avançada e os tratamentos propostos são pesados e invasivos. A dimensão funcional e estética também pode ser fortemente comprometida. O profissional de saúde deve, então, acompanhar o paciente e ajudá-lo a manter a sua motivação e adesão ao longo de todo o percurso de cuidados.

Para além da comunicação no âmbito da relação terapêutica entre profissional e paciente, é essencial alargar esta abordagem a uma dimensão mais global de saúde pública. Esta desempenha um papel fundamental, para além do desempenhado pelo médico dentista, na sensibilização, prevenção e rastreio precoce do cancro oral, nomeadamente através de estratégias adaptadas, à escala nacional e mundial, ao público em geral e às populações de risco.

4.6. Comunicação, sensibilização e prevenção

4.6.1. Grupos de risco e prevenção

O cancro oral constitui um grande desafio de saúde pública; de facto, segundo Petit (2009), o cancro oral deve-se, em parte, a comportamentos relacionados com o estilo de vida e à exposição a substâncias cancerígenas, tais como o tabaco, que está associado a 20% a 30% dos casos de cancro oral, e o álcool, responsável por 7% a 19% dos casos de cancro em caso de consumo excessivo. Além disso, as carências de micronutrientes decorrentes da dieta alimentar (alimentação rica em gorduras e com poucas frutas e legumes) estão na origem de 10% a 15% dos casos de cancro oral. Acresce que cerca de 3% dos casos de cancro oral são atribuídos à infeção pelo HPV, reconhecido como um fator emergente. O artigo refere ainda que a combinação destes fatores aumenta consideravelmente o risco de cancro da boca.

Neste contexto, a identificação das populações em risco constitui uma etapa essencial para direccionar eficazmente as ações e campanhas de prevenção. Como salienta Warnakulasuriya (2009), o cancro oral é «o sexto tipo de cancro mais comum no mundo». A incidência nos países menos desenvolvidos é particularmente elevada, nomeadamente no Paquistão, onde a incidência é de 20 casos por 100 000 habitantes por ano, ou na Índia, onde são diagnosticados aproximadamente 100 000 novos casos anualmente. Esta elevada incidência pode ser explicada pelos comportamentos de risco apresentados por indivíduos socialmente vulneráveis, para os quais o acesso à informação e aos cuidados de saúde é limitado. No entanto, mesmo países desenvolvidos, como a França, apresentam uma incidência relativamente elevada. Assim, as populações-alvo não se limitam apenas aos países em desenvolvimento. Os resultados demonstram também uma incidência mais elevada nos homens, mas a diferença entre homens e mulheres tem vindo a diminuir ao longo dos anos. A prevenção deve, portanto, ser concebida de forma a ser adaptada às características específicas de cada grupo e não de maneira uniforme.

A implementação de estratégias de prevenção adequadas revela-se, assim, indispensável para reduzir a incidência do cancro oral. O estudo de Petersen (2009) evidencia que as ações de prevenção, tais como campanhas de rastreio precoce ou campanhas relacionadas com ações de prevenção, ainda estão insuficientemente desenvolvidas. Salienta também a existência de desigualdades sociais no que diz respeito à prevenção, o que limita o acesso à informação de certas populações. Estas desigualdades favorecem uma fraca literacia e um diagnóstico frequentemente tardio, com um prognóstico menos favorável. De acordo com o artigo, o desenvolvimento de estratégias de prevenção permitiria melhorar significativamente o prognóstico dos doentes, nomeadamente graças a uma deteção mais precoce, mas também reduzir os custos associados ao tratamento numa fase avançada; o autor insiste no facto de que isso seria mais rentável a longo prazo.

Neste contexto, em que as ações de prevenção e rastreio continuam a ser limitadas, o reforço das campanhas de prevenção, sensibilização e rastreio surge como uma estratégia essencial para melhorar a divulgação das mensagens de saúde pública.

4.6.2. Campanhas de sensibilização

As campanhas de sensibilização ocupam um lugar central nas estratégias de prevenção do cancro oral, em particular, como pudemos ver anteriormente, em contextos onde as ações de rastreio precoce e o acesso à informação ainda são limitados. O artigo de Martins et al. (2012) avaliou as estratégias e os resultados de campanhas já existentes entre 2001 e 2009 no Brasil. Esta campanha centrou-se, em particular, nas populações idosas, mais propensas ao risco de cancro oral. Foram implementadas ações como formações para profissionais de saúde, a divulgação de material educativo ou ainda a promoção do autoexame da cavidade oral. A campanha permitiu também melhorar a organização do sistema de cuidados de saúde, nomeadamente através da implementação de um sistema de encaminhamento para estruturas especializadas. Os autores demonstram que se verificou um aumento do número de indivíduos examinados ao longo dos anos, passando de 90 886 pacientes idosos examinados em 2001 para 629 613 pacientes idosos examinados em 2009. Os resultados indicam também uma diminuição dos casos de cancro oral, passando de 20,89 casos por 100 000 pacientes em 2005 para 11,12 casos por 100 000 pacientes em 2009. Estes resultados sugerem uma certa eficácia na campanha realizada, o que pode ser explicado pela deteção precoce e pelo tratamento rápido das lesões pré-cancerosas.

Além disso, as campanhas de prevenção não se limitam apenas ao rastreio, mas incluem também ações educativas destinadas a alterar comportamentos de risco. O estudo de Baumann et al. (2023) analisou uma campanha de sensibilização na Alemanha entre 2012 e 2014. Este

estudo destaca a importância das campanhas centradas na existência da doença, nomeadamente através de uma ampla cobertura mediática, o envolvimento dos profissionais de saúde e aumentar a sensibilização dos grupos-alvo. Os resultados demonstraram que o objetivo de dar a conhecer a doença ao grande público foi alcançado, em particular graças às ações mediáticas realizadas e à distribuição de material informativo. No entanto, embora estas campanhas permitam melhorar o conhecimento do grande público, o seu impacto nos comportamentos a longo prazo continua a ser mais difícil de determinar.

O estudo de Papas et al. (2004) evidencia que, apesar das importantes campanhas de sensibilização, estas não conduziram, a longo prazo, a um aumento do recurso ao rastreio precoce do cancro oral. Segundo os autores, as campanhas apresentam uma eficácia limitada a curto prazo. O estudo sublinha igualmente que estas campanhas apresentam uma eficácia limitada e recomenda-se que se visem grupos específicos do público, em vez de se visar toda uma população menos suscetível de compreender a mensagem. A simples divulgação de uma mensagem de prevenção não é suficiente para provocar mudanças de comportamento duradouras.

4.6.3. Ferramentas digitais e novas estratégias de comunicação

Neste contexto e com o objetivo de reforçar o acesso à informação, o desenvolvimento de ferramentas digitais contribui para consolidar as estratégias de comunicação em saúde pública, oferecendo novas oportunidades para a prevenção e a sensibilização para o cancro oral. A comunicação através das redes sociais oferece, nomeadamente, novas perspetivas para as estratégias de comunicação, permitindo alcançar um público alargado de forma rápida, acessível e ao alcance de todos. O estudo de Karadsheh et al. (2024) analisou a divulgação de informações sobre o cancro oral através das redes sociais, nomeadamente por meio de hashtags, publicações e contas. O estudo constatou que a Índia registou o maior número de mensagens partilhadas sobre o tema do cancro oral, entre essas mensagens, apenas 2,5% são realmente úteis. Os

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia

resultados mostram, assim, que as redes sociais podem alcançar em massa populações em desenvolvimento, como a da Índia, que, como vimos anteriormente, é o país com a maior incidência de cancro oral. Embora nem todos os dados se baseiem em informações científicas comprovadas, estes resultados destacam o potencial das redes sociais e mostram que estas plataformas podem ser ferramentas interessantes para permitir que populações por vezes isoladas tomem contacto com a doença.

Por outro lado, o artigo de Sekaran et al. (2025) destaca o uso de campanhas de saúde pública que se baseiam na influência de celebridades, nomeadamente no âmbito da sensibilização para o cancro oral e da cessação tabágica. Estas campanhas visam principalmente a população jovem entre os 10 e os 25 anos, procurando sensibilizar o mais cedo possível para os riscos associados ao consumo de tabaco. Os autores destacam o importante papel da associação entre celebridades e comportamentos de saúde, salientando a sua capacidade de influenciar as atitudes do público, nomeadamente no que diz respeito ao tabagismo. O artigo refere, nomeadamente, o recurso a celebridades que deixaram de fumar para tornar a mensagem ainda mais apelativa, oferecendo um modelo de identificação aos indivíduos. Os autores insistem, assim, na utilização de celebridades com um impacto geográfico e cultural relevante junto do público-alvo.

Para além da sensibilização, o artigo de Lin et al. (2021) destaca o potencial das tecnologias digitais e a utilização da inteligência artificial, nomeadamente na aplicação de novos métodos de prevenção e deteção precoce, graças a técnicas de deteção automática do cancro oral através de um telemóvel. Esta abordagem baseia-se na captura e análise de imagens obtidas a partir de smartphones e concentra-se diretamente nas zonas da boca mais suscetíveis de desenvolver lesões pré-cancerosas ou cancerosas. Embora esta tecnologia seja de grande interesse, nomeadamente em contextos em que o acesso aos cuidados de saúde e à informação sobre saúde é limitado, ao facilitar o rastreio em grande

escala, apresenta, no entanto, algumas margens de erro relacionadas com a qualidade das imagens, as condições de captura das imagens ou ainda a variabilidade das lesões.

Assim, o surgimento das ferramentas digitais e das novas estratégias de comunicação reflete a adaptação da comunicação sobre o cancro oral às populações-alvo. Ao oferecer soluções complementares aos métodos tradicionais, abre-se, simultaneamente, novas perspectivas para melhorar a prevenção, a deteção precoce e a comunicação em torno do cancro oral.

4.7. Discussão geral dos resultados

A análise da literatura que realizámos anteriormente destaca o papel central da comunicação na comunicação de más notícias, em particular no caso do cancro oral. Os diferentes protocolos que analisámos, tais como SPIKES, BREAKS, PEWTER, CONNECT ou ainda ABCDE, propõem estruturas que permitem acompanhar o médico neste processo complexo. No entanto, como também pudemos constatar, os estudos demonstram que, até à data, nenhum modelo pode ser considerado superior aos outros nem universal. A sua eficácia depende do contexto clínico e das características do doente. Embora estes protocolos constituam orientações, as competências comunicativas do doente têm um grande impacto na forma como as más notícias são comunicadas. Assim, embora estes protocolos permitam estruturar o tratamento, apresentam certas limitações, nomeadamente no que diz respeito à variabilidade das situações e dos contextos clínicos. A literatura destaca a eficácia dos protocolos, mas revela, ainda assim, limitações quanto ao seu sucesso, cuja eficácia se baseia igualmente na necessidade de uma abordagem individualizada e centrada no doente. Os estudos salientam a importância da formação contínua para o desenvolvimento das competências de comunicação, que se revelam fatores determinantes para a qualidade da relação médico-paciente e essenciais para a qualidade da comunicação de más notícias, como o cancro oral.

V. Conclusão

Ao longo desta dissertação, foi possível demonstrar que o cancro oral continua a constituir um importante problema de saúde pública devido à sua elevada morbilidade e mortalidade. Apesar dos avanços científicos e terapêuticos observados nas últimas décadas, uma proporção significativa dos casos continua a ser diagnosticada em fases avançadas da doença, comprometendo o prognóstico, a qualidade de vida dos doentes e a eficácia dos tratamentos. Esta realidade evidencia a necessidade de reforçar não só as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, mas também a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes.

O principal objetivo deste trabalho consistiu em analisar as estratégias de comunicação de más notícias em Medicina Dentária, utilizando o cancro oral como um contexto clínico particularmente relevante. A revisão da literatura permitiu demonstrar que a comunicação ocupa um papel central no acompanhamento destes doentes, influenciando a compreensão do diagnóstico, a adesão ao tratamento e o impacto psicológico associado à doença. Neste contexto, a relação estabelecida entre o médico dentista e o doente constitui um elemento fundamental para garantir uma comunicação clara, empática e adaptada às necessidades individuais de cada pessoa.

A análise dos diferentes protocolos de comunicação de más notícias, nomeadamente SPIKES, BREAKS, PEWTER, CONNECT e ABCDE, permitiu compreender que estes modelos oferecem estruturas organizadas e úteis para orientar os profissionais durante a comunicação de um diagnóstico grave. Contudo, a literatura demonstra igualmente que nenhum protocolo pode ser considerado universal ou superior em todas as situações clínicas. A sua eficácia depende de diversos fatores, como o contexto clínico, a experiência do profissional, o estado emocional do doente e as suas características socioculturais. Assim, mais do que a aplicação rígida de um protocolo, uma comunicação eficaz exige uma abordagem individualizada e centrada no doente.

Os resultados obtidos reforçam igualmente a importância da formação dos profissionais de saúde nesta área. As competências comunicacionais revelam-se elementos essenciais da prática clínica moderna e desempenham um papel determinante na qualidade da relação médico dentista–doente. Neste sentido, a formação contínua nesta área deverá ser considerada uma componente indispensável para melhorar o acompanhamento dos doentes confrontados com uma doença grave como o cancro oral.

Para além da dimensão comunicacional, este trabalho permitiu também destacar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do cancro oral. As campanhas de sensibilização, os programas de rastreio e as ações educativas dirigidas às populações de risco representam instrumentos fundamentais para reduzir a incidência da doença e melhorar o prognóstico dos doentes. O desenvolvimento das ferramentas digitais, das redes sociais e da inteligência artificial abre igualmente novas perspetivas no acesso à informação, na sensibilização da população e na deteção precoce de lesões suspeitas.

Esta dissertação apresenta, contudo, algumas limitações. Tratando-se de uma revisão narrativa da literatura, as conclusões dependem diretamente da qualidade e da disponibilidade dos estudos analisados. Além disso, o número relativamente reduzido de trabalhos especificamente dedicados à comunicação de más notícias em Medicina Dentária obrigou, por vezes, à utilização de evidência proveniente da oncologia médica ou de outras áreas da saúde. Por fim, este trabalho não inclui qualquer estudo clínico original nem uma avaliação prática da aplicação dos protocolos analisados em contexto real de consulta.

Relativamente às perspetivas futuras, a literatura sugere que o cancro oral continuará a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde nas próximas décadas. Torna-se, por isso, necessário

reforçar as estratégias de prevenção, desenvolver programas de rastreio mais direcionados para as populações de risco e aumentar a sensibilização da população para os fatores de risco associados a esta doença. Paralelamente, o desenvolvimento das tecnologias digitais e da inteligência artificial poderá contribuir para melhorar a deteção precoce de lesões suspeitas e facilitar o acesso à informação e aos cuidados de saúde.

Por fim, para além dos avanços científicos e tecnológicos, esta dissertação relembra que a abordagem ao cancro oral assenta, acima de tudo, numa dimensão humana. A comunicação, a empatia, a escuta ativa e a capacidade de acompanhar o doente perante uma má notícia permanecem elementos fundamentais para garantir uma abordagem global, personalizada e centrada na pessoa. É nesta articulação entre competências técnicas, avanços científicos e qualidades humanas que reside um dos principais desafios da Medicina Dentária contemporânea perante o cancro oral.

VI. Bibliografia

Agah, M., Seddighi Pashaki, A. A., Taslimi, Z., Alafchi, B., Haddadi, A., & Yazdi-Ravandi, S. (2025). Prediction of suicidal ideation and rumination based on illness perception and social support in cancer patients: A cross-sectional study. *Cancer causes & control : CCC*, 36(10), 1059–1068. <https://doi.org/10.1007/s10552-025-02005-3>

Al Karadsheh, O., Atef, A., Alqaisi, D., Zabadi, S., & Hassona, Y. (2024). Content analysis of oral (mouth) cancer-related posts on Instagram. *Oral diseases*, 30(7), 4278–4286. <https://doi.org/10.1111/odi.14886>

Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient education and counseling*, 103(10), 2142–2154. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>

Alves, C. G. B., Ribeiro, A. C. P., Brandão, T. B., Tonaki, J. O., Pedroso, C. M., Rivera, C., Epstein, J. B., Migliorati, C. A., Kowalski, L. P., Mak, M. P., Castro, G., Lopes, M. A., & Santos-Silva, A. R. (2023). Patient's perceptions of oral and oropharyngeal cancer diagnosis disclosure: communication aspects based on SPIKES protocol. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, 135(4), 518–529. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2022.12.008>.

Åstrøm, A. N., Özkaya, F., Nasir, E., & Tsakos, G. (2023). The dentist-patient relationship and oral health-related quality of life among older adults: A cohort study. *Gerodontology*, 40(3), 355–362. <https://doi.org/10.1111/ger.12663>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Baumann, E., Koller, M., Wenz, H.-J., Wiltfang, J., & Hertrampf, K. (2023). Oral cancer awareness campaign in Northern Germany: successful steps to raise awareness for early detection. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(11), 8779–8789. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04820-0>

Baskaradoss J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC oral health*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>

Baykul, T., Yilmaz, H. H., Aydin, U., Aydin, M. A., Aksoy, M., & Yildirim, D. (2010). Early diagnosis of oral cancer. *The Journal of international medical research*, 38(3), 737–749. <https://doi.org/10.1177/147323001003800302>

Boussouni, S., Sylvain, G., Babajko, S., Radoi, L., & Taihi, I. (2025). French Dentists' knowledge, attitudes and practices toward oral cancer detection: A national survey. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, 126(3), 102072. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2024.102072>

Bowles, K., Sehgal, H. S., Santelmann, L., Pham, E. P., & Kohli, R. (2020). Dental Student to Patient Communication Analysis: A Pilot Study. *Health communication*, 35(1), 10–17. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1536953>

Brouwers, M., van Weel, C., Laan, R., & van Weel-Baumgarten, E. (2019). Training Undergraduates Skills in Breaking Bad News: How Students Value Educators' Feedback. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(6), 1103–1106. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1415-8>

Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation plus*, 20, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>

Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(5), 573–580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>

Cagnin, E. R., Liston, N. M., & Dupas, G. (2004). Representação social da criança sobre o câncer [Children's social representation of cancer]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 38(1), 51–60. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342004000100007>

Cardoso, A. F., Rosendo, I., Santiago, L., Neto, J., & Cardoso, D. (2024). Protocols for breaking bad news in health care: a scoping review protocol. *JB/ evidence synthesis*, 22(11), 2411–2418. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00404>

Chamoli, A., Gosavi, A. S., Shirwadkar, U. P., Wangdale, K. V., Behera, S. K., Kurrey, N. K., Kalia, K., & Mandoli, A. (2021). Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. *Oral oncology*, 121, 105451. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105451>

Cohen, A., Ianovski, L. E., Frenkiel, S., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., Mlynarek, A., Richardson, K., Black, M., MacDonald, C., Chartier, G., Rosberger, Z., & Henry, M. (2018). Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Psycho-oncology*, 27(12), 2786–2793. <https://doi.org/10.1002/pon.4889>

Conway, D. I., Petticrew, M., Marlborough, H., Berthiller, J., Hashibe, M., & Macpherson, L. M. (2008). Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *International journal of cancer*, 122(12), 2811–2819. <https://doi.org/10.1002/ijc.23430>

da Silva, J. M. N., Vila-Castro, M. E. M., Nunes-Neto, A. B., & Menezes, F. D. S. (2025). The Role of Public Oral Health Services and Socioeconomic Factors

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
in Oral Cancer Mortality in Brazil. *Journal of public health dentistry*, 85(3), 292–301. <https://doi.org/10.1111/jphd.12676>

Daley, T., & Darling, M. (2003). Nonsquamous cell malignant tumours of the oral cavity: an overview. *Journal (Canadian Dental Association)*, 69(9), 577–582.

Darukaradhya, T. B., Shwetha, K. M., & Krishnappa, P. (2023). Development and Validation of Social-Cognitive Theory Based Oral Cancer Awareness Assessment Tool for Adolescents. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 48(1), 147–154. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_890_22

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(606), e76–e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>

Eldeek, B., Alahmadi, J., Al-Attas, M., Sait, K., Anfinan, N., Aljahdali, E., Ajaj, H., & Sait, H. (2014). Knowledge, perception, and attitudes about cancer and its treatment among healthy relatives of cancer patients: single institution hospital-based study in Saudi Arabia. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 29(4), 772–780. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0653-7>

Ellington, T. D., Henley, S. J., Senkomago, V., O'Neil, M. E., Wilson, R. J., Singh, S., Thomas, C. C., Wu, M., & Richardson, L. C. (2020). Trends in Incidence of Cancers of the Oral Cavity and Pharynx - United States 2007-2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(15), 433–438. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915a1>

Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H. U., & Mehnert, A. (2017). Utilization of professional psychological

care in a large German sample of cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(4), 537–543. <https://doi.org/10.1002/pon.4197>

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 35(11), 1592–1597. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(99\)00212-9](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(99)00212-9)

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet (London, England)*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)

Flanagan, J., & Holmes, S. (2000). Social perceptions of cancer and their impacts: implications for nursing practice arising from the literature. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 740–749. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01535.x>

Gaballah, K., Faden, A., Fakih, F. J., Alsaadi, A. Y., Noshi, N. F., & Kujan, O. (2021). Diagnostic Accuracy of Oral Cancer and Suspicious Malignant Mucosal Changes among Future Dentists. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(3), 263. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030263>

Ghalwash, D., & Zahran, F. (2025). Oral cancer awareness among dentists: what is missing? A cross-sectional study. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 37(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s43046-025-00290-2>

Ghanem, A. S., Memon, H. A., & Nagy, A. C. (2024). Evolving trends in oral cancer burden in Europe: a systematic review. *Frontiers in oncology*, 14, 1444326. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1444326>

Ghorbani, Z., Manifar, S., Bohloli, G., Aghakouchakzadeh, A., & Mirzaei, A. (2023). Oral health-related quality of life in patients with oral squamous cell carcinoma: A case-control study. *Dental research journal*, 20, 36.

Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel,

O cancro oral : Desafios e estratégias de comunicação de uma má notícia
C., & Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>

Gillison, M. L., Castellsagué, X., Chaturvedi, A., Goodman, M. T., Snijders, P., Tommasino, M., Arbyn, M., & Franceschi, S. (2014). Eurogin Roadmap: comparative epidemiology of HPV infection and associated cancers of the head and neck and cervix. *International journal of cancer*, 134(3), 497–507. <https://doi.org/10.1002/ijc.28201>

Goerling, U., Albus, C., Bergelt, C., Erim, Y., Faller, H., Geiser, F., Hönig, K., Hornemann, B., Maatouk, I., Stein, B., Teufel, M., Wickert, M., & Weis, J. (2023). Predictors of cancer patients' utilization of psychooncological support: Examining patient's attitude and physician's recommendation. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 149(20), 17997–18004. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05507-2>

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner journal*, 10(1), 38–43.

Hertrampf, K., Jürgensen, M., Wahl, S., Baumann, E., Wenz, H. J., Wiltfang, J., & Waldmann, A. (2022). Early detection of oral cancer: a key role for dentists?. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 148(6), 1375–1387. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-03962-x>

Higueta-Gutiérrez, L. F., Estrada-Mesa, D. A., & Cardona-Arias, J. A. (2023). Social representations of cancer in patients from Medellín, Colombia: a qualitative study. *Frontiers in sociology*, 8, 1257776. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1257776>

Hu, M., Chen, H., Wang, R., Zhang, R., Yao, J., Qiu, X., & Guo, J. (2026). Global, regional, and national burden of lip and oral cavity cancer and its

attributable risk factors from 1990 to 2021: an analysis of the Global Burden of Disease study 2021. *International journal of clinical pharmacy*, 48(1), 93–106. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01961-9>

Hyland, K. A., Small, B. J., Gray, J. E., Chiappori, A., Creelan, B. C., Tanvetyanon, T., Nelson, A. M., Cessna-Palas, J., Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. B. (2019). Loneliness as a mediator of the relationship of social cognitive variables with depressive symptoms and quality of life in lung cancer patients beginning treatment. *Psycho-oncology*, 28(6), 1234–1242. <https://doi.org/10.1002/pon.5072>

Infante-Cossio, P., Torres-Carranza, E., Cayuela, A., Gutierrez-Perez, J. L., & Gili-Miner, M. (2009). Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 38(3), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2008.12.001>

Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

Jalali, R., Jalali, A., & Jalilian, M. (2023). Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon*, 9(4), e14734. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14734>

Jokar, M., Namavari, N., Moshiri, S. A., Jahromi, H. K., & Rahmanian, V. (2023). The incidence of oral cavity cancer in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Cancer reports (Hoboken, N.J.)*, 6(6), e1836. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1836>

Jones, M., Lee, J. Y., & Rozier, R. G. (2007). Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 138(9), 1199–1267. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0344>

Kamstra, J. I., Jager-Wittenaar, H., Dijkstra, P. U., Huisman, P. M., van Oort, R. P., van der Laan, B. F., & Roodenburg, J. L. (2011). Oral symptoms and functional outcome related to oral and oropharyngeal cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(9), 1327–1333. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0952-4>

Kheir, O. O., Ziada, H. M., Abubakr, N. H., Abdel-Rahman, M. E., Fadl, S. M., & Ibrahim, Y. E. (2019). Patient-dentist relationship and dental anxiety among young Sudanese adult patients. *International dental journal*, 69(1), 35–43. <https://doi.org/10.1111/idj.12409>

Kosydar-Bochenek, J., Kobak, J., Szczupak, M., Będkowski, J. H., & Krupa-Nurcek, S. (2025). Delivering bad news in clinical practice: the role of communication skills and emotional intelligence among Polish healthcare professionals. *BMC medical education*, 26(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08222-3>

Krieger, T., Salm, S., Dresen, A., & Cecon, N. (2023). Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 149(7), 3859–3870. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04311-8>

Kumar, P. M., Nagate, R. R., Alqahtani, S. M., Sarma, G. S. N., & Supraja, S. (2023). Role of jargon in the patient-doctor communication in the dental healthcare sector-A systematic review and meta-analysis. *Journal of education and health promotion*, 12, 198. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1442_22

Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Núñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Toledano-Toledano, F. (2020). Communicating bad news in the context of COVID-19. Comunicación de malas noticias en el contexto de la COVID-19. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 78(1), 59–65. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000201>

Lima, A. M., Meira, I. A., Soares, M. S., Bonan, P. R., Mélo, C. B., & Piagge, C. S. (2021). Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 26(6), e815–e824. <https://doi.org/10.4317/medoral.24808>

Lin, H., Chen, H., Weng, L., Shao, J., & Lin, J. (2021). Automatic detection of oral cancer in smartphone-based images using deep learning for early diagnosis. *Journal of Biomedical Optics*, 26(8), 086007. <https://doi.org/10.1117/1.JBO.26.8.086007>

Liu, P., Wu, Q., Cheng, Y., Zhuo, Y., Li, Z., Ye, Q., & Yang, Q. (2024). Associations of illness perception and social support with fear of progression in young and middle-aged adults with digestive system cancer: A cross-sectional study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 70, 102586. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102586>

Lu, Q., Link, E., Baumann, E., & Schulz, P. J. (2024). Linking patient-centered communication with cancer information avoidance: The mediating roles of patient trust and literacy. *Patient education and counseling*, 123, 108230. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108230>

Mansoursamaei, M., Ghanbari Jolfaei, A., Zandi, M., Mansoursamaei, A., & Salehian, R. (2023). Self-assessment of residents in breaking bad news; skills and barriers. *BMC medical education*, 23(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04720-4>

Martins, J. S., Abreu, S. C., Araújo, M. E., Bourget, M. M., Campos, F. L., Grigoletto, M. V., & Almeida, F. C. (2012). Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009 [Strategies and results of the oral cancer prevention campaign among the elderly in São Paulo, Brazil, 2001 to 2009]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 31(3), 246–252. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000300010>

Martins, B. N., Migliorati, C. A., Ribeiro, A. C., Martins, M. D., Brandão, T. B., Lopes, M. A., Alves, C. G., & Santos-Silva, A. R. (2023). The barriers dentists face to communicate cancer diagnosis: self-assessment based on SPIKES protocol. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 28(2), e191–e198. <https://doi.org/10.4317/medoral.25650>

Martín-Hernán, F., Sánchez-Hernández, J. G., Cano, J., Campo, J., & del Romero, J. (2013). Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 18(3), e439–e444. <https://doi.org/10.4317/medoral.18419>

Matthews, T., Baken, D., Ross, K., Ogilvie, E., & Kent, L. (2019). The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. *Psycho-oncology*, 28(12), 2286–2294. <https://doi.org/10.1002/pon.5241>

Mello, F. W., Melo, G., Pasetto, J. J., Silva, C. A. B., Warnakulasuriya, S., & Rivero, E. R. C. (2019). The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clinical oral investigations*, 23(7), 2849–2859. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02958-1>

Montero, P. H., & Patel, S. G. (2015). Cancer of the oral cavity. *Surgical oncology clinics of North America*, 24(3), 491–508. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2015.03.006>

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian journal of palliative care*, 16(2), 61–65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>

Papas, R. K., Logan, H. L., & Tomar, S. L. (2004). Effectiveness of a community-based oral cancer awareness campaign (United States). *Cancer causes & control : CCC*, 15(2), 121–131. <https://doi.org/10.1023/B:CACO.0000019474.98238.35>

Petersen P. E. (2009). Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. *Oral oncology*, 45(4-5), 454–460. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.023>

Phan, J., Vander Haegen, M., Karsenti, L., Laurence, V., Marec-Berard, P., Cordero, C., Thisse, A., Riberon, C., & Flahault, C. (2023). Psychological Adjustment, Adaptation, and Perception of Social Support in French Adolescents and Young Adults After the Diagnosis of Cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 12(3), 389–397. <https://doi.org/10.1089/jayao.2022.0034>

Porensky, E. K., & Carpenter, B. D. (2016). Breaking bad news: Effects of forecasting diagnosis and framing prognosis. *Patient education and counseling*, 99(1), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.022>

Primeau, C., Chau, M., Turner, M. R., & Paterson, C. (2024). Patient Experiences of Patient-Clinician Communication Among Cancer Multidisciplinary Healthcare Professionals During "Breaking Bad News": A Qualitative Systematic Review. *Seminars in oncology nursing*, 40(4), 151680. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151680>

Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *The Western journal of medicine*, 171(4), 260–263.

Reynolds, R., Smoller, S., Allen, A., & Nicholas, P. K. (2019). Health Literacy and Health Outcomes in Persons Living with HIV Disease: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 23(11), 3024–3043. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02432-9>

Ribeiro, M. F. A., Oliveira, M. C. M., Leite, A. C., Bruzinga, F. F. B., Mendes, P. A., Grossmann, S. M. C., de Araújo, V. E., & Souto, G. R. (2022). Assessment of screening programs as a strategy for early detection of oral cancer: a systematic review. *Oral oncology*, 130, 105936. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.105936>

Rini, M. S., Zerbo, S., Ventura Spagnolo, E., Malta, G., Baldino, G., & Argo, A. (2019). Oral cancer and treatment information involved in therapeutic decision-making. *Clin Ter*, 170(3), e216-e222. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2136>

Rivera C. (2015). Essentials of oral cancer. *International journal of clinical and experimental pathology*, 8(9), 11884–11894.

Rivera, C., & Venegas, B. (2014). Histological and molecular aspects of oral squamous cell carcinoma (Review). *Oncology letters*, 8(1), 7–11. <https://doi.org/10.3892/ol.2014.2103>

Roi, A., Roi, C. I., Andreescu, N. I., Riviş, M., Badea, I. D., Meszaros, N., Rusu, L. C., & Iurciuc, S. (2020). Oral cancer histopathological subtypes in association with risk factors: a 5-year retrospective study. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 61(4), 1213–1220. <https://doi.org/10.47162/RJME.61.4.22>

Ruthig, J. C., & Holfeld, B. (2016). Positive Thinking and Social Perceptions of a Male vs. Female Peer's Cancer Experience. *The Journal of social psychology*, 156(2), 154–167. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1052361>

Sadri, G., & Mahjub, H. (2007). Tobacco smoking and oral cancer: a meta-analysis. *Journal of research in health sciences*, 7(1), 18–23.

Sciubba, J. J., & Larian, B. (2018). Oral squamous cell carcinoma: early detection and improved 5-year survival in 102 patients. *General dentistry*, 66(6), e11–e16.

Sekaran, S., Ganapathy, D., Arumuganainar, D., Arumugasamy, H., Selvaraj, V., Alassiri, S., & Abullais, S. S. (2025). Leveraging celebrity influence for oral cancer prevention and smokeless tobacco cessation: challenges and opportunities in India. *Frontiers in public health*, 13, 1531268. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1531268>

Singhavi, H. R., Singh, A., Bhattacharjee, A., Talole, S., Dikshit, R., & Chaturvedi, P. (2020). Alcohol and cancer risk: A systematic review and meta-analysis of prospective Indian studies. *Indian journal of public health*, 64(2), 186–190. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_529_19

Slavova-Azmanova, N., Newton, J. C., Hohnen, H., Johnson, C. E., & Saunders, C. (2019). How communication between cancer patients and their specialists affect the quality and cost of cancer care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4575–4585. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04761-w>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Steenen, S. A., Linke, F., van Westrhenen, R., & de Jongh, A. (2024). Interventions to reduce adult state anxiety, dental trait anxiety, and dental phobia: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 105, 102891. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102891>

Stiefel, F., Bourquin, C., Salmon, P., Achtari Jeanneret, L., Dauchy, S., Ernstmann, N., Grassi, L., Libert, Y., Vitinius, F., Santini, D., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2024). Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO open*, 9(7), 103496. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496>

Stolberg M. (2014). Metaphors and images of cancer in early modern Europe. *Bulletin of the history of medicine*, 88(1), 48–74. <https://doi.org/10.1353/bhm.2014.0014>

Tay, L. H., Hegney, D. G., & DNurs, E. A. (2010). A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *JBIM library of systematic reviews*, 8(22), 869–916. <https://doi.org/10.11124/01938924-201008220-00001>

Warnakulasuriya S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology*, 45(4-5), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>

Xiao, X., & Wang, Z. (2021). Oral Cancer. In *Pharynx - Diagnosis and Treatment*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.97330>

Yuwanati, M., Gondivkar, S., Sarode, S. C., Gadgail, A., Desai, A., Mhaske, S., Pathak, S. K., & N Khatib, M. (2021). Oral health-related quality of life in oral cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Future oncology (London, England)*, 17(8), 979–990. <https://doi.org/10.2217/fon-2020-0881>