



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE DE
COMUNICAÇÃO DE MÁS-NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
MEDICINA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador
2018

MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE DE
COMUNICAÇÃO DE MÁ-SNOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
MEDICINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Marta Silva Menezes.

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Mary Gomes Silva.

Salvador
2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

O48 Oliveira, Mônica da Cunha

Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação de más-notícias na formação de profissionais de medicina. / Mônica da Cunha Oliveira. – 2018.

84f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Silva Menezes

Co-orientadora: Profa. Dra. Mary Gomes Silva

Mestre em Tecnologias em Saúde

Inclui bibliografia

1. Habilidade de comunicação. 2. Formação médica. 3. Estudantes de medicina

I. Título.

CDU: 610

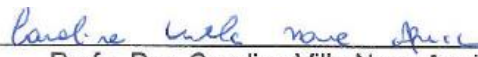
MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**“ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE
DE COMUNICAÇÃO DE MÁ-S-NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE MEDICINA”**

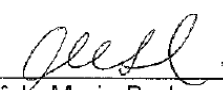
Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial para a obtenção do Título
de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 27 de abril de 2018.

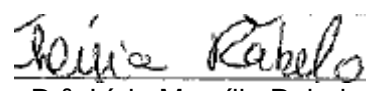
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.ª Dr.ª Iêda Maria Barbosa Aleluia
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Dr.ª Lísia Marcílio Rabelo
Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria
Universidade Federal da Bahia

Dedico esse trabalho a todos meus pacientes que me honraram confiando suas histórias de vida, e a todos meus alunos com quem aprendo todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, não poderia deixar de mencionar aqueles que honro como meus primeiros professores: minhas avós e meus pais que não estão mais entre nós, mas continuam presentes em minha vida pelas boas heranças que me constituem na pessoa que sou.

Agradeço imensamente a minha orientadora, Marta Menezes, que guiou e apoiou minhas escolhas, guiando esta travessia de forma sábia, respeitosa e cuidadosa.

Agradeço a minha co-orientadora Mary Gomes a presença suave e a interlocução segura ampliando a visão da pesquisa.

Às professoras Carolina Villa Nova Aguiar e Ieda Aleluia, pela leitura atenta e pelas colocações no exame de qualificação, que tanto contribuíram com meu trabalho.

Aos professores Cipriano Luckesi e Natália Canário, pela leitura cuidadosa e ponderações e que enriqueceram além do meu texto, meu olhar como professora sobre esse ofício nobre e fundamental para o ser humano.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pelo apoio financeiro na forma de bolsa de estudos.

A Livia e Yasmin filhas amigas e companheiras que me ampararam com leveza, humor e forças em muitos momentos desta caminhada.

À Micael, Natália e Christian, filho, nora e neto queridos que mesmo distantes se fizeram presentes por todo o período do mestrado.

A todos os meus professores, do primário ao mestrado que me encantaram com suas aulas e ensinaram com sua presença firme, ao longo de toda minha caminhada de estudante, sem eles não estaria aqui hoje.

Oliveira, MC. Análise de Estratégia para Desenvolvimento de Habilidade de Comunicação de Más-Notícias na Formação de Profissionais de Medicina. 2018. 74 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde). Programa de Pós-Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2018.

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina preconizam que as escolas médicas devem oferecer aos graduandos formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Assim, para a formação de um profissional médico deve-se estar atento, não apenas para o perfil técnico e as habilidades para realização de procedimentos, mas as questões relacionadas ao comportamento humano. Nesse contexto destaca-se que as habilidades comunicacionais são fundamentais e entende-se que possam ser desenvolvidas para que o profissional médico possa agir com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a percepção dos estudantes de medicina sobre utilização do protocolo SPIKES para o desenvolvimento de habilidades de comunicação para más notícias. Trata-se de um estudo analítico descritivo com abordagem qualitativa, que contou com a participação de 20 estudantes que compuseram o grupo de Médicos Simulados (MS), estudantes do segundo ano do curso de Medicina, de uma instituição privada, localizada na cidade de Salvador-BA. Os dados foram obtidos a partir de um questionário composto por questões fechadas e abertas, e da observação direta participante. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em quatro momentos, entre os meses de julho e agosto do ano 2016. No primeiro, denominado preparatório, aconteceu no período 21 dias antes da primeira consulta simulada. O segundo, a primeira consulta simulada. No terceiro aconteceu a capacitação do SPIKES. No quarto, a segunda consulta simulada. Foram aplicados os questionários após término do segundo, terceiro e quarto momentos. Este estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e autorizado através do parecer nº803895. O tratamento e análise dos dados foram guiados pelas etapas de análise temática, teorizada por Bardin, aplicadas em três momentos distintos: referente a primeira consulta, a avaliação da capacitação e a avaliação da segunda consulta por pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa da pesquisadora, sendo validada pela mesma. Após tratamento dos dados emergiram as seguintes categorias temáticas, nos três momentos distintos: referente a primeira consulta - aprendizagem reflexiva, sentimentos e relação médico-paciente; referentes a avaliação da capacitação - aprendizagem reflexiva, sentimentos, relação médico-paciente, aprendizagem técnica, aproximação com a realidade, impossibilidade de reproduzir a realidade e limitações; e referente a segunda consulta - aprendizagem reflexiva, sentimentos, relação médico-paciente, aprendizagem técnica, limitações e perspectivas. As três primeiras categorias, descritas na primeira consulta aparecem nos três momentos e representam a realidade do dia-a-dia da prática médica. Destas, ressalta-se a categoria sentimentos que incidiu na primeira consulta com dezessete núcleos de sentido. Seguida a aprendizagem significativa, na segunda consulta, com quinze núcleos de sentido. Neste estudo foi possível analisar a percepção de estudantes de medicina, do segundo ano, sobre a utilização do protocolo SPIKES. Foi verificado que a utilização desse pode sensibilizar e instrumentalizar profissionais em formação, para emissão de más notícias. Em cada categoria pode ser identificada, nos MS, o surgimento de um recurso possível de suavizar as tensões e dificuldades oriundas do momento da emissão da má notícia.

Palavras-Chave: Estudantes de Medicina. Formação Médica. Habilidade de Comunicação.

Keywords: Oliveira, MC. Strategy Analysis for the Development of Skills for Delivering Bad News in the Formation of Healthcare Professionals. 2018. 74 f. Dissertation (Masters in Technology in Health). Graduate Program at Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The National Curricular Guidelines of the undergraduate courses in medicine advocate that medical schools should offer to the students a generalist, humanist, critical and reflective education. Accordingly, for the formation of a health professional it is necessary to be aware not only of the technical profile and skills for performing procedures, but also regarding issues related to human behavior. In this context, communication skills are essential and it is possible to develop these skills in order for health professional to act with empathy, sensibility and interest, preserving the confidentiality, awareness, autonomy and safety of the person under their care. **Objective:** To analyze the perception of medical students on the use of the SPIKES protocol towards the development of skills for delivering bad news. **Materials and Methods:** A descriptive analytical study, of a qualitative approach, with the participation of 20 students, in the second year of medical school at a private institution, located in the city of Salvador-BA, who formed the group of Simulated Doctors. The data was obtained from questionnaires comprising open and closed questions, and direct participant observation. The development of the research occurred in four stages, between the months of July and August of 2016. The first one, called preparatory, occurred in a period of 21 days before the first simulated medical appointment. The second occurred during the first simulated medical appointment. The third occurred in the SPIKES qualification. The fourth stage was the second simulated medical appointment. The questionnaires were applied after the conclusion of the second, third and fourth stages. This study was registered on the Brazil Platform and authorized through report 803895. The data treatment and analyses were guided through phases of thematic analysis, theorized by Bardin, applied in three distinct moments: in relation to the first medical appointment, evaluation of the training and evaluation of the second medical appointment by researchers linked to the research group of the researcher, and validated by the latter. **Results and Discussion:** After the treatment of the data, the following thematic categories emerged, in the three different stages: in relation to the first medical appointment – reflective learning, sensitivity and doctor-patient relation; in relation to the evaluation of the training - reflective learning, sensitivity, doctor-patient relation, technical knowledge, closeness to reality, impossibility of reproducing reality and limitations; and in relation to the second medical appointment - reflective learning, sensitivity, doctor-patient relation, technical knowledge, limitations and perspectives. The first three categories, described in the first medical appointment appeared in the three stages and represent the reality of routine medical practice. Emphasis is given to the category of sensitivity which happened in the first medical appointment with seventeen cores of meaning, followed by significant learning, in the second medical appointment, with fifteen cores of meaning. **Final considerations:** It was possible to analyze, in this study, the perception of second-year medical students on the use of the SPIKES protocol. It was verified that the use of the protocol can bring awareness and equip professionals in formation to deliver bad news. In each category it is possible to identify, in the Simulated Doctors, the emergence of a possible resource for alleviate tensions and difficulties arising from the moments of delivering bad news.

Key-words: Medical Students. Medical Training. Communication Skills.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação entre os protocolos de más notícias.....	18
Tabela 2 - Comparação entre metodologias de aplicações do SPIKES	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Treinamentos em torno dos cuidados com más notícias	16
3.2	Histórico do Protocolo SPIKES	18
3.2.1	Particularidades culturais no contexto de más notícias	20
3.2.2	Treinamento de habilidades comunicacionais para estudantes de graduação em medicina	20
4	MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1	Desenho de Estudo	24
4.2	Participantes do Estudo	24
4.3	Instrumentos de Coleta de Dados	24
4.4	Lócus da Pesquisa	25
4.5	Procedimentos	25
4.6	Aspectos Éticos do Estudo	29
4.7	Tratamento e Análise dos Dados	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1	Aprendizagem Reflexiva	33
5.2	Relação Médico Paciente	36
5.3	Sentimentos	39
5.4	Aproximação com a Realidade	42
5.5	Aprendizagem Técnica	43
5.6	Impossibilidade de Reproduzir a Realidade	44
5.7	Limitações	46
5.8	Perspectivas	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	57
	ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina⁽¹⁾ preconizam que as escolas médicas devem oferecer aos graduandos formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Desta forma, espera-se que durante a graduação, o discente seja capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde⁽¹⁾.

Ainda de acordo com as mencionadas diretrizes⁽¹⁾, em seu artigo VII, da primeira sessão, é explicitado que o graduando deve ser formado levando em conta o amplo espectro da diversidade humana, de maneira a consolidar o seu aprendizado. É destacado que é através da comunicação, verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, que se pode agir com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.

Dessa forma, para formação de um profissional médico competente deve-se estar atento não apenas para o perfil técnico e as habilidades para realização de procedimentos, mas também para as questões relacionadas ao comportamento humanístico. Nesse sentido, destaca-se que as habilidades comunicacionais são fundamentais e entende-se que possam ser desenvolvidas.

Com essa compreensão estudos tem recomendado que as escolas médicas invistam no processo ensino-aprendizagem das habilidades de comunicação⁽²⁻⁶⁾ (HbC), com vistas a garantir a formação de profissionais aptos a exercer seu papel na sociedade. Para ser efetivo, este investimento requer a compreensão do estado atual do processo de ensino-aprendizagem das HbC, desenvolvimento de plano para a implementação, acompanhamento e avaliação das estratégias pedagógicas elaboradas.

Evidências ao longo dos últimos anos comprovam que as HbC são passíveis de serem ensinadas e que este aprendizado pode ser duradouro. Das estratégias educacionais utilizadas para o ensino das HbC, as baseadas em teatro pedagógico e simulação tem sido as mais utilizadas e recomendadas^(7,8).

Estas estratégias visam inserir os alunos no processo de aprendizagem através de uma prática assistida e orientada. No contexto educativo, a simulação pode ser definida como uma situação criada para permitir que as pessoas experimentem a representação de um evento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou entender sistemas ou ações humanas⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a teoria do aprendizado experimental ou baseado em experiência (TAE) constitui a fundamentação teórica das estratégias educacionais baseadas em simulação. De acordo com a TAE, o conhecimento é resultado da compreensão e transformação da experiência. O processo do aprendizado experimental é proposto como um ciclo de quatro estágios, no qual “experiências concretas” (estágio 1) proporcionam a base para “observações reflexivas” (estágio 2). Estas observações, por sua vez, são transformadas em “conceitos abstratos” (estágio 3) que produzem novas implicações para ação (estágio 4), que podem ser testadas ativamente, criando novas experiências^(10,11).

No contexto da qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços de saúde, destaca-se o desafio enfrentado pelos profissionais médicos em desenvolver a HbC para transmitir más notícias, sendo estas consideradas em qualquer situação de saúde que venha a afetar o futuro e/ou comprometer a qualidade de vida de modo permanente⁽⁶⁾.

Reconhecendo a dificuldade dos profissionais de saúde em transmitir más notícias, a aplicação do protocolo SPIKES pode contribuir para o desenvolvimento desta habilidade. Trata-se de protocolo elaborado por um grupo de oncologistas norte-americanos e canadenses ligados ao MD Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas, Estados Unidos da América e ao Sunnybrook Regional Cancer Center de Toronto, Canadá e incorporado pelo Instituto Nacional do Câncer-Brasil (INCA) e Ministério da Saúde-Brasil^(6,12,13).

O protocolo SPIKES descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. A letra inicial de cada passo corresponde as letras que formam seu nome - SPIKES.

O primeiro passo (*setting up*) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (*perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (*invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber de sua doença. O quarto (*knowledge*) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não o fazer de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; e checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*strategy and summary*) pode diminuir a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer^(12,14).

A apresentação do protocolo SPIKES a estudantes ainda em fase inicial dos cursos de medicina tem sido pouco utilizada⁽¹⁵⁾, mas acredita-se que o contato com as consultas simuladas permitem um preparo melhor e oferece uma ferramenta para a diminuição, no

futuro, de estresse e ansiedade para médicos e pacientes⁽¹⁶⁾. Tendo em vista tal ponderação, a presente investigação debruça-se sobre a seguinte questão de pesquisa: como estudantes de medicina percebem as suas habilidades de comunicação, que envolvem más notícias, antes e depois de experienciarem uma capacitação no protocolo SPIKES?

A comunicação satisfatória entre o profissional de saúde e a pessoa doente é de fundamental importância para um eficaz entendimento do raciocínio clínico, das condutas médicas curativas ou paliativas a serem aplicadas, dos tratamentos e prognósticos à serem compreendidos, mas, de fato, o mais importante é que o indivíduo seja respeitado e acolhido em sua individualidade e subjetividade frente ao adoecer. Esta tem sido uma das mais complexas tarefas nos dias de hoje, pela pouca dedicação às relações humanas como ponto de partida dos valores e crenças da população em geral⁽¹⁷⁾.

Apesar da consciência desses momentos como alguns dos mais difíceis na prática médica e na vida humana, com influência em quadros de estresse e *burnout*⁽¹⁸⁾ entre os profissionais envolvidos, não se encontra, de modo suficiente, pesquisas e descrições que apontem um caminho de adequação cultural e social para o treinamento, no decurso da graduação em medicina, de habilidades comunicacionais para más notícias. Esta proposição é necessária para a formação de médicos, uma vez que tal habilidade, ímpar e complexa, não poderá ser treinada em uma só vivência ou com a leitura de um livro texto, mas sim na sensibilização e aprendizagem através de sucessivos e bem sucedidos treinamentos⁽¹⁹⁾.

Ao considerar essa temática de interesse significativo para todos os profissionais de saúde, pesquisas recentes confirmam que os pacientes em diferentes culturas e etnias, como Arábia Saudita e Japão, além da brasileira, preferem receber tais notícias pelos seus médicos assistentes^(20,21), sugerindo, dessa forma, a necessidade de se treinar o estudante de medicina, precocemente, para tal tarefa.

Diante dessa compreensão, o treinamento dessas habilidades em ambiente controlado e supervisionado tem sido apontado como o melhor caminho para adquirir eficazmente competências necessárias nesse âmbito de ação^(4,8,22-25). Entendendo que a má notícia tem relação com a percepção da pessoa, seu contexto e seu momento no ciclo de vida, o profissional deve estar atento não só para anunciar a morte ou doenças graves, mas também ter um olhar para questões que possam ser percebidas pelo indivíduo como uma má notícia, tais como a incapacidade de ter filhos entre jovens e a sorologia de HIV positivo num casal de idosos, entre outros⁽²⁶⁾.

Assim, compreende-se que a questão da formação profissional está colocada à sociedade como um todo, pois acreditamos que o uso adequado da linguagem entre médico-

paciente é passível de ser ensinado e ponto fundamental para uma prática clínica bem sucedida^(15,24,27).

Como médica clínica há trinta e dois anos, esse tema da comunicação profissional de saúde com o paciente e sua família sempre despertou em mim interesse, como uma questão a ser estudada e esclarecida. Esse interesse reside no fato de sempre ouvir críticas repetidas à insensibilidade médica e à toda equipe de saúde, ou mesmo, comentários depreciativos de como, muitas vezes, nós profissionais de saúde não conseguimos agir de maneira cuidadosa, apropriada ou respeitosa no momento da entrega da má notícia.

Sendo a má notícia não somente em relação a momentos graves, mas, por exemplo, também em relação às doenças crônicas, levando em conta o envelhecimento da população como um todo. Esse cuidado deve estar presente desde o primeiro momento de tomada de consciência, ou ainda, na repetição visando a compreensão, checando se ficaram claros tais diagnósticos, à medida que irão exigir manejo delicado, tanto no que se refere aos pacientes, como à sua família.

Como professora do curso de medicina há oito anos, me dediquei ao ensino da semiologia médica, clínica médica, saúde da família e fortemente ao meu objeto de inquietação e pesquisa: o laboratório de habilidades de comunicação - Lab HbC. Importa preparar ou estar ao lado do estudante para que aprenda a lidar com a comunicação efetiva, que implica em empatia e criação de vínculos, usando roteiros de consultas com suas implicações subjetivas, como lidar com a experiência em si que, na verdade, é muito mais que entregar um diagnóstico contendo uma má notícia.

Como facilitadora do processo de aprendizado dos estudantes de medicina, torna-se frustrante ouvir um profissional médico expressar “não saber o que fazer nesses momentos”. Entendo que, como grupo social, tentamos a todo custo deixar longe das nossas reflexões as doenças, as perdas e a morte e isso é tão forte em nossa cultura que também está naturalmente transversal e implicitamente presente nos cursos de graduação de medicina.

Surge, então, o questionamento: a sensibilização para essa temática não deveria ocorrer logo cedo em todos os componentes curriculares dos cursos de graduação em saúde tais como anatomia e fisiologia, em que o idealismo e os sonhos estão bem presentes? Para tanto se faz necessário um enfoque pedagógico humanista^(10,28), que reconheça o aprendiz em sua totalidade através de auto-realização para crescimento pessoal, fator que se fará presente, no futuro, em sua atuação como profissional.

Autoconhecimento e auto-observação como instrumentos internos de fortalecimento e recursos para, então, poder lidar com o sentimento e a fragilidade do outro. Certamente esses

fatores não serão facilitados exclusivamente através de aulas expositivas e penso que poderiam ter alguma efetividade se vivenciados.

E, existe abertura para mais inquietações: as experiências vividas em bom clima psicológico de ambiente propício na interação professor-aluno talvez possam ser reproduzidas mais tarde em um vínculo entre o profissional de saúde e paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a percepção dos estudantes de medicina sobre utilização do protocolo SPIKES para o desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias a respeito do quadro de saúde do cliente.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a experiência do estudante de medicina na participação em uma consulta na condição de médicos simulados (MS).
- Averiguar o entendimento sobre a capacitação dos médicos simulados (MS) através do Protocolo SPIKES.
- Comparar as percepções dos estudantes de medicina sobre suas habilidades em comunicação de más notícias antes e após a aprendizagem e uso do protocolo SPIKES.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tendo em vista identificar o estado do conhecimento relacionado ao objeto de estudo delimitado neste trabalho, foram realizadas buscas nos Portais dos Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Headings (MeSH): Medical students, Health communication, Physician-patient relations, Truth disclosure, Communication barriers, aplicando-se os seguintes filtros: Education, Bad News, Medical students, Truth disclosure, Medical education, Physician-patient relations e Breaking bad News, tendo em vista a seleção dos conteúdos. Foram levados em conta artigos científicos publicados no período de 1997 a 2017, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, sendo encontrados 308 produções. Dessas, após leitura dos resumos, para seleção dos conteúdos, foram selecionados 30 artigos que abordavam treinamento para estudantes de medicina e aspectos culturais da arte de dar más notícias. Essa busca proporcionou a constatação de poucas produções relacionadas ao tema definido para este estudo e colaborou na elaboração e fundamentação da revisão de literatura descrita a seguir.

3.1 Treinamentos em torno dos cuidados com más notícias

Uma efetiva comunicação é essencial para desenvolver um relacionamento entre médico e paciente, em que as informações de ambos os lados fluem e se complementam, formando uma interação capaz de dar conta do efetivo raciocínio clínico e dos aspectos psicossociais, emocionais e espirituais de ambos envolvidos, tornando esse um encontro de especialistas, um sobre sua doença e outro sobre os aspectos técnicos da mesma.

Até os anos 1970⁽¹²⁾, era comum não revelar aos pacientes seus diagnósticos, principalmente de câncer, supondo-se que tal notícia poderia levar o mesmo à desesperança e a não-adesão aos tratamentos. Com a aplicação de pesquisas a respeito dessa questão⁽²¹⁾, no entanto, mostrou-se claro que os pacientes desejam saber a verdade sobre seus diagnósticos, e que revelar não é tarefa fácil tanto para quem o faz e como para quem recebe.

A partir dos anos 1980, encontramos vários protocolos com a finalidade de treinamento e adequação para os profissionais de saúde no momento de revelar a verdade dos diagnósticos. Os protocolos e a preocupação com a comunicação deu-se inicialmente com

foco nos pacientes da especialidade de Oncologia ^(12,29,30), mas rapidamente ficou clara a importância de se levar em consideração todos os momentos de más notícias, tornando Breaking Bad News (BBN) como um dos os modelos de habilidades em comunicação. Communication skills models (CST) tornaram-se norteadores de uma prática clínica satisfatória no que se refere à compreensão dos aspectos psicossociais envolvidos no treinamento dos médicos em habilidades e competências necessárias à compreensão da subjetividade humana no momento de adoecimento e morte⁽¹⁸⁾.

O protocolo SPIKES, criado por Baile e Buckmann^(6, 12) foi o primeiro a ser publicado e outros vários foram criados no sentido de adequação do modelo às suas culturas. – Ver Tabela abaixo: o SHARE, adaptado por Maiko Fujimori⁽²¹⁾ às questões da cultura oriental, e também às necessidades de cada profissão, como também o modelo ABCDE, originalmente focado para os profissionais de enfermagem e, hoje, muito aplicado em cuidados paliativos, incluindo o conceito de empatia junto, ou no lugar, de emoções. O protocolo de Bennett & Alison, do Reino Unido, tem uma adequação cultural pelo espaço de tempo dentro da própria consulta, com a construção de um tempo de silêncio antes de se revelar a verdade⁽³¹⁾. Esta modalidade é muito usada no Chile, no presente momento, que, por essa adequação temporal, foi renomeado de Sete Passos⁽³²⁾.

A tabela 1 apresenta os quatro protocolos de treinamento em comunicação de más notícias identificados durante pesquisa de revisão realizada. Na mesma, é possível observar diferenças e semelhanças entre os temas abordados.

Tabela 1 - Comparação entre os protocolos de más notícias

	ABCDE EUA	SHARE Japão	Bennett e Alison UK	SPIKES Canada EUA
Autores	Rabow MW e McPhee SJ ⁽³¹⁾	Fujimori ⁽²⁷⁾⁽¹⁸⁾	Bennett e Alison ⁽³²⁾	Buckman, R & Baile, W ⁽¹²⁾
Temas abordados	A- Advance preparation B- Build therapeutic relationship C- Invitation communication well D- Knowledge deal with reactions E- Empathy	S- Supportive enviroment for interview H-How bad News willbe delivered A-Additional information the patient R-Reassurrance E-Empathy	1-Preparacion de la entrevista 2Comenzando la entrevista 3- Clarificar estratégias 4- Entrega da la mala noticia 5-Sosteniendo la respuesta 6-Discutir el pronóstico 7- Cerrando la entrevista	S- setting up P-perception I-invitation K-knowlegde E-emotion empathy S-strategy

A análise cuidadosa de tais protocolos permite observar que todos trabalham com um eixo básico de compreensão das necessidades mínimas para o momento de oferecer ao paciente o conhecimento da verdade, e, os ajustes propostos levam em conta aspectos culturais que devem ser respeitados, mas que não diferem muito em seus momentos de dor e perdas. O grande aprendizado através da leitura de vários artigos sobre a opinião de oncologistas, é de que dar más notícias continua sendo desafiador e estressante^(18,32-36).

3.2 Histórico do Protocolo SPIKES

O protocolo originalmente foi oferecido como um instrumento, entre os sete hospitais credenciados da Universidade de Toronto, em 1987, para ensinar estudantes de enfermagem e medicina a seguirem passos básicos de conduta (six point protocol) no encontro com clientes aos quais se tem a tarefa de dar alguma má notícia. Foram usadas sessões de vídeo de 30 minutos antes e depois do uso do protocolo e feita discussão sobre o acontecido. O resultado das informações coletadas foi publicado por Buckman e Garg em 1997⁽⁶⁾.

Após pesquisa em um grande encontro anual de Oncologistas --- Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO) ---, em 1998, onde 500 dos 700 médicos presentes responderam um amplo questionário sobre suas dificuldades e desconfortos em dar más notícias a seus pacientes e familiares, o protocolo foi adaptado num acrônimo chamado

SPIKES. Atendendo aos pressupostos do *six-point protocol*, a adaptação feita por Buckman e Baile^(6,12) teve por objetivo atender e responder às demandas dos médicos oncologistas na difícil tarefa de dar más notícias. Em suas práticas, tais profissionais são exigidos muitas ao mês em tal tarefa. Como dar o diagnóstico em si sem tirar a esperança do paciente? Como comunicar recidivas das doenças ou não funcionamento dos tratamentos propostos? E, finalmente, como agir na indicação de migração para tratamentos paliativos, além de lidar com as emoções resultantes de tais comunicados?

O uso do protocolo SPIKES mostrou-se efetivo e vem norteando diferentes aplicações com más notícias, nesses 20 anos, em outras especialidades, a exemplo de doenças oftalmológicas⁽¹⁴⁾, doenças mentais e várias outras não oncológicas^(8,23,37-39). O protocolo é proposto em seis etapas para organizar um roteiro a ser seguido pelo médico, estudante de medicina ou profissionais de saúde ao dar más notícias⁽¹²⁾:

- 1- *SETTING UP* – preparar para entrevista: consiga alguma privacidade, envolva pessoas significantes, sente-se, faça contato com o paciente (olho no olho), maneje para ter tempo.
- 2- *PERCEPTION* – percepção do que o paciente já sabe ou do que supõe saber: pergunte-lhe se entende do que se tratavam os exames que fez, aproveite para corrigir algum mal-entendido.
- 3- *INVITATION* – convide-o a colocar claramente o quanto quer saber de seu diagnóstico.
- 4- *KNOWLEDGE* – dar a notícia em si: revele a verdade numa linguagem possível do paciente compreender, cuidado para não retirar todas as esperanças do paciente, nem fazer falsas promessas.
- 5- *EMOTIONS* – com resposta empática, observar e valorizar a expressão dos sentimentos: faça movimentos para estar mais perto caso ele chore e expresse solidariedade em palavras.
- 6- *STRATEGY and SUMMARY*- faça uma revisão de tudo o que foi dito: explore a compreensão do que foi esclarecido até o momento e só então converse sobre metas e tratamentos.

Avaliando e comparando com os demais protocolos já usados entre estudantes de medicina (vide tabela 1), o protocolo SPIKES foi escolhido para ser aplicado nesta pesquisa, pois é passível de adaptação a nossa cultura e ao contexto do paciente no momento de ser aplicado⁽⁸⁾. É relativamente de fácil memorização e com uma extensa literatura e aplicação

entre os médicos e demais profissionais de saúde. Propõe-se a ser sensível e efetivo no momento de abrir, conduzir, revelar a verdade e fechar a consulta sumarizando e vendo as metas e papéis a serem assumidos por cada um. Assim tornou-se o foco principal das pesquisas atuais com intuito educacional e de treinamento de habilidades para uma efetiva comunicação médico-paciente^(21,40).

3.2.1 Particularidades culturais no contexto de más notícias

Dar más notícias de maneira sensível e efetiva pede por uma postura respeitosa às diferenças culturais, e deve ser adequada a cada pessoa e sua família de forma cuidadosa. Os estudantes de medicina são a esperança de futuro para uma atuação ética, justa e empática⁽²⁷⁾. Num estudo observando a prática médica versus a opinião dos estudantes de medicina, em Taiwan, fica claro que os pacientes preferem as notícias indiretamente através de seus familiares e com os mesmos acompanhando as consultas. Na cultura Japonesa, que também é centrada na família, os pacientes preferem receber a notícia acompanhados por seus parentes. Já em países da Europa e nos EUA, os pacientes preferem receber a notícia sozinhos^(20,21).

A necessidade de questionar a respeito de detalhes da doença e saber prognósticos esclarecidos parece aumentar em adultos jovens, em indivíduos do sexo feminino e com o maior número de anos de estudo formal⁽²¹⁾. Por sua vez, de uma maneira geral, as demais etapas, como percepção, disponibilidade de tempo e o lidar com as emoções parece ser algo comum entre todas as culturas^(7,19-21,26,29,35,36,41).

3.2.2 Treinamento de habilidades comunicacionais para estudantes de graduação em medicina

Revelar a verdade ao paciente é um dever médico-legal no exercício da profissão, mas o mais importante é o respeito humano e ético que este momento demanda. É necessário, então, ensinar aos estudantes de medicina e enfermagem como se preparar para lidar com o momento principal em dar más notícias, escolhendo as palavras corretas, se adaptando à realidade do paciente, oferecendo suporte, expressando empatia e ainda levando em conta o fator tempo de assimilação e compreensão da informação, que gera estresse e desconforto⁽¹⁹⁾. Os processos judiciais contra os médicos em sua maioria não se originam das falhas técnicas e sim das dificuldades de comunicação e de esclarecimento completo das questões envolvidas nos diagnósticos graves e reservados.

Várias experiências têm sido implementadas nos cursos de medicina, desde 1987, com a experiência de Buckman e Garg⁽⁶⁾ nos hospitais conveniados à Universidade de Toronto-Ontário, para que esse treinamento em habilidades de comunicação aconteça o mais cedo possível no curso, de maneira transversal e com avaliações longitudinais, tendo em vista detectar as habilidades adquiridas⁽¹⁹⁾. Técnicas de teatro pedagógico⁽⁹⁾, facilitadoras do aprendizado, vem sendo empregadas, tais como *role playing*, simulações realísticas com pacientes e médicos simulados (SP- SM), com casos filmados ou não, discussão em pequenos grupos, leitura de casos, filmes e tutorias, além dos momentos de observação da prática, quando a reflexão é o resultado esperado⁽⁴²⁾.

As BBNs (*Breaking Bad News*) estão relacionadas à perda de esperança, uma ameaça real mental ou física que vai mudar todo o estilo de vida da pessoa. Uma boa comunicação nesses casos está relacionada a várias habilidades conjuntas para lidar com tais circunstâncias: comunicação não verbal, uma escuta atenta, falar a verdade com positividade, lidar com as emoções pessoais e familiares, respeitando o tempo necessário para recuperação do indivíduo⁽⁴³⁾. Vem ficando cada vez mais claro que tal treinamento, devido à sua complexidade, demanda tempo e repetição⁽²⁾. Vem sendo desenvolvido há mais de 20 anos nos EUA e nos países europeus, com larga aplicação do Protocolo SPIKES^(5,44). No Japão, esse protocolo sofreu uma adaptação cultural por Fujimori⁽²¹⁾, após revisão sistemática do tema para a cultura asiática. Na China, há somente 10 anos, tem se desenvolvido a aplicação de treinamentos de habilidades de comunicação --- *Communication Skills Training (CST)*⁽²⁾ ---, com estudos apontando para a necessidade dessas habilidades entre os médicos de tal país, da mesma maneira que nos ocidentais, já que são muito fortes as relações de hierarquia médico-paciente nesse país, assim como em toda Ásia. Mais de 20 artigos, incluídos no estado da arte de Xinchun Liu⁽²⁾, mostram efetividade dos treinamentos propostos no contexto da Ásia.

O trabalho de Gabriela Dias, em São Paulo⁽⁴⁰⁾, revisa o impacto psicológico das más notícias em unidade de emergência, reforçando a compreensão de variadas e distintas culturas de que o sofrimento se dá em ambas as partes, médico-residente, pacientes e familiares, convidando à reflexão do momento da graduação como importante ponto de partida para esse desafio infindo.

Na tabela 2, é possível comparar estudos com protocolo SPIKES em diferentes culturas e metodologias de aplicação.

Tabela 2 - Comparação entre metodologias de aplicações do SPIKES

Nome do artigo	Autor	Ano	País	Tipo de pesquisa
Teaching medical students how to break bad news ⁽⁶⁾	Amit Garg; Robert Buckmann	1997	Toronto, Ontario Canada.	Apresentações de vídeo-aulas Spikes com pré-pós questionários.
Palliative care Communication Curriculum: What can students learn from na unfolding case? ⁽⁸⁾	Joy Goldsmith; Sandra Sanchez- Reilly	2011	Texas, USA	Depois de 2 semanas de cursos em geriatria na 3ª semana eles aplicam Spikes com feed back.
Truth telling in medical practice: students Opinions versus their observations of attending physiciansclinical practice. ⁽²⁷⁾	Woung-Ru tang; Maiko Fujimori.	2012	Taiwan Taiwan	Observação pelos estudantes entre dar a verdade e o atendimento na pratica dos medicos.
Teaching and training in breaking bad News at the Dutch medical schools: A comparison. ⁽⁵⁾	E.M. Van Weel- Baumgarten; J. Van Dallen & B. Bonke.	2012	Nijmegen Rotterdam Netherlands.	BBN Role play Pacientes simulados SP
Teaching and evaluating breaking bad news: a pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students ⁽²²⁾	Jan Shildmann: Jochen Vollmann	2012	Nuremberg Alemanha	BBN Video tapes
Teaching medical students how to break bad news with standardized patients ⁽²⁵⁾	John V. Kiluk ; Gwendolyn Quinn	2012	Tampa USA	Pacientes simulados
Ambiente médico: o impacto da má notícia em pacientes e médicos- em direção a um modelo de comunicação mais efetivo. ⁽⁴³⁾	Ariadne Juna do Prado: Renério Fraguas Júnior	2013	São Paulo Brasil	Treinamento Spikes
Summative assessment of undergraduates communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evalaution of the Dusseldorf-CoMed – OSCE.	Achim Mortsiefer; Michael Pentzek.	2014	Dusseldorf Alemanha	BBN OSCE

Os resultados indicam que a comunicação médico-paciente deve ser treinada desde muito cedo com os estudantes de medicina^(4,8,14,24), pois tal habilidade inclui aspectos emocionais e cognitivos complexos e delicados. No momento de entregar notícias difíceis, tanto médico quanto pacientes e familiares apresentarão um grau de sofrimento maior ou menor dependendo de sua capacidade de resiliência.

Torna-se importante pensar o processo educacional atendendo as duas pontas dessa relação médico-paciente, habilitando efetivamente o estudante de medicina para perceber o sujeito na outra ponta em condição de sofrimento. Dessa forma, o profissional será cuidadoso com o sujeito e sua família, prevenindo estresse e desgastes desnecessários. Entre várias técnicas, o Protocolo SPIKES é apontado como um modelo com possibilidades de adequação a diversos momentos de más notícias assim como também a realidade cultural e social brasileira⁽¹³⁾.

Poucas pesquisas foram encontradas em língua portuguesa reforçando a necessidade de mais investigações com o uso desse protocolo⁽⁴³⁾.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de estudo analítico descritivo com abordagem qualitativa por considerar que, para avaliar a percepção dos estudantes de medicina, sobre uma estratégia que objetiva desenvolver a habilidade de comunicação em torno de más notícias relativas à saúde, esta abordagem possibilita trabalhar com um universo de significados, dentre estes, os valores e atitudes que podem corresponder a um espaço profundo das relações humanas, que não podem ser reduzidos a variáveis estritas⁽⁴⁵⁾.

4.2 Participantes do Estudo

Participaram deste estudo 20 estudantes do primeiro ano e 20 do segundo ano do curso de Medicina de uma instituição privada, que compuseram os grupos de Médicos Simulados (MS) e Pacientes Simulados (PS), segundo especificações já estabelecidas no presente texto.

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram considerados alunos matriculados no componente curricular Habilidades de Comunicação (4º semestre) e Psicologia Médica (1º semestre), que se voluntariaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, próprio da instituição, dentro da qual foram realizados os estudos de pós-graduação por esta pesquisadora (TCLE; APÊNDICE C). Foram excluídos os estudantes que não compareceram às consultas simuladas 1 ou 2, ou ao treinamento SPIKES.

Assim, para representar o papel de médico simulado (MS), de um universo de 100 discentes matriculados no componente curricular supramencionado, ofertado no 4º semestre do curso de medicina, 20 estudantes aceitaram participar do estudo através de inscrição por e-mail.

4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de um questionário composto por questões fechadas, em que foram registrados os dados demográficos dos participantes, e

questões abertas, em que os alunos puderam avaliar a participação da experiência de uma consulta simulada para informação a respeito de más notícias relacionadas ao estado de saúde, antes e depois da utilização do protocolo SPIKES (APÊNDICE I).

Também foi utilizada a observação direta por ser um método de obtenção dos dados em que o pesquisador participa do evento que está em estudo⁽⁴⁶⁾. A pesquisadora, na condição de observadora participante, serviu-se de um diário de campo onde foi possível registrar aspectos subjetivos e detalhes individuais e singulares dos momentos vivenciados por todos envolvidos na pesquisa.

4.4 Lócus da Pesquisa

A coleta dos dados foi realizada em uma instituição de ensino superior (IES), privada, localizada na cidade de Salvador - BA. Fundada em 1953 com curso de medicina, ao longo dos anos passou a ofertar outros cursos na área saúde.

Com relação ao curso de medicina a instituição oferta 100 vagas semestrais, com carga horária total de 7.678 horas. A matriz curricular, alinhada com as Diretrizes Nacionais de Cursos de medicina, contempla conteúdo da área biomédica, além das ciências humanas e sociais, os quais consideram indispensáveis à formação de profissionais médicos.

4.5 Procedimentos

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em quatro momentos entre os meses de julho e agosto de 2016, e pode ser definido como educativo e formativo:

1º momento: preparatório

1. Vinte e um dias antes da 1ª consulta simulada foi feito um convite aberto aos estudantes em sua aula inaugural do 4º semestre sobre Habilidades em Comunicação Médica, para participação na pesquisa; e isso ocorreu antes que tivessem qualquer contato com os temas propostos ao longo do semestre.
2. Quinze dias antes da 1ª consulta simulada, foi realizado um convite aos estudantes em sua aula inaugural do 1º semestre do curso de Anatomia Médica.

3. Três dias antes da 1ª consulta simulada, a situação problema foi apresentada aos estudantes, numa imersão em teatro pedagógico⁽⁹⁾.

Importante ressaltar que os estudantes do 1º e 4º semestres não se conheciam e ocupavam unidades acadêmicas distintas da Instituição.

A história de vida a ser narrada por todos os pacientes simulados foi: estudante de engenharia, morando fora de casa, procedente do interior e com pouca disponibilidade financeira.

Os sintomas a serem simulados foram: saudades de casa, cansaço extremo, dores no corpo, sangramento gengival abundante, manchas roxas na pele.

O objetivo foi que os PS exercitassem expressar o momento de sofrimento e dor dos adoecimentos humanos.

Foi solicitado aos estudantes que não pesquisassem sobre o diagnóstico, a fim de manter a verossimilhança no recebimento da má notícia no momento da consulta simulada. (APÊNDICES D e E).

2º momento: 1ª consulta simulada

1. Foram instalados equipamentos de áudio e vídeo no Ambulatório Docente Assistencial, local escolhido tendo em vista dar realismo a situação, onde os estudantes atuaram como MS e PS. A instalação foi realizada de maneira a permitir filmagem sem a presença de uma terceira pessoa na sala e em três salas, simultaneamente. As imagens e som foram gravados e salvos para reprodução posterior em outra pesquisa e como *feedback* aos MS no futuro.

2. Realização da 1ª consulta simulada: inicialmente, foram preenchidos os TCLE e questionário sócio demográfico, em salas separadas para os MS e para PS.

3. Os MS, antes de entrar na sala preparada para a consulta, receberam a tarefa de dar uma má notícia para o paciente, a ser executada em 10 minutos, como tempo total máximo. Antes de o paciente entrar para consulta, os MS receberam da secretária simulada (monitores) o resultado do exame simulado e folha explicativa do diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (APÊNDICE G).

4. No início da consulta foi questionado sobre a possibilidade de dar a má notícia no corredor pela pressa do dia. Durante a consulta, o MS teve liberdade para administrar o tempo

disponível, que tinha o limite de 10 minutos; após o que, foi sinalizado o final do tempo através de toques na porta, realizados pela secretária simulada, encerrando o atendimento.

5. Após as consultas, foram aplicados os questionários de participação e perguntas abertas de avaliação de sua experiência durante o estudo para o MS.

3º momento: capacitação

A capacitação SPIKES foi conduzida pela pesquisadora por meio da adoção da metodologia Aprendizagem Baseada em Equipes (TBL ou Team Based Learning). Com o uso dessa estratégia, em que se aprende em trabalho colaborativo e em teoria baseada em aprendizagem significativa, conforme preconizava Carl Rogers⁽¹¹⁾. O TBL se baseia no diálogo e na resolução de problemas que permite a reflexão do aluno sobre sua prática.

Foram criados roteiros a partir da adaptação das técnicas do livro: *Comunicação de más notícias: compartilhando desafios na atenção à saúde*, Instituto Nacional do Câncer - INCA e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (RJ). Essa publicação teve como base uma série de encontros, ocorridos em 2010, com atividades vivenciais entre os profissionais de saúde a respeito de más notícias, encontros esses baseados em Protocolo SPIKES, TBL e Simulações realísticas⁽¹³⁾.

A metodologia TBL sugere preparação pré-classe individual, preparação dos testes e do tema problema por parte dos professores-instrutores. Em sala de aula, combinam-se pequenos grupos, de maneira aleatória e, então, ocorre a aplicação dos testes, primeiro, individualmente, e, depois, em grupos. Só após essa fixação e discussão do tema, se constrói algo através de interpretação, análises ou sínteses; no caso, as equipes devem estar preparadas para argumentar sobre o que realizaram.

Na capacitação para uso do protocolo SPIKES foram seguidos os seguintes passos:

- 1) Todos os MS foram reunidos numa sala para o treinamento, entre os dias da 1ª e da 2ª consulta.
- 2) Leitura individual de um texto base sobre o protocolo SPIKES⁽¹³⁾ (APÊNDICE I)
- 3) Preenchimento individual de um teste de fixação dos temas apresentados no texto (APÊNDICE I).

- 4) Preenchimento em duplas de um teste de fixação dos temas apresentados no texto base (APÊNDICE D).
- 5) Correção e discussão coletiva dos itens de teste de fixação, através de *power point* sobre o questionário, com mediação da pesquisadora. Este foi o momento dedicado para sanar dúvidas acerca do protocolo SPIKES e para os alunos fundamentarem suas respostas.
- 6) Os MS foram divididos em subgrupos com a proposta de elaboração de uma situação simulada de má notícia. Nesse momento foram retomados os conceitos de Teatro Pedagógico de Kaufmann, que foi um recurso também usado com os PS (pacientes simulados-antes da 1ª consulta), onde se convida o aluno para reflexão e imersão no colocar-se no “lugar de” e serem elaboradas livremente cenas de entrega de más notícias.

Eles escolheram e encenaram dramatizações em pequenos grupos, simulando a revelação de más notícias para os pacientes, com referência a diferentes doenças. Essas cenas foram filmadas e gravadas e os que tinham algum impedimento de estar presente passaram por experiência semelhante, em outra tarde, no consultório da pesquisadora, onde foram capacitados com a mesma metodologia.
- 7) Durante a apresentação e filmagem das situações elaboradas por cada subgrupo, os demais grupos completavam um *checklist* (APÊNDICE H) sobre o protocolo SPIKES, como mais um exercício de fixação do método.

4º momento: 2ª consulta

No quarto momento, foram realizadas as 2^{as} consultas simuladas com todos os estudantes participantes, que foram filmadas nas mesmas condições da 1ª consulta. Os MS não entregaram a notícia do estado de saúde ao mesmo paciente da 1ª consulta, mas foram mantidos o diagnóstico e a história clínica, para podermos avaliar a diferença de abordagem antes e depois do treinamento.

Tanto MS como PS não esperavam por tal repetição, o que pode ser avaliado como manutenção do fator surpresa segundo observações em diário de campo da principal pesquisadora. Importante ressaltar que as consultas ocorreram em dois sábados consecutivos no mesmo ambulatório. Após o atendimento, foram aplicados os questionários de participação incluindo perguntas abertas de avaliação do processo de aprendizagem durante o estudo.

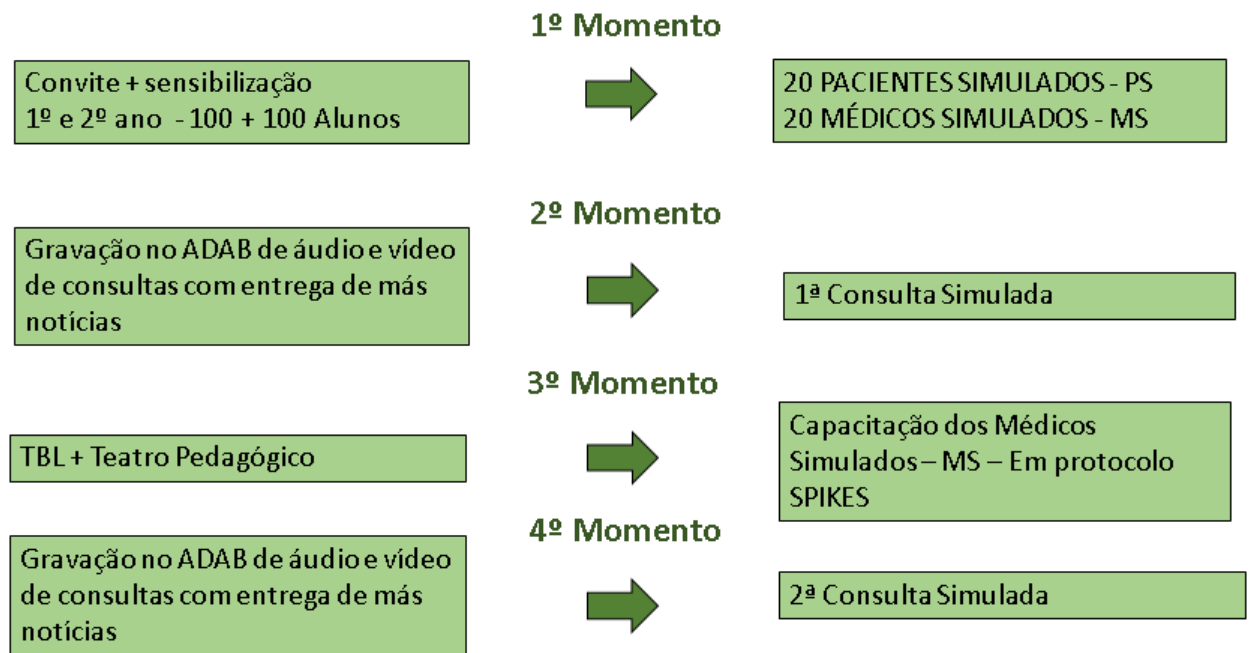


Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos

4.6 Aspectos Éticos do Estudo

O projeto deste estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, atendendo as orientações do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466/2012⁽⁴⁷⁾. O mesmo foi recebido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, após avaliação, foi autorizado através do Parecer nº 803895.

Assim, seguindo as orientações, antes do início da 1ª consulta simulada, a pesquisadora fez a leitura do TCLE para os participantes, ressaltando o caráter voluntário da participação, fator que permitiria que cada participante desistisse em qualquer fase da pesquisa e que sua recusa não traria nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Nessa circunstância, foram oferecidos esclarecimentos sobre: a justificativa, os objetivos e as etapas dos procedimentos utilizados na pesquisa.

Os participantes também foram esclarecidos que se em algum momento durante a realização das consultas simuladas e observação percebessem algum tipo de desconforto ou constrangimento, os referidos procedimentos seriam imediatamente interrompidos. Ainda foram ressaltados os riscos e benefícios esperados, permitindo, desta forma, o cumprimento das exigências que deveriam ser seguidas, para garantia da bioética, quais sejam: a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, privacidade e confidencialidade⁽⁴⁷⁾.

4.7 Tratamento e Análise dos Dados

Tanto para o tratamento, como para a análise dos dados, na presente investigação, foram respeitadas as etapas de análise de conteúdo teorizada por Bardin⁽⁴⁸⁾. Esse recurso de análise de dados foi considerado apropriado para subsidiar a noção de ciclo metodológico trazido na presente pesquisa, em que as experiências nas simulações, antes e após o treinamento do protocolo SPIKES, poderia permitir a produção de diferentes visões sobre o momento apropriado para dar más notícias.

Desse modo, dentre as modalidades de análise de conteúdo, a temática, se adequou ao alcance do objetivo estabelecido, uma vez que “o tema” é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de crenças, de tendências [...]”⁽⁴⁵⁾. Com esse entendimento, a análise de dados, nesta investigação tomou como ponto de partida os relatos escritos dos estudantes de medicina realizados após as simulações. Cada relato se tornou importante por ser único. Dessa forma, buscou-se extrair dos dados coletados as temáticas que se apresentavam⁽⁴⁸⁾.

Para tanto, tomou-se como referência as três fases básicas de conteúdo denominadas “polos cronológicos”, quais sejam: 1ª) pré-análise, em que ocorre a organização dos dados coletados; 2ª) exploração do material, momento que acontece a classificação dos dados; 3ª) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na primeira fase, ocorreu a organização e a leitura, denominada “flutuante”, de todo material oriundo dos questionários e do diário de campo, obtidos a partir da observação participante. Os dados oriundos dos questionários foram organizados em quadros contendo respostas de cada participante às perguntas feitas após a primeira e segunda consultas, bem como à pergunta relacionada à avaliação da capacitação. Em seguida, os quadros foram encaminhados a quatro pesquisadores participantes do grupo de pesquisa, ao qual a pesquisadora principal está vinculada, para, em um primeiro momento, serem submetidos ao processo de categorização separadamente; em um segundo momento, ocorreu o consenso da categorização realizada por duplas de pesquisadores; em seguida, aconteceu o consenso categorial com o encontro das duas duplas de pesquisadores. Por fim, os pesquisadores se reuniram com a pesquisadora principal para apresentar as categorias finais que foram definidas para validação dos dados coletados.

No que se refere a esta sistematização no tratamento dos dados, em que outros pesquisadores são incluídos, recomenda-se que os dados sejam paralelamente compartilhados com outros pesquisadores, por defenderem que essa ação se constitui em enriquecimento,

assim como em um tipo de checagem das formas de compreender, explicar e interpretar a massa de informações trazidas pelos dados coletados, além de conduzir à uma maior objetividade e precisão dos mesmos, tendo em vista a análise⁽⁴⁸⁾.

O processo de categorização utilizado pelos quatro pesquisadores atendeu as etapas descritas na segunda fase, em que procederam à codificação dos dados de forma sistematizada, objetivando identificar os núcleos de sentido (proposições; ideias) relacionadas com o objeto da pesquisa, contidas no corpus constituído pelos dados coletados e organizados na 1ª fase. A presença ou frequência de aparição dos núcleos de sentido contidos em uma comunicação (no caso nas respostas obtidas com o questionário), podem significar alguma coisa para o objetivo estabelecido na pesquisa⁽⁴⁸⁾.

Essa fase aconteceu em dois momentos, conforme recomendado por Minayo^(45,49). No primeiro momento, foi realizado uma leitura horizontal e exaustiva dos materiais obtidos, com o objetivo de verificar as estruturas de relevância e as ideias centrais que poderiam proporcionar a elaboração dos núcleos de sentido. No segundo momento, aconteceu o processo de seleção com agrupamento dos núcleos de sentido, que deram origem às categorias temáticas. Em seguida, foi realizado nova análise das unidades de sentido alocadas nas categorias estabelecidas, com vistas a certificar-se da sua homogeneidade e da sua pertinência as categorias vinculadas.

Na 3ª fase, que compreende tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procedeu-se a descrição, interpretação e discussão das categoriais organizadoras dos dados, que foram assumidas para a leitura dos dados coletados no contexto desta pesquisa e, quais foram: aprendizagem reflexiva, sentimentos, relação médico-paciente, aprendizagem técnica, aproximação com a realidade, impossibilidade de reproduzir a realidade, limitações e perspectivas^(45,49).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme descrito no capítulo da metodologia, os dados obtidos foram tratados e organizados em categorias temáticas descritas e discutidas, conforme sequência utilizada no procedimento. Deste modo, as categorias corresponderam aos relatos dos médicos simulados (MS) em três momentos distintos: referente a primeira consulta (momento 1), a avaliação da capacitação (momento 2) e a avaliação da segunda consulta (momento 3), conforme apresentadas no quadro 1, abaixo.

Quadro 1 - Categorias temáticas emergidas dos relatos dos médicos simulados

Categorias temáticas	2º momento (Av. da 1ª consulta)	3º momento (Av. da capacitação)	4º momento (Av. da 2ª consulta)
Aprendizagem reflexiva	6	9	15
Sentimentos	17	2	5
Relação médico-paciente	9	4	3
Aprendizagem técnica	0	6	8
Aproximação com a realidade	0	6	0
Impossibilidade de reproduzir a realidade	0	6	0
Limitações	0	8	5
Perspectivas	0	0	2

Conforme exposto, a realização deste estudo deu-se por considerar que, no trabalho do médico, comunicar más notícias a pacientes e familiares são situações inerentes ao seu cotidiano e pode exigir habilidades que promovam empatia. Também, por acreditar-se que a utilização de uma metodologia ativa, na qual se utiliza uma simulação realística, com os procedimentos baseados num protocolo como o SPIKES, que é utilizado há bastante tempo no campo da pesquisa em saúde, possa guiar uma outra maneira de promover a aprendizagem de condutas entre estudantes de medicina, tendo em vista uma relação satisfatória com os seus futuros pacientes.

Desse modo, tomando como referência que o processo de educação, conforme propõe Paulo Freire⁽¹⁰⁾ tem como objetivo proporcionar maior conscientização, mesmo que a proposta apresentada pelo treinamento no protocolo SPIKES possa não ser capaz de levar os estudantes a alcançarem essa aprendizagem de maneira plena, a experiência possibilita a sensibilização sobre suas práticas futuras na relação medico-cliente. Ainda, seguindo as pegadas de Paulo Freire⁽²⁸⁾, sabe-se que toda ação educadora deveria ser precedida de uma reflexão sobre o próprio sujeito que está implicado no processo de educar-se. Dessa forma, a simulação, enquanto metodologia ativa, permitiu que os estudantes se implicassem como sujeitos ativos e não objetos da ação.

5.1 Aprendizagem Reflexiva

Para ser validada, toda educação, toda ação educadora deve necessariamente estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise de vida do homem que queremos ajudar a educar-se. Assim, a vocação do homem é de ser sujeito e não objeto, cada homem está situado no espaço e no tempo, no sentido em que vive uma família, uma condição laboral e uma cultura⁽⁵⁰⁾.

Os relatos dos estudantes evidenciaram que a prática da simulação em transmitir más notícias pode possibilitar que os mesmos reflitam sobre a importância das habilidades de comunicação. Os depoimentos relativos a esta condição, mostraram as dificuldades em dar uma má notícia e sugerem que esta prática necessita de cuidado por parte de quem detém o conhecimento e ocupa o lugar de profissional de saúde.

Conforme pode ser verificado nos depoimentos que se seguem, os estudantes reconhecem que a experiência estimula a capacidade crítica e reflexiva, facilitando o processo de aprendizagem, mesmo na **primeira consulta** ainda sem a capacitação ou nenhum treinamento:

Aprendi o quanto a habilidade em comunicação é importante. (E01)

Eu achei a experiência bastante enriquecedora, pois foi algo que exigiu um cuidado diferente da minha parte. (E07)

Foi uma experiência muito válida, interessante e significativa para minha vida acadêmica Senti dificuldade de achar as palavras corretas e construir uma linha de pensamento linear (E14)

De acordo com Norman Gronlund, educador especializado em define que a aprendizagem pode dar-se em dois âmbitos de abrangência: aprendizagem de domínios e a aprendizagem de desenvolvimento. A primeira se refere à aquisição do domínio de conteúdos cognitivo e o procedimental, previamente estabelecido; a segunda, por sua vez, compreende

as atitudes aprendizagens e atitudes que vão para além do domínio previamente estabelecido⁽⁵¹⁾.

A aprendizagem de domínio significaria que os conteúdos precisam ser ensinados e aprendidos, formando uma base mínima técnico-teórica dentro de um determinado assunto. A aprendizagem técnica necessária e valorada em todas boas práticas em saúde como os procedimentos da enfermagem e medicina, por exemplo. No entanto cada estudante, servindo-se dos recursos da aprendizagem para ao domínio, pode ultrapassá-lo de maneira criativa atingindo uma aprendizagem de desenvolvimento⁽⁵¹⁾.

Aplicando-se essa compreensão teórica ao uso do protocolo SPIKES, pode-se compreender uma aprendizagem que possibilite aos estudantes o uso criativo dos recursos aprendidos em sua prática cotidiana com os pacientes, ou seja, integrar os passos e recomendações do protocolo no atendimento das pessoas que, por ventura, necessitem de receber “más notícias”. Uma aprendizagem básica que possibilita novas mediações, à medida que a realidade assim o solicite⁽⁵²⁾.

Em um contexto de simulação, a aprendizagem reflexiva se produz, fundamentalmente, a partir da observação do seu próprio modo de agir subsidiando a criação de um modo pessoal de atuar, que atenda às necessidades presentes. O olhar reflexivo sobre si e sua atuação ficaram evidentes desde a **primeira consulta** simulada (momento 1), como é possível observar nos seguintes relatos:

(...) percebi bastante quanto é difícil se comunicar e dar notícias. (E17)

(...) fez enxergar ainda mais como é importante essa boa relação medico paciente e como o primeiro deve estar mais preparado para lidar com o que acontece (E08)

A aprendizagem reflexiva é, ainda, aquela que permite a criatividade e a humanização no uso do domínio técnico dos conteúdos e só pode ser construída de modo intermitente, através da experiência vivida e compreendida. A aprendizagem para o desenvolvimento tem a ver com o despertar da capacidade dos estudantes de ir além do domínio de conteúdo definido pelos currículos, tendo em vista atuar na solução de problemas mais complexos e/ou subjetivos^(51,52). Como visto na fala do estudante sobre a avaliação da **capacitação**:

Aprender a se portar diante do outro, saber a hora de falar e a hora de ouvir, compreender que a notícia é muito mais do que apenas falar e sim de diversas habilidades. (E17)

A dramatização nos coloca em uma situação nova, na qual mesmo não sendo real traz certo desconforto e necessidade de improvisar tal qual seria (e será) feito na nossa realidade (E20)

Não vi aspectos negativos nas simulações, ao meu ver, tudo que foi trabalhado contribui para a minha forma de agir durante as consultas (E08)

Tornou-se evidente que frente a problemas subjetivos, inesperados, complexos e desafiadores, os estudantes se veem desafiados a sair da zona do domínio comum procedimental e, então, repensar os conteúdos aprendidos de modo acadêmico por meio de leitura e absorção de conceitos⁽⁵³⁾.

Ainda após a **capacitação**, os estudantes trouxeram outros depoimentos sobre a aprendizagem reflexiva, que vale à pena serem citados por revelarem o quanto é difícil e, ao mesmo tempo, necessário aprender a servir-se de uma nova conduta:

As simulações me pareceram reais e me ajudaram a refletir em pontos e estratégias que possam ou não ser utilizadas, assim como estratégias existentes (E05)

Nós ainda estamos despreparados para lidar com isso (E14)

Encaro esse desafio como construtivo já que me fez aprender e crescer como futura médica. Na minha opinião, todos os alunos deveriam ter essa experiência enriquecedora. (E03)

Na segunda consulta, os depoimentos sobre a aprendizagem reflexiva tiveram uma maior ressonância; os núcleos de sentido, que compuseram esta categoria, triplicaram em comparação com aquilo que ocorreu na primeira consulta, fator que aponta para um aumento da reflexão sobre sua atuação como médicos ao momento da má notícia.

Os relatos apresentados, a seguir, refletem a preocupação de como atuar e comunicar essa notícia, de forma mais cuidadosa. No caso, os estudantes se sentiram mais confiantes na sua atuação durante a realização da consulta. Ao mesmo tempo, demonstram como o protocolo os auxiliou na estruturação da comunicação, permitindo um diálogo mais lógico e amparado que na primeira consulta⁽⁵³⁾. Apesar de não se sentirem totalmente seguros, os relatos sugerem alguma diferença após a **segunda consulta**:

(...) eu estava mais confiante em como falar, como agir e como entender melhor o paciente. (E03)

A experiência foi muito interessante e engrandecedora. Me ajudou no norteamto da notícia. (E04)

(...) assim que terminei a consulta senti que tinha feito o que eu poderia fazer, não só com as recomendações do treinamento mas com minhas próprias idéias de que deveria ter feito para amparar o paciente. (E13)

A experiência de hoje foi diferente, apesar de ter base teórica percebi o quanto é difícil mesmo tendo o treino. (E17)

Engrandeceu-me em muito, tornando o mínimo que seja um pouco mais humano. (E10)

Na visão de Cipriano Luckesi, aprendizagens com essa qualidade indicam uma conduta de desenvolvimento que está para além do processo de ensino-aprendizagem. Condutas que exigem um ensino através de vivências que permitam a inclusão e integração do educando no processo de refletir sobre seus sentimentos nos momentos de sua atuação. Cabendo então ao facilitador/educador criar objetivos e metodologias de ensino com manejo e atuação dessas emoções que a vida relacional-profissional solicita⁽⁵⁴⁾.

Com relação ao uso do protocolo SPIKES, isso significaria uma aprendizagem que possibilite aos estudantes que saibam repetir os passos do protocolo, adequando a teoria aprendida nos componentes curriculares da faculdade à realidade de emoções e sentimentos surgidos no momento em que pacientes e familiares tem seus diagnósticos revelados com informações que se impõe na sua prática cotidiana do médico⁽⁵²⁾.

5.2 Relação Médico Paciente

Entrar realmente no mundo do outro, com aceitação, cria um tipo de vínculo muito especial que não se compara a nenhuma outra coisa que eu conheça⁽¹¹⁾.

A relação médico-paciente se refere a uma díade (profissional-paciente), que se forma no encontro, no *entre*, que se dá na dimensão interpessoal. Para isso ser possível, é função do médico criar condições para que essa relação se estabeleça, construindo uma ponte em direção ao paciente, respeitando seus limites e autonomia⁽⁵⁵⁾. Essa relação tem sido estudada por áreas e perspectivas diferentes, como a psicossomática, a psicanálise, a psicologia médica, entre outras.

Carl Rogers, a partir da Abordagem Centrada na Pessoa, trouxe o conceito da empatia para um lugar de destaque nestes estudos. A compreensão empática, segundo Rogers, significa estar ao lado de, “como se” fosse o outro mas nunca no “lugar de”, pois, jamais podemos ocupar o lugar do outro verdadeiramente⁽¹¹⁾. Temos que ter confiança no organismo humano e em seu potencial para o aprendizado e crescimento no sentido de encontrar o outro e sua singularidade.

Faz-se necessário pontuar que o importante no contexto da educação formal seria o de contribuir para o aprender a aprender⁽⁵⁰⁾ e, ao mesmo tempo, aplicar esse aprendizado na vida social, aprimorando, no caso da presente pesquisa, o encontro médico-paciente. Nessa relação, emerge a criação de um mundo comum, por meio de uma ação de abertura através de escuta entre realidades e compreensões entre essas duas pessoas.

Através da observação direta foi possível perceber que as consultas simuladas permitiram que os participantes do estudo usufríssem de um espaço para reflexão e mudança no contexto das vivências propostas não obrigando essa ou aquela conduta, descrita num protocolo, mas criando um ambiente favorável ao ensino com uma aprendizagem significativa.

Os depoimentos dos estudantes que participaram da experiência da **primeira consulta** revelam as dificuldades no momento de revelar ao paciente as “más notícias”:

Quando ela entrou me acalmei mais. (E20)

Atendendo senti uma angustia por saber da dor do paciente ao ouvir seu diagnóstico tentei confortá-lo o máximo com recursos que estavam a meu alcance. (E03)

(...) senti um pouco de culpa por dar aquele diagnóstico para a paciente, como se fosse por minha causa ela ficar doente. (E15)

(...) me senti impotente, como se nada que eu pudesse falar conseguiria ajudar. (E04)

A reação da paciente foi bem real e acabou me desafiando ainda mais, confirmando que não é nada fácil. (E05)

Não soube lidar, a melhor forma de lidar com o desespero da paciente nem o que ela esperava de mim no momento. (E11)

Segundo visão de Paulo Freire 2014⁽⁵⁰⁾: “Para ser validada toda educação, toda ação educadora deve necessariamente estar precedida de uma reflexão sobre o ser humano e de uma análise de vida do homem que queremos ajudar a educar-se. Assim a vocação do homem é de ser sujeito e não objeto”.

Após a **capacitação**, o tema fundamental que aparece em relação a variável relação médico paciente é a empatia⁽¹¹⁾. Na relação médico paciente, o importante é entender as experiências vindas do paciente, compreender o significado do adoecimento na vida dessa pessoa dentro de seu ciclo de vida e suas crenças pessoais, familiares ou culturais acerca da vida doença e morte. Os depoimentos seguintes revelam a necessidade dessa atenção empática:

Ajuda na percepção de quesitos a melhorar na relação médico-paciente do aluno em formação. (E01)

Aumenta nossa empatia na relação com paciente. Nos colocamos na pele do paciente. (E06)

Foi positivo me colocar no lugar médico. (E09)

Aprender a respeitar o tempo do outro, sensibilizar-se com o outro, saber como prosseguir durante a anamnese, lidar com os limites do outro, tratar cada situação como particular de cada um. (E10)

Na relação médico paciente, busca-se a criação de um mundo comum (que está no entre) onde encontraríamos um médico autêntico e empático que permite uma ação conjunta entre essas duas pessoas^(21,43) que deveria ocorrer de maneira facilitada, caso houvesse um acompanhamento longitudinal, que seria o desejado, mas nem sempre possível. Com essa compreensão, na 2º consulta, evitamos que o MS entregasse a má notícia ao mesmo PS, com vistas a impedir o reconhecimento e permitir a manutenção do fator surpresa. Para tanto, mantivemos o mesmo diagnóstico a ser dado como má notícia, garantindo assim a possibilidade de comparação no antes e depois, com menor risco de viés para mudanças no ato revelar a verdade.

Assim, nos relatos da **segunda consulta**, aparece mais confiança e segurança, fator que aponta para construção de uma relação médico-paciente saudável e mais estruturada, como a possibilidade de um combinado de excelência técnica procedimental com sentimentos e empatia num momento de presença e clareza por parte do médico ao manejar com tantos aspectos delicados de revelação da verdade. Estes aspectos podem ser sugeridos como de possível aprendizado, após **a segunda consulta**, nas seguintes falas:

Senti que o paciente estava mais acolhido e teve mais espaço para tirar suas dúvidas (o que não aconteceu no 1º atendimento). (E01)

A paciente não esboçou muitas emoções dessa vez, isso me frustrou um pouco. (E02)

Consegui transmitir mais confiança bem como mais tranquilidade para o paciente, podendo conversar com ele colocando-me mais à disposição. (E07)

Através da observação foi possível verificar que a simulação proporcionou a comunicação não só como transferência de informações, mas a modulação de uma nova vida para o indivíduo a partir de seu diagnóstico e como ambos, médico e paciente, vão lidar com seus sentimentos e reações. Nesse sentido, o mais importante é encontrar a compreensão nessa comunicação que difere sobremaneira do ato de comunicar⁽⁴³⁾ em si --- isto é, transmitir uma informação ---, pois a compreensão mútua significa perceber o quanto foi assimilado e apreendido por ambas as partes de suas realidades tão distintas.

5.3 Sentimentos

Ao considerarmos os sentimentos como nascedouro da consciência, somos obrigados a indagar sobre a natureza íntima do sentimento. De que são feitos os sentimentos? Os sentimentos são percepção de quê? Quanto das bases dos sentimentos conseguimos explicar?⁽⁵⁶⁾.

Sentimentos são as experiências subjetivas do estado de homeostasia do corpo biológico e este está sempre em busca do melhor equilíbrio no corpo vivo. Assim, sentimentos, segundo Damásio⁽⁵⁶⁾:

(...) não são uma fabricação independente do cérebro eles resultam de uma colaboração entre corpo e mente através de vias nervosas e químicas produzindo um fluxo de perturbações mentais comprometendo as atitudes racionais esperadas.

Apesar de usualmente serem relegados a segundo plano na cultura ocidental ou desqualificados como inferiores ou indesejados frente aos recursos que a racionalidade e o desenvolvimento de que nosso neocórtex é capaz, eles estão presentes ao reagirmos aceitando e acolhendo ou rejeitando uma situação nova. Assim, ao não prepararmos os profissionais, futuros médicos e demais profissionais da área de saúde, para o enfrentamento com essa parte de nossa existência interior, que pode surpreender com aspectos inesperados de nós mesmos, podemos estar esquecendo de um importante aspecto educacional como fundante das práticas pedagógicas significativas⁽⁵⁶⁾.

A categoria sentimento aparece nos três momentos do presente estudo. Destaca-se, com maior número de depoimentos, na primeira consulta, revelando como surgem emoções difíceis frente ao despreparo técnico, no momento de dar a má notícia sem a aprendizagem de recursos apropriados⁽⁵³⁾.

Convencionalmente, os sentimentos não são mencionados, nem tratados como algo a ser refletido ou ensinado nos bancos de ensino. Cuida-se da inteligência, da racionalidade, da linguagem humana e sociabilização como os únicos fundantes do desenvolvimento humano e sua melhor expressão. Mas, na realidade, o que nos torna verdadeiramente humanos é dar curso a todos os componentes de nossa realidade, reconhecendo a nossa dimensão emocional e sensível da vida e como ela integra todos os demais cognitivos e ativos. Essa dimensão pode ser verificada no conteúdo das falas da **primeira consulta** que se seguem:

(...) estava um pouco ansioso. (E05)

No começo estava mais tranquilo, mas na hora de falar o diagnóstico acabei ficando nervoso e sendo muito direto. (E05)

(...) me senti impotente. (E06)

(....) me senti despreparada. (E13)

Me senti surpresa com o diagnóstico e tentei processar o que significava a doença (E15)

Na experiência me senti desamparada e despreparada para a situação (E19)
A experiência foi bem chocante, eu perdi a fala e a mente ficou em branco na hora das perguntas da paciente, não sabia o que responder, nem o que falar. (E19)

Após a capacitação, a variável “sentimentos” diminuiu significativamente em seus relatos, deixando uma clara percepção do quanto a habilidade técnica é importante e como reforça a necessidade de excelente capacitação nos procedimentos técnicos e protocolares nas profissões de saúde. Nossas indagações estão sobre emoções, abrindo questionamentos sobre sua presença como pouco percebida e deixando mais clara esse tema em suas atuações.

A sensação de despreparo frente a surpresa de um diagnóstico difícil tem o poder de desorganizar a cognição e a racionalidade esperadas como lógicas e suficientes frente as situações de comunicar má notícia, lembrando a importância que nossas duas áreas de conhecimento, a factual e a afetiva, necessitam caminhar juntas⁽⁵³⁾.

Do confronto com a dor do diagnóstico, o medo da perda e até a possibilidade da morte, os alunos foram convidados a entrar em contato com esses sentimentos em ambiente seguro e controlado de uma simulação e, a partir desse ensaio, entrar em contato com alternativas conscientes, singulares e individuais para visitar seus próprios comportamentos frente à essas situações, e refletirem, como profissionais de saúde, sobre o que expressar frente ao outro^(4,8,22,24,25,42).

Os sentimentos têm um papel motivacional muito diferente na história individual e também nas distintas famílias e culturas pelo globo terrestre afora, fortalecendo crenças e formulando conceitos e assim “más notícias” podem ter diferentes significados em diferentes pessoas de uma mesma família, ou de cidades ou de regiões dentro de um mesmo país. Imagine-se, então, em pessoas de países diferentes e, portanto, diferentes expressões emocionais com as quais o médico deve lidar^(18,21,27,57,58).

Mas, na área dos sentimentos, em termos de humanidade, ainda temos muito a avançar quanto a nossa maturidade, fator que também se coloca no fazer e ser na medicina. Sabemos ser impossível a ausência de emoção e sentimento, desde que ela é constitutiva do ser

humano. Pode até ocorrer uma camuflagem, mas ausência, nunca e que a desconexão com de emoção e de sentimento podem abalar nossa racionalidade.

Estas situações podem ser verificadas nos recortes dos depoimentos a seguir **na capacitação**:

Alguns podem se sentir angustiados com a possibilidade de tão cedo dar uma má notícia. (E01)

A ansiedade pode ter interferido na concentração na simulação. (E13)

Após a segunda consulta, observamos a redução dos estados emocionais ansiosos. No entanto, o que chama atenção é que todos os sentimentos descritos após a primeira consulta foram negativos, enquanto após a **segunda consulta** a maioria dos sentimentos foram positivos, como exemplificados abaixo:

Fiquei muito mais calmo dessa vez, me senti mais capaz de confortar a paciente e conduzir a consulta. (E02)

Além disso, senti-me mais confiante, pois sabia como lidar. (E09)

Hoje eu me senti muito mais calma. Por mais que tenha ficado um pouco nervosa e esquecido algumas coisas me senti muito mais segura. (E20)

Entrando nos domínios da comunicação não só como transferência de informações mas a modulação de uma nova vida para o indivíduo, a partir de seu diagnóstico e como vai lidar com seus sentimentos e o médico com os seus próprios, o mais importante é encontrar a compreensão nessa comunicação que difere sobremaneira do ato de comunicar, como transmissão de informação, pois a compreensão mútua significa perceber o quanto a nova situação foi assimilada e apreendida por ambas as partes⁽¹¹⁾. O médico com um diagnóstico grave ou mortal e procedimentos a aplicar e o indivíduo doente ou familiar enlutado que merece compreender o ocorreu ou está ocorrendo.

Retomando a discussão sobre a educação para futuros médicos, deve-se refletir sobre condição humana de fragilidade diante do infortúnio da doença e da morte^(53,59). O ser humano dedicado somente ao biofísico vai se deparar sempre com o psicossocial e sua dimensão emocional frente a doença, invalidez e morte⁽¹³⁾.

5.4 Aproximação com a Realidade

O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da sociedade se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para transformá-la⁽⁵⁰⁾.

Essa categoria só aparece na etapa capacitação da pesquisa. Neste momento de treinamento surgiram pensamentos e questionamentos desde a escolha de que doença vai ser encenada entre os pares e do que é considerado ou não grave, e foi percebido que entre a 1ª consulta e esse momento da capacitação ocorreu uma possibilidade de aproximação com a realidade ao que chamamos de momento de conscientização do processo educativo.

Conscientização é um processo no ato de conhecimento, educação como uma aproximação crítica da realidade de tomar distância do objeto para refletir no que está ocorrendo e poder agir conscientemente^(53,59). A conscientização parece que atende e responde com a presença dos depoimentos dos estudantes sobre aproximação da realidade que existe na ação-reflexão transformando sujeitos e seu ser no mundo. Cada resposta que o ser humano dá a um desafio não muda só a realidade que se confronta, muda o próprio ser humano, que se realiza como sujeito porque essa resposta exige crítica, decisão e criação como pessoa e assim, diante dos desafios da morte, doença, dor e perdas, ele possa estabelecer relações de reciprocidade empatia e compaixão⁽²⁸⁾. Os depoimentos dos estudantes, logo após a **capacitação**, revelam isso:

Preparar para situações que realmente podem vir a acontecer de fato. (E02)

As simulações são interessantes pois demonstram de certa forma alguma situação que podemos vivenciar. (E07)

Foi possível ver diferentes doenças, diagnósticos e prognósticos com diferentes reações dos pacientes e dos médicos, o que realmente acontece numa situação do cotidiano médico. (E13)

Estabelecer uma simulação e perceber pontos fortes e fracos de cada atendimento para diferentes diagnósticos e notícias. Pode ser testado com situações adversas que podem ocorrer: atendente grosseiro, unidade lotada. (E15)

Quando foi proposto aos estudantes, na condição de médicos simulados, que buscassem em suas memórias o que, dentro de cada um, significa “má notícia”; para saber como dar e encenar um momento dramático ou sofrido eles recorrem a experiências que já vivenciaram em suas vidas. Estamos, dessa maneira, entrando em suas memórias, suas histórias de vida e trazendo o que existe de crenças e significados para cada um dentro desses momentos de revelação de verdades dolorosas. O modo como se dá a má notícia vai impactar

para sempre na vida daquele indivíduo, uma vez que a má notícia é primeiro contato com um diagnóstico e que uma doença, é sem dúvida, uma mudança que se dará na sua rotina impactando no seu autoconceito de pessoa saudável. A partir desta, a pessoa revisita toda sua história, seus valores e projetos precisando aprender a incluir a notícia.

Foi observado que, além da filmagem na capacitação ter dado um ar de formalidade a atuação, foi oferecido para os estudantes todas as ferramentas do protocolo SPIKES para a consciência da seriedade e dificuldade do momento e foi pensado que esse momento poderia estimular uma maior consciência crítica e, finalmente, o alcance do maior objetivo educacional de um professor para constituir uma aproximação verdadeira e empática com a realidade^(11,28) e que mais tarde essa vivência possa verdadeiramente criar e inovar ações humanas de reciprocidade e respeito para com o sujeito humano à sua frente⁽⁵³⁾.

5.5 Aprendizagem Técnica

Desta forma, fazer ciência é descobrir, desvelar verdades em torno do mundo, dos seres vivos, das coisas, que repousavam à espera de desnudamento, é dar sentido objetivo a algo que novas necessidades emergentes da prática social colocam às mulheres e aos homens⁽⁵⁰⁾.

Essa categoria aparece em capacitação e na segunda consulta, validando através dos depoimentos dos informantes da pesquisa, como veremos a seguir, a importância do protocolo. Vale ressaltar que o saber procedimental é valioso e extremamente necessário à formação do jovem médico, todavia, faz-se importante também sinalizar que esse saber foi bastante incrementado ao se representar entre os pares de maneira lúdica, aumentando as chances de fixação das etapas do protocolo e suas nuances. É importante que os profissionais de saúde, durante o processo formativo^(6,15,16,24,60) tenham um cuidado e alguma segurança ao manejar a transmissão das más notícias e o protocolo pode oferecer recursos, como se percebe nesses relatos após a **capacitação**. Seguem os depoimentos dos participantes da investigação:

Melhora a comunicação com o paciente, saber lidar melhor com as situações que possam ocorrer. Entender melhor como me aproximar e conversar com o paciente. (E08)

Fazer uma anamnese de acordo com as más notícias. (E02)

Foi bom o fato de ser uma situação surpresa, com bom grau de veracidade e vários elementos que tornavam o processo de comunicação da má notícia complexo,

contribuíram para aumentar o interesse no aprendizado do protocolo, bem como para entender melhor de que maneira se aplica. (E11).
Aumento da prática na consulta, favorecendo o acúmulo de conhecimento. Fixação do conteúdo. (E18)

Através da observação direta foi possível verificar a presença dos recursos do protocolo como um instrumental operacional, desde preparar o ambiente até a comunicação da notícia má. Durante a coleta dos depoimentos abaixo, destaca-se que a ocasião em que apesar de oferecido, nenhum estudante aceitou dar a notícia no corredor, por conta, por exemplo, de atraso. Foi observado também que eles buscaram entender o que cada paciente simulado (PS) percebe do seu próprio quadro antes de dar a má notícia em si. A maioria buscou validar as emoções e praticou um razoável fechamento das consultas, conforme observações do diário de campo da pesquisadora principal, que também assistiu em vídeo todas as consultas durante a filmagem.

Na segunda consulta, já podia ser percebida a aprendizagem técnica como algo ainda mais significativo, fortalecendo o saber fazer. Esse dado pode ser observado pelo reconhecimento de recurso interno ao conduzir consulta tendo presente cuidados com a comunicação e com um roteiro de início, meio e fim. Os depoimentos colhidos após a **segunda consulta** revelam isso:

Me senti mais segura com o que estava fazendo seguindo o protocolo SPIKES. (E03)

A experiência de hoje foi mais prazerosa porque eu sabia início meio e fim tornando o atendimento mais fluido. (E09)

Foi uma experiência muito melhor que semana passada. Tive mais segurança nas perguntas, soube melhor como conduzir, (E14)

Sem dúvidas o protocolo SPIKES me deu maior segurança como agir, a preparação foi essencial. (E15)

5.6 Impossibilidade de Reproduzir a Realidade

Uma pessoa só consegue prever a conduta da outra na medida que seja capaz de inverter papel com ela; então será capaz de antecipar a reação do outro. (Arthur Kaufman, 1992)⁽⁹⁾.

Finalmente, e não menos importante, surgiu a impossibilidade de reproduzir a realidade, característica própria de toda capacitação com simulação ou do role-playing⁽¹⁹⁾. Kaufman enumera várias as dificuldades apresentadas pelos estudantes tais como: entrar em contato com sua própria insuficiência, necessidade de um maior envolvimento em seu

aprendizado, vergonha com o uso de seu corpo e voz, medo de ser avaliado pelo grupo e conflitos com os valores questionados na atuação⁽⁹⁾.

Quando foi realizado a capacitação para o uso do protocolo, reuniram-se somente os MS, que já se conheciam, estudavam juntos e isso dificultou um modo natural de agir. O mesmo não ocorreu após a segunda consulta com os PS, que eram alunos do 1º semestre do curso de medicina, portanto desconhecidos para os MS no momento das duas consultas. Essas constatações podem ser verificadas nos relatos que se seguem após a **capacitação**:

Talvez por não possuímos de fato a doença, a situação não seja realmente real, como o drama de possuir a doença. (E02)

A realidade não é igual a simulação, e o fato de nós criarmos a simulação pode atrapalhar na seriedade. (E05)

A simulação deixa claro o caráter irreal da situação, possuindo menos pressão sobre o indivíduo. (E07)

Infelizmente a realidade nunca será simulada com exatidão, portanto somente quando encararmos essas situações de verdade conseguiremos avaliar nosso progresso. (E04)

Porém ainda assim não consegui sentir um pouco da realidade que seria na verdade, me senti meio engessada. Acho que os pacientes deveriam ser atores para passar um pouco mais de emoção. (E14)

Nesse sentido pode ser percebido o quanto se está longe da realidade quando ela é substituída por uma simulação, em uma experiência de capacitação, principalmente por se ter muito a aprender e refazer de maneira a permitir que a mesma ocorra de maneira mais efetiva e que a dramatização, nesse momento, seja bem convincente.

Um recurso diverso seria usar atores contratados, mas, nessa pesquisa, optou-se em oportunizar os calouros do curso a passarem pela experiência de se colocar no “lugar de pacientes” e vivenciar a situação e refletir sobre a mesma. A limitação da simulação se faz e se fez presente no experimento realizado, contudo vale ressaltar que essa metodologia do ensino-aprendizagem traz inúmeras oportunidades de se aprender de uma forma bem próxima dos acontecimentos da realidade cotidiana.

Usamos as consultas simuladas primeira e segunda em cenário simulado com toda estrutura de ambulatório e suas instalações, onde mais tarde os atuais estudantes irão trabalhar efetivamente, e ainda, escolhemos o dia de sábado de manhã por termos quase a totalidade das estruturas a nosso dispor. Na capacitação, usamos o teatro pedagógico⁽⁹⁾ como teatro espontâneo em pequenos grupos, histórias de vida, as dificuldades pessoais ou familiares,

com revelações de verdades concernentes ao estado de saúde. As situações simuladas não reproduzem totalmente uma situação real, razão pela qual recebem a denominação de simulação, todavia, permitem que estudantes experimentem vivências bastante próximas da realidade com a qual se confrontarão no futuro como profissionais.

5.7 Limitações

É através do jogo de papéis, com trocas e inversões, que o aluno\médico, sujeito e ator, vai integrando dentro de si os primeiros rudimentos do verdadeiro significado, peculiar e único de cada um, do ser médico em relação⁽⁹⁾.

As limitações da simulação frente à realidade são fortes e cabíveis, desde que é uma simulação e não uma descritiva da realidade^(53,59). É um método utilizado para colocar o estudante frente às possibilidades daquilo que encontrará no futuro em sua atuação profissional, de tal forma que aprenda aquilo que poderá fazer-se presente em suas atividades profissionais. As limitações da simulação podem ser vistas nos depoimentos dos estudantes após a **capacitação**:

Não é tão fidedigno devido ao fato das situações não serem reais (E06)

O tempo de preparação curto, acabou sendo algo informal e improvisado (E09)

A simulação com colegas atrapalha um pouco a seriedade das simulações (E16)

As simulações mais fechadas são de maior ajuda (E)

Após a segunda consulta, as limitações permanecem com um mesmo número de unidades temáticas e um questionamento sobre a participação dos atores profissionais. Foi explicitada a dificuldade de atuar com os pares, como ocorreu na capacitação. Surgiu também a rejeição ao psicodrama entre conhecidos. Nas consultas, como eles não conheciam os PS, não sabiam que eram estudantes de medicina do 1º semestre vivendo a simulação, a dificuldade foi menor. Os depoimentos revelam isso após a **segunda consulta**:

O único ponto que acho que posso melhorar são as qualidades dos atores, para que a simulação seja mais real ainda (E04)

Acredito que o formato de simulação com pessoas desconhecidas tenha sido mais eficaz que a feita na quarta-feira com nós mesmos, uma vez que acaba se perdendo a seriedade por conhecermos as pessoas e não acaba sendo a mesma coisa (E06)

Importa estarmos cientes de que uma simulação é uma simulação, ou seja, uma circunstância artificial, criada para o ensino e a aprendizagem de estudantes. De forma alguma, é uma experiência na realidade cotidiana. Afinal, toda e qualquer experiência de ensino formal tem esse pano de fundo, que se expressa através de situações que não são aquelas vividas no cotidiano. Contudo, recursos fundamentais para garantir aquisição de habilidades sejam elas cognitivas, afetivas ou psicomotoras.

5.8 Perspectivas

A atenção a subjetividade, integrando-a como dimensão importante das políticas sociais orientadas à integração das pessoas, e as condições de vida numa relação ativa e contraditória dirigida a estimular posicionamentos ativos das pessoas, representam um aspecto importante no caminho de gerar novos tecidos sociais ao interior de uma população⁽⁶¹⁾.

Nessa categoria, apesar dos poucos depoimentos obtidos, tem algo de valioso em todo processo pedagógico, à medida que sugere que “tocamos” nosso estudante para seu processo de crescimento e sensibilidade frente ao outro⁽⁶¹⁾. Os depoimentos revelam essa compreensão em seguida à **segunda consulta**:

Porém a prática pode melhorar exercer essa postura. (E06)

Quero melhorar mais. (E17)

Portanto, de forma ampla, esta pesquisa teve como intenção perceber e descrever se o protocolo SPIKES foi, e é, um procedimento passível de sensibilizar e instrumentalizar os emissores das más notícias. Para cada categoria e suas falas, identificada pelos participantes, pareceu surgir para os MS, um recurso e/ou instrumento em prol de suavizar as tensões e dificuldades dadas no momento em que houver necessidade de comunicar uma má notícia.

Há esperança de que, a partir de ferramentas tão mecânicas como protocolos, possamos realmente tocar a sensibilidade de nossos estudantes tendo em vista suas atividades profissionais futuras⁽⁶¹⁾. Deseja-se a aprendizagem de algo delicado e cuidadoso que a experiência futura pode aperfeiçoar.

Os depoimentos dos estudantes produziram reflexões que ultrapassaram as expectativas iniciais do projeto. O processo em sua totalidade e na sua força também foi vivenciado pela pesquisadora, que passou por toda a construção e pelo entendimento das categorias na sua própria subjetividade como professora. Ao escolher um processo de pesquisa formativo baseado no teatro pedagógico, como recurso de ensinar e aprender, simulações e TBL, soube-se parte integrante em que todos imersos no aprendizado, caminhando juntos, fazendo juntos e refletindo o tempo todo no tema “más notícias” e revelação da verdade.

Esta pesquisa teve como foco inicial a análise da percepção dos estudantes de medicina sobre a utilização do protocolo SPIKES para o desenvolvimento de habilidades de comunicação para más notícias. E, no percurso para alcance do objetivo deste estudo, a pesquisadora teve a oportunidade de refletir sobre várias constatações oriundas da observação direta. É importante ressaltar que as reflexões descritas a seguir não têm naturezas conclusivas, mas são constatações que tem o objetivo contribuir com a abertura de novos caminhos de investigação, assim como, auxiliar no processo de ensino/aprendizagem de profissionais de saúde.

A primeira constatação diz respeito a aceitação do protocolo SPIKES, quando foi possível observar que os alunos compreenderam o uso do mesmo. Estes, em seus relatos descrevem mais confiança e segurança ao conduzir a consulta e a tarefa de dar más notícias usando o protocolo, como uma ferramenta inteligente e de boa aplicabilidade para o dia a dia. Se mostraram ainda envolvidos e reflexivos quanto a condição de médicos simulados e demonstraram seus sentimentos, indagações, além de colocarem várias observações pessoais a respeito do que ocorre com o paciente em todo o processo.

No que se refere as percepções dos estudantes de medicina sobre suas habilidades em comunicação de más notícias antes e após a intervenção, foi possível observar que as três primeiras categorias, descritas aqui como “*aprendizagem reflexiva*”, “*sentimentos*” e “*relação médico-paciente*” aparecem nos três momentos: Avaliação da 1ª consulta, avaliação da capacitação e avaliação da 2ª consulta e representam aquilo que comumente ocorre na prática médica, algo típico da realidade do dia-a-dia. Todos e todas aqueles e aquelas profissionais da saúde que estão necessitam comunicar uma má notícia, necessariamente, passarão por estas etapas iniciais. Ou seja, observamos que, independentemente do ou da profissional ter sido submetido à aplicação do protocolo ou qualquer outro treinamento específico voltado para comunicação de más notícias, a experiência da *relação médico-paciente* estabelecida suscita *sentimentos* e uma *aprendizagem reflexiva*.

Como pode ser verificado neste estudo, foram identificados sentimentos como ansiedade, despreparo, nervoso, impotência e desamparo. Os estudantes apontaram ainda que esta experiência trouxe uma reflexão exigindo atenção para o preparo e o cuidado, e, de como é difícil dar más notícias. A *relação-médico paciente* se estabelece no ato do encontro, na necessidade de entregar tal diagnóstico e no aparecimento de percepções por parte médico de angústia e desespero frente ao lidar com as emoções do paciente.

O segundo ponto refere-se ao momento da capacitação, que se mostrou uma ocasião forte e questionadora sobre o processo pedagógico em si e de como ele é um potente gerador de empatia. O que parece inquestionável através dos relatos colhidos o protocolo funciona como uma ferramenta de grande valia. O que fica muito claro na diferença do antes e depois relatado nas segundas consultas quanto a confiança, segurança ao conduzir uma entrega de má notícia ou revelar verdades.

Examinando os depoimentos sobre *aprendizagem técnica, aproximação com a realidade, impossibilidade de reproduzir a realidade e limitações*, podemos sugerir que houve a reflexão e o entendimento do protocolo SPIKES como um processo de instrumentalização e elaboração de condutas e cuidados para o momento de comunicação da má notícia.

A *aprendizagem técnica* surge como algo de relevante importância e fortalece a importância dos protocolos e diretrizes como base das atitudes dos profissionais de saúde, demonstrado nas falas dos MS como: segurança, confiança, saber conduzir com tranquilidade ao conduzir as etapas de cada momento do encontro e diminuindo fortemente os sentimentos de apreensão.

A categoria *aproximação da realidade* emerge quando propusemos a capacitação, em pequenos grupos, a fim de que os estudantes discutissem o que é uma má notícia para si e, a partir disso, pudessem decidir no pequeno grupo que doença seria encenada usando todas as etapas do protocolo para todos os participantes, nessa tarde de treinamento. Fez-se necessário, por exemplo, lembrar as doenças familiares e as próprias, o que já pode ser considerado um possível recurso sensibilizador, um jogo, a ludicidade tão desejada no psicodrama que propusemos nesta pesquisa. Trazer à tona sentimentos, medos e más notícias que perpassam a história de vida de cada um dos participantes e, depois, a troca entre os pares os aproximou da realidade (do outro e deles próprios) e pode ser caracterizado enquanto um fator sensibilizador de grande potência.

A categoria “*impossibilidade de reproduzir a realidade*” mostra todas as dificuldades que temos com a ludicidade e o inovar para a criatividade e expressão principalmente na área de saúde, onde achamos que só podemos ser sérios e fechados para aprender e temos muitas

dificuldades com o usar do jogo do role-play e do próprio corpo para estar “no lugar de”, trazendo a necessidade de propor uma imersão aprofundada e planejada para teatro espontâneo e outros recursos do teatro pedagógico, tendo em vista minimizar as resistências naturais à técnica. Na verdade, no contexto de uma simulação, emergem nossas dificuldades com a subjetividade em nossa área de atuação, o que leva para área das representações sociais e abertura para que se pesquise mais nessa direção.

Ainda que não seja exequível transpor integralmente a dificuldade identificada na categoria “limitações” e “impossibilidade de reproduzir a realidade”, seja por não se tratar de doentes reais, seja por questões éticas e humanísticas, seja por não estarem presentes atores profissionais contratados, acreditamos ser também uma experiência benéfica para o estudante de medicina se colocar no lugar do paciente.

A partir dos depoimentos colhidos, aparecem recursos para que os estudantes possam ressignificar e transformar a relação médico-paciente. Assim, após a 2ª consulta, aparece mais confiança e maior segurança apontando para construção de uma relação médico paciente que implica, por parte do médico simulado (MS), numa possível aprendizagem do modo de como entender o paciente (PS) e a situação num misto de *aprendizagem técnica, aprendizagem reflexiva e empatia* em proporções equilibradas como mínimas necessárias.

Esse estudo permite um possível desdobramento para novas abordagens sobre o tema da inversão de papéis, pesquisando a opinião dos estudantes como pacientes simulados, ou ainda revelando a visão de avaliadores externos e/ou a fixação desses conteúdos no decorrer do tempo nesses mesmos estudantes, PS ou MS.

Toda a pesquisa, através do tempo de convivência, vários encontros com foco nas suas discussões, suas implicações nas relações médico paciente, e o treinamento com o protocolo, foram fatores que produziram uma atmosfera claramente projetada na subjetividade das relações professor-alunos e sugerem que podem funcionar como esboço para atuação médico paciente, em um futuro próximo, assim como possibilitando pesquisas futuras.

Como pesquisadora, compreendo que o objetivo de pesquisar a importância e o significado do uso de simulações no ensino médico são importantes e produtivas perspectivas para a aprendizagem e formação de futuros médicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os estudantes mostraram uma possível tomada de consciência quanto a magnitude da tarefa e de suas possíveis repercussões nas relações. Pareceram envolvidos, preocupados e questionadores sobre o processo em si e as consequências para as pessoas.
- Perceberam a experiência como algo instigante e desafiador, como a ser aprendido e refletido com seriedade e que também pode ocorrer a situação de dar más notícias a qualquer momento da sua vida profissional.
- Acredito que aprender com a prática em simulações realísticas mostrou-se sensibilizador para os profissionais de saúde, principalmente para o momento nobre do encontro com quem sofre por doenças, diagnósticos reservados ou perdas.

REFERÊNCIAS

1. Cultura MdEe. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília; 2014.
2. Liu X, Rohrer W, Luo A, Fang Z, He TH, Xie W. Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015;98(1):3–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.012>
3. Pham AK, Bauer MT, Balan S. Closing the patient-oncologist communication gap: A review of historic and current efforts. *J Cancer Educ*. 2014;29(1):106–13.
4. Bowyer MW, Hanson JL, Pimentel EA, Flanagan AK, Rawn LM, Rizzo AG, et al. Teaching Breaking Bad News Using Mixed Reality Simulation. *J Surg Res* [Internet]. 2010;159(1):462–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2009.04.032>
5. van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, Van Dalen J, Bonke B. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: a comparison. *Med Teach* [Internet]. 2012;34(5):373–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455655>
6. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ*. 1997;156:1159–64.
7. Harrison ME, Walling A. What Do We Know About Giving Bad News? A Review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(7):619–26.
8. Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Shaunfield S, Sanchez-Reilly S. Palliative care communication curriculum: what can students learn from an unfolding case? *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28:236–41.
9. Kaufman A. *Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Editora Âgora; 1992.
10. Freire P. *Conscientização Teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3a edição. São Paulo: Editora Moraes; 1980.
11. Zimring F. *Carl Rogers*. Recife: Editora Massangana; 2010.
12. Baile WF. SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000;5(4):302–11. Available from: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>
13. Instituto Nacional do Câncer I. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
14. Spafford MM, Schryer CF, Creutz S. Balancing patient care and student education: Learning to deliver bad news in an optometry teaching clinic. *Adv Heal Sci Educ*. 2009;14(2):233–50.
15. Stiefel F, Bourquin C, Layat C, Vadot S, Bonvin R, Berney A. Medical students' skills and needs for training in breaking bad news. *J Cancer Educ*. 2013;28(1):187–91.

16. Wouda JC, van de Wiel HBM. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;86(1):57–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.011>.
17. Silveira FDA. em Saúde e Educação Médica Language as an Open Dialogue between Health Care and Medical Education. 39(4):565–73.
18. Stovall MC. Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News. *J Adv Pr Oncol* [Internet]. 2015;6(2):162–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26649249>5Cn<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601896/pdf/jadp-06-162.pdf>.
19. Hurst SA, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Med Educ Online*. 2015;20(1).
20. Alrukban MO, Albadr BO, Almansour M, Sami W, Alshuil M, Aldebaib A, et al. Preferences and attitudes of the Saudi population toward receiving medical bad news: A primary study from Riyadh city. [Internet]. Vol. 21, *Journal of family & community medicine*. 2014. p. 85–92. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4073565&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
21. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: A systematic literature review. Vol. 39, *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2009. p. 201–16.
22. Schildmann J, Kupfer S, Burchardi N, Vollmann J. Teaching and evaluating breaking bad news: A pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;86(2):210–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.022>.
23. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in US medical schools. *Med Educ*. 2014;48(1).
24. Bonnaud-Antignac A, Campion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology*. 2010;19(9):975–81.
25. Kiluk J V, Dessureault S, Quinn G. Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. *J Cancer Educ*. 2012;27(2):277–80.
26. Koochak HE, Yazdi F, Abdolbaghi MH, Salehi MR, Shadloo B, Rahimi-Movaghar A. Breaking HIV news to clients: SPIKES strategy in post-test counseling session. *Acta Med Iran*. 2016;54(5):313–7.
27. Tang WR, Fang JT, Fang CK, Fujimori M. Truth telling in medical practice: Students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice. *Psychooncology*. 2013;22(7):1605–10.
28. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 11a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
29. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneui L, Revah-Levy A. Breaking bad news in oncology: A metasynthesis. *J Clin Oncol*. 2015;33(22):2437–43.

30. Kaplan M. SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(4):514–6.
31. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* [Internet]. 1999;171(4):260–3. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1305864&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
32. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chil*. 2014;142(10):1306–15.
33. Boerjan M, Boone F, Anthierens S, van Weel-Baumgarten E, Deveugele M. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Educ Couns*. 2008;73(1):22–7.
34. Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015;98(10):1255–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.009>.
35. Seeman MV. Breaking Bad News: Schizophrenia. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2010;16(4):269–76. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00131746-201007000-00010>.
36. Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* [Internet]. 2008;31(1):7–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2435037&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
37. Hilkert SM, Cebulla CM, Jain SG, Pfeil SA, Benes SC, Robbins SL. Breaking bad news: a communication competency for ophthalmology training programs. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2016.04.005>.
38. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: A feasibility study of an educational intervention. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015;98(6):748–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.015>.
39. Schoefl R. Breaking bad news. *Dig Dis* [Internet]. 2008;26(1):56–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18600017>.
40. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: A comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2016;0(0):1–6. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00063110-900000000-99319>.
41. Alelwani SM, Ahmed Y a. Medical training for communication of bad news: A literature review. [Internet]. Vol. 3, *Journal of education and health promotion*. 2014. p. 1–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4113982&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

42. Rosenbaum M, Ferguson K, Lobas J. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med* [Internet]. 2004;107–17. Available from: http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2004/02000/Teaching_Medical_Students_and_Residents_Skills_for.2.aspx.
43. Prado AJF de, Silva EA, Almeida VA De, Fráguas Jr R. Medical environment : bad news ' impact on patients and doctors – towards an effective model of communication. *Rev Med*. 2013;92(1):13–24.
44. Mortsiefer A, Immecke J, Rotthoff T, Karger A, Schmelzer R, Raski B, et al. Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMed-OSCE. *Patient Educ Couns*. 2014;95(3):348–55.
45. Minayo MC (org). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
46. Vieira S. *Como elaborar questionários*. Sao Paulo: Editora Atlas.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Diário Oficial da União, Brasília*; 2012.
48. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1a ed. São Paulo: Edições 70 LTDA\Almedina Brasil. 2011.
49. Minayo M. *O desafio do conhecimento*. 13a edição. São Paulo: Hucitec Editora Ltda; 2004.
50. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 36a edição. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
51. Gronlund NE. *Elaboração de testes para o ensino*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1974.
52. Cipriano L. *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. 7a edição. São Paulo: Cortez Editora.
53. Cipriano L. *Avaliação da aprendizagem*. São Paulo: Cortez Editora.
54. Cipriano L. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 12a edição. São Paulo: Cortez Editora.
55. Hycner R. *De pessoa a pessoa, psicoterapia dialógica*. 3a edição. São Paulo: Summus Editorial; 1995.
56. Damásio A. *O mistério da consciência do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
57. Lee Y-M, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean J Med Educ*. 2014;26(3):179–87.
58. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in

- Germany. *Ann Oncol.* 2014;25(3):707–11.
59. Cipriano L. *Avaliação da aprendizagem escolar, estudos e proposições.* 22a edição. São Paulo: Cortez Editora; 2011.
 60. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ.* 2014;29(4).
 61. Rey GF. *O social na psicologia e a psicologia social.* 3a edição. Petropolis, RJ: Editora Vozes; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TABELA DE UNIDADES TEMÁTICAS DA CAPACITAÇÃO DOS MÉDICOS SIMULADOS

Item	Temas de Capacitação	Número de Unidades Temáticas
1	IMPOSSIBILIDADE DE REPRODUZIR A REALIDADE	6
2	APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE	6
3	APRENDIZAGEM REFLEXIVA	9
4	APRENDIZAGEM TÉCNICA	6
5	SENTIMENTOS	2
6	RELAÇÃO MEDICO \ PACIENTE	4
7	LIMITAÇÕES	8

Item	Temas 1ª Consulta	Número de Unidades Temáticas
1	APRENDIZAGEM REFLEXIVA	6
2	SENTIMENTOS	17
3	RELAÇÃO MÉDICO \ PACIENTE	9

Item	Temas 2ª Consulta	Número de Unidades Temáticas
1	APRENDIZAGEM REFLEXIVA	15
2	SENTIMENTOS	5
3	RELAÇÃO MÉDICO \ PACIENTE	3
4	APRENDIZAGEM TÉCNICA	8
5	LIMITAÇÕES	5
6	PERSPECTIVAS	2

**APÊNDICE B - RESPOSTAS ABERTAS DOS ESTUDANTES APÓS A 1ª E 2ª CONSULTA SIMULADA E CAPACITAÇÃO SPIKES
- GERAL**

Estudante	Como foi a experiência com a 1ª consulta?	Capacitação		Como foi a experiência com a 2ª consulta?
		Aspectos positivos	Aspectos negativos	
101301	A experiência como um todo foi construtiva e prazerosa. Aprendi o quanto a habilidade em comunicação é importante, sobretudo no momento do 1º atendimento, pois ali me senti nervosa, insegura e achei meu desempenho insuficiente.	Permite vivenciar a prática. Auxilia entender a importância em ter habilidades de comunicação. Encoraja a buscar na teoria a melhora para a prática. Ajuda na percepção de quesitos a melhorar na relação médico-paciente do aluno em formação.	Alguns podem se sentir angustiadas com a possibilidade de “tão cedo” precisar dar uma má notícia.	A 2ª experiência, ao contrário, foi tranquila. Me senti preparada para o momento. Também considerei meu desempenho muito melhor. Senti que o paciente estava mais acolhido e teve mais espaço para tirar suas dúvidas (o que não aconteceu no 1º atendimento). Como um todo aprendi bastante e ganhei experiência importante para minha futura profissão.
101303	Eu fiquei bastante nervoso antes da paciente entrar na sala. Quando ela entrou eu me acalmei mais. Senti uma dificuldade em dar essa má notícia, não me senti	Preparar para situações que realmente podem vir a acontecer, de fato. Aprender a se colocar no lugar do outro e na dor do outro. Fazer uma anamnese de acordo com as más notícias.	Talvez por não possuímos de fato a doença, a situação não seja realmente real, como o drama de possuir a doença.	Fiquei muito mais calmo dessa vez, me senti mais capaz de confortar a paciente e conduzir a consulta. Achei a experiência única.

	nem um pouco preparado.			
101304	Quando estava atendendo senti uma angustia por saber da dor do paciente ao ouvir seu diagnóstico. Também me senti despreparada de ter a responsabilidade de dizer a ele aquela péssima notícia. Apesar de tudo tentei conforta-lo o máximo com os recursos que estavam a meu alcance.	A experiência da pesquisa foi válida e essencial no meu processo de formação médica, pois além de proporcionar um aprendizado do protocolo SPIKES proporcionou o desconhecimento da sensibilidade para esse tema	Ao fazer parte da pesquisa me senti desafiada com a experiência de ter que comunicar as más notícias. Porém encaro esse desafio como construtivo já que me fez aprender e crescer como futura médica. Na minha opinião, todos os alunos deveriam ter essa experiência enriquecedora.	Em comparação ao outro atendimento, essa foi uma experiência mais tranquila, me senti mais segura com o que eu estava fazendo, seguindo o protocolo SPIKES. A paciente não esboçou muitas emoções dessa vez, isso me frustrou um pouco. Tirando isso, eu estava mais confiante em como falar, como agir e como entender melhor o paciente.
101305	Após a consulta, percebi o quão despreparado eu estou para situações como essa. Além disso me senti impotente, como se nada que eu pudesse falar conseguiria ajudar.	A experiência consegue nos mostrar o quão difícil e o quanto precisamos nos preparar para situações como essas.	Infelizmente a realidade nunca será simulada com exatidão, portanto somente quando encaramos essas situações de verdade	A experiência foi muito interessante e engrandecedora. Me ajudou no norteamto da notícia. O único ponto que acho que posso melhorar são as qualidades dos atores, para que a simulação seja mais real ainda. Faria mais experiências como essa, pois esse modelo de duas simulações com uma capacitação entre elas serviu para eu identificar minhas

			conseguiremos avaliar nosso progresso.	dificuldades, aprender a melhorar e simular as habilidades aprendidas, numa ordem lógica e intuitiva.
121306	A experiência foi muito interessante e desafiadora. Estava um pouco ansioso previamente e o fato de ter que dar más notícias é difícil. No começo, estava mais tranquilo, mas na hora de falar o diagnóstico, acabei ficando nervoso e sendo muito direto. A reação da paciente foi bem real e acabou me desafiando ainda mais, confirmando que não é nada fácil. Espero poder aprimorar minhas habilidades comunicativas mais adiante.	As simulações me pareceram reais e me ajudaram a refletir em pontos e estratégias que possam ou não ser utilizadas, assim como dificuldades existentes	A realidade não é igual a simulação, e o fato de nós criarmos a simulação pode atrapalhar na seriedade.	A experiência foi bastante enriquecedora e desafiadora. Após o treinamento, me senti mais seguro para poder dar as más notícias, principalmente após a 1ª experiência, que foi inovadora para mim e eu gostei bastante. Acredito que o formato de simulação com pessoas desconhecidas tenha sido mais eficaz que a feita na quarta-feira com nós mesmos, uma vez que acaba se perdendo a seriedade por conhecermos as pessoas e não acaba sendo a mesma coisa. Amei todo o processo que passamos e me marcou muito, principalmente por me interessar e sempre me preocupar em como passar as más notícias sem me envolver emocionalmente.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA

Prezada e prezado estudante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação de más notícias na formação de profissionais de medicina”**, que será realizada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). A pesquisa tem como objetivo analisar e testar estratégias para o desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias, a partir da avaliação do processo de ensino-aprendizagem destas no curso de formação médica. Solicitamos uma leitura atenciosa de todas as informações a seguir e, caso ache necessário, nos pergunte sobre qualquer coisa que não esteja clara.

Caso aceite integrar este estudo, você ocupará o papel do médico(a) durante a encenação de consulta médica simulada. Inicialmente, faz-se necessário responder um questionário, de forma presencial ou on-line, contendo informações sócio-demográficas: (1) dados pessoais e (2) familiares; (3) referentes a escolaridade, (4) atividades profissional, (5) motivação para cursar medicina, (6) planos profissionais futuros para exercício da medicina, (7) visão em relação ao mercado de trabalho para o médico, com tempo de preenchimento estimado em 20 minutos. Em um segundo momento, você participará de duas consultas médicas simuladas e um treinamento, que consiste em um programa de capacitação voltado para a aquisição e/ou desenvolvimento das habilidades de comunicação. Este programa será composto por três encontros de três horas de duração.

Nas salas serão instalados equipamentos de áudio e vídeo de forma a permitir a filmagem sem a presença de uma terceira pessoa na sala. Embora considerado de risco mínimo, existe a possibilidade de constrangimento e de exposição do material gravado. Para minimizar este risco o material resultante das filmagens será analisado exclusivamente pelos pesquisadores e arquivado e será mantido em poder da pesquisadora responsável, Mônica da Cunha Oliveira, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos. O material decorrente da pesquisa, tais como questionários, gravações e transcrição das entrevistas, permanecerão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

O benefício direto é ter a oportunidade de participar de uma atividade educacional e o indireto é vivenciar uma experiência que permita que os alunos estabeleçam uma melhor relação médico.

Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que haja qualquer medida de penalidade pela desistência. Informamos que você não será remunerado por sua participação e tampouco arcará com qualquer despesa decorrente desta pesquisa.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com a pesquisadora: Mônica da Cunha Oliveira (EBMSP), telefone (71) 3461-1479, Rua do Cascalho, Cond. Parque do Sol, Pituáçu. CEP: 411741-510; Marta Silva Menezes (EBMSP), tel.(71) 3276-8265, Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. CEP: 40290-000.

Este projeto segue as determinações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Salvador, ____ de ____ de 201__.

Pesquisadora Responsável

--

RG

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA

Prezada e prezado estudante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação de más notícias na formação de profissionais de medicina”**, que será realizada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). A pesquisa tem como objetivo analisar e testar estratégias para o desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias, a partir da avaliação do processo de ensino-aprendizagem destas no curso de formação médica. Solicitamos uma leitura atenciosa de todas informações a seguir e, caso ache necessário, nos pergunte sobre qualquer coisa que não esteja clara.

Caso aceite integrar este estudo, você ocupará o papel do(a) paciente durante a encenação de consulta médica simulada. Inicialmente, faz-se necessário responder um questionário, de forma presencial ou on-line, contendo informações sócio-demográficas: (1) dados pessoais e (2) familiares; (3) referentes a escolaridade, (4) atividades profissional, (5) motivação para cursar medicina, (6) planos profissionais futuros para exercício da medicina, (7) visão em relação ao mercado de trabalho para o médico, com tempo de preenchimento estimado em 20 minutos. Em um segundo momento, você participará de duas consultas médicas simuladas e um treinamento, que consiste em um programa de capacitação voltado para a aquisição e/ou desenvolvimento das habilidades de comunicação. Este programa será composto por três encontros de três horas de duração.

Nas salas serão instalados equipamentos de áudio e vídeo de forma a permitir a filmagem sem a presença de uma terceira pessoa na sala. Embora considerado de risco mínimo, existe a possibilidade constrangimento e de exposição do material gravado. Para minimizar este risco o material resultante das filmagens será analisado exclusivamente pelos pesquisadores e arquivado e será mantido em poder da pesquisadora responsável, Mônica da Cunha Oliveira, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos. O material decorrente da pesquisa, tais como questionários, gravações e transcrição das entrevistas, permanecerão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

APÊNDICE E - ROTEIRO PACIENTE SIMULADO (PERSONAGEM MASCULINO)

Seu nome é João da Cruz, você tem 23 anos, é solteiro e estudante de engenharia civil do terceiro ano. Mora com colegas em uma república estudantil há 3 anos, seus pais e familiares residem em Itabuna. Você é o mais velho de quatro irmãos, tem três irmãs mais novas e que residem com seus pais. Sua família não tem muita condição financeira, seus pais tem um pequeno comercio e dele tiram o sustento, sempre valorizaram muito a educação e ficaram muito orgulhosos quando você foi aprovado no vestibular.

Apesar da vida corrida e da saudade da família, você se adaptou bem à vida na república estudantil. Achou estranho quando há 2 semanas passou a sentir uma fraqueza e mal-estar intenso, logo depois observou sangramento na gengiva ao escovar os dentes e manchas vermelhas no corpo. Preocupado procurou atendimento um posto de saúde próximo. Foi atendido e o médico solicitou exame. Um dos colegas que estudava medicina na Bahiana, sugeriu que você procurasse marcar no ambulatório da residência de clínica médica no ADAB.

Você chegou bem cedo e conseguiu vaga para a consulta, antes passou no laboratório e pegou resultados do exame de sangue.

A atendente fez a sua ficha, você entregou o seu exame que foi anexado ao seu prontuário e foi encaminhado para o consultório de atendimento clínico.

Você está na sala de espera junto com outras pessoas, escuta quando eles dizem que serão atendidos pelo novo grupo de residentes que estão iniciando o rodizio naquele dia.

A atendente chama o seu nome para a consulta.

APÊNDICE F - ROTEIRO PACIENTE SIMULADO (PERSONAGEM FEMININO)

Seu nome é Maria Helena Santos, você tem 23 anos, é solteiro e estudante de engenharia civil do terceiro ano. Mora com colegas em uma república estudantil há 3 anos, seus pais e familiares residem em Itabuna. Você é a mais velha de quatro irmãos, tem três irmãs mais novas e que residem com seus pais. Sua família não tem muita condição financeira, seus pais tem um pequeno comercio e dele tiram o sustento, sempre valorizaram muito a educação e ficaram muito orgulhosos quando você foi aprovado no vestibular.

Apesar da vida corrida e da saudade da família, você se adaptou bem à vida na república estudantil. Achou estranho quando há 2 semanas passou a sentir uma fraqueza e mal-estar intenso, logo depois observou sangramento na gengiva ao escovar os dentes e manchas vermelhas no corpo. Preocupada procurou atendimento um posto de saúde próximo. Foi atendido e o médico solicitou exame. Um dos colegas que estudava medicina na Bahiana, sugeriu que você procurasse marcar no ambulatório da residência de clínica médica no ADAB.

Você chegou bem cedo e conseguiu vaga para a consulta, antes passou no laboratório e pegou resultados do exame de sangue.

A atendente fez a sua ficha, você entregou o seu exame que foi anexado ao seu prontuário e foi encaminhado para o consultório de atendimento clínico.

Você está na sala de espera junto com outras pessoas, escuta quando eles dizem que serão atendidos pelo novo grupo de residentes que estão iniciando o rodizio naquele dia.

A atendente chama o seu nome para a consulta.

APÊNDICE G - INSTRUÇÃO (1) PARA O MÉDICO SIMULADO

(COLAR NA MESA)

Você é Mario ou Lúcia residente de Clínica Médica e junto com sua colega Lúcia ou Mário estão iniciando o atendimento da manhã no ambulatório de clínica médica do ADAB, com 10 pacientes para cada. Vocês já prescreveram os pacientes internados pela manhã e terão que pegar plantão na emergência do HGE ainda hoje. Apesar da correria, você está feliz está aprendendo muito na residência e fazendo o que sempre sonhou na vida.

O seu primeiro paciente é o João da Cruz ou Maria Helena Santos. Um(a) paciente de 23 anos que há 2 semanas passou a sentir uma fraqueza e mal-estar intenso, logo depois observou sangramento na gengiva ao escovar os dentes e manchas vermelhas no corpo. Já tinha sido atendido(a) em um posto de saúde, onde foram solicitado exames, que você tem no prontuário a sua frente.

Você solicita que a atendente chame o paciente para entrar na sua sala.

APÊNDICE H - OFICINA PROTOCOLO SPIKES COM TBL

A comunicação é parte vital do encontro dos dois sujeitos envolvidos na consulta médica. Ao se tratar de comunicação de más notícias, o interlocutor carrega uma grande responsabilidade. Faz-se necessário desenvolver empatia com o paciente por meio de ferramentas como escuta, acolhimento e criação de vínculo. O paciente tem direito de saber sobre sua doença para tomar decisões importantes para sua vida, porém a comunicação de más notícias, exige que o médico, enquanto interlocutor, revele diagnósticos e prognósticos de forma transparente, sincera e sensível. Comunicar uma má notícia não é uma tarefa fácil, pois também expressamos - de forma verbal e não verbal - a cada encontro nossos próprios valores e resistências.

Para facilitar o desenvolvimento da habilidade de se comunicar de forma clara, mas também acolhedora, foram criadas estratégias de educação que abarcam diferentes técnicas e protocolos. Neste treinamento a técnica escolhida é o protocolo SPIKES, que é composto por seis etapas (Quadro 1). Esse protocolo, criado por Walter F. Baile e Robert Buckman, foi desenvolvido inicialmente para aplicação nos casos de diagnósticos de câncer, hoje é um roteiro reconhecido e utilizado em outras situações. O conhecimento das etapas do SPIKES pode representar um caminho para uma condução adequada neste encontro.

Quadro 1

S - <i>Setting up the interview</i> - Prepare a entrevista	Busque privacidade, sente-se, conecte-se olho no olho;
P - <i>Perception</i> - Percepção do paciente	Antes de contar pergunte: o que você já sabe?
I - <i>Invitation</i> – Convite	O que/quanto você gostaria de saber sobre sua doença?
K – <i>Knowledg</i> – Conhecimento	Dar a notícia em si, e a medida que ele(a) vai perguntando.
E – <i>Emotion</i> – Emoções	Observe, identifique e deixe claro que você percebeu essa emoção.
S - <i>Strategy and summary</i> - Sumário e estratégia	Faça um resumo de tudo e um plano de manejo da situação

S - Como planejar a entrevista

- ✓ Rever os dados que fundamentam a má notícia: resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e - informações gerais sobre o paciente.

- ✓ Verificar se a equipe multidisciplinar que cuida do paciente está ciente do prognóstico e dos procedimentos e se tem - alguma informação importante a fornecer para facilitar a conversa com o paciente/família.
- ✓ Avaliar seus próprios sentimentos – positivos e negativos – sobre a transmissão dessa má notícia para esse paciente.
- ✓ Preparar um ambiente acolhedor que garanta a melhor privacidade.
- ✓ Pensar a melhor forma de utilizar o tempo disponível para comunicação.
- ✓ Envolver pessoas importantes, se esse for o desejo do paciente.
- ✓ Sentar-se e colocar-se disponível para o paciente.

P - Como avaliar a percepção do paciente

- ✓ Favorecer vínculo de confiança que permita ao paciente fazer perguntas, expressar expectativas e temores.
- ✓ Estabelecer um diálogo inicial deixando-o à vontade, procurando saber como o paciente se sente e o que conhece do seu estado de saúde atual: procurar saber como o paciente percebe sua situação médica (o que tem, se é sério ou não); o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais, Internet etc.; qual a sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos os exames.
- ✓ Estimular o paciente/familiar a fazer perguntas.
- ✓ Perceber se o paciente apresenta alguma variante de negação da doença: pensamento mágico; omissão de detalhes médicos essenciais, mas desfavoráveis sobre a doença; ou expectativas não realistas do tratamento.
- ✓ Considerar o estilo de vida, a personalidade e as experiências pessoais de enfrentamento de situações difíceis, respeitando valores e crenças do paciente. Não fazer julgamentos morais.
- ✓ Buscar a melhor forma de adequar a má notícia para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.

I - Como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações

- ✓ Saber ouvir, observar e ter a sensibilidade para perceber se o paciente está em condições para receber a notícia ou se ainda é preciso esperar.

- ✓ Sempre procurar saber se o paciente deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos ou se quer ir pedindo informações gradativamente.
- ✓ Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos.
- ✓ Negociar a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o paciente vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a discussão do plano de tratamento.

K - Como transmitir a notícia e as informações ao paciente

- ✓ Informar com clareza e delicadeza, sendo sincero com as informações prestadas.
- ✓ Evitar termos técnicos e usar uma linguagem próxima à capacidade de compreensão daqueles que recebem a notícia.
- ✓ Transmitir a notícia com segurança, evitando detalhes desnecessários.
- ✓ Evitar transmitir ansiedade para o paciente, sem que isso signifique frieza.

E - Como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções do paciente e de familiares

- ✓ Favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos.
- ✓ Acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade de acompanhamento. Buscar uma proximidade sincera e, ao mesmo tempo, não se envolver emocionalmente em demasia.
- ✓ Oferecer respostas de reconhecimento e sintonia afetiva.
- ✓ Suportar o incômodo da situação, tolerando momentos de silêncio e esperando a recuperação do impacto da notícia.

S - Como resumir e traçar estratégias com paciente e familiares

- ✓ Resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros.
- ✓ Antes de discutir um plano de tratamento, perguntar aos pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento.
- ✓ Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente.
- ✓ Avaliar o não entendimento dos pacientes sobre a discussão e se colocar disponível para as orientações.

- ✓ Ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes.

REFERÊNCIA: Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

APÊNDICE I - CAPACITAÇÃO PROTOCOLO SPIKES COM TBL

NOME _____ EQUIPE _____
 _____ DATA ____/____/____

1) Independente da área escolhida de atuação, o médico certamente irá se deparar em sua carreira com a possibilidade de dar más notícias a seus pacientes, familiares ou acompanhantes. Algumas características do profissional, ou da situação na qual ele está envolvido, devem ser consideradas. Neste contexto assinale as opções que considera verdadeiras ou falsas

- a) Manter posição distante do paciente, permite ao médico manter o equilíbrio necessário para dar a má notícia (F)
- b) Faz-se necessário desenvolver empatia com o paciente por meio de ferramentas como escuta, acolhimento e criação de vínculo (V)
- c) É preferível poupar o paciente da má notícia, comunicando-a para seus familiares ou acompanhantes (F)
- d) O paciente tem direito de saber sobre sua doença para tomar decisões importantes para sua vida, porém a comunicação de más notícias deve ser realizada de forma transparente, sincera e sensível (V)

2) Para facilitar o desenvolvimento da habilidade de se comunicar de forma clara, mas também acolhedora, foram criadas estratégias de educação que abarcam diferentes técnicas e protocolos. Com relação a essas estratégias considere as proposições abaixo como verdadeiras ou falsas.

- a) Pouco provável aprender habilidade de comunicação com treinamento, apenas com a experiência o médico vai aprender como fazer (F)
- b) O protocolo SPIKES é um protocolo didático para ser aplicado em pacientes oncológicos, não sendo indicados para pacientes em geral (F)
- c) A aptidão médica para dar más notícias pode e deve ser treinada previamente ao momento real desde o curso de graduação (V)
- e) Mesmo médicos e profissionais de saúde bem experientes e maduros em suas profissões podem ter dificuldades em dar más notícias e lidar com a morte (V)

3) O protocolo SPIKES foi criado por Walter F. Baile e Robert Buckman e é composto por seis etapas. Com relação ao significado de suas etapas assinale as opções verdadeiras ou falsas.

- a) **S** - Setting up the interview - Prepare a entrevista – Está relacionado com o planejamento necessário para dar a má notícia (V)
- b) **P**- Perception - Percepção do paciente – Corresponde à identificação do que o paciente sabe sobre a doença (V)
- c) **I** - Invitation – Convite – Convidar o paciente para senta-se confortavelmente (F)
- d) **K** – Knowledgeg – Conhecimento – Significa informar sobre a doença de forma que o paciente possa entender e dentro das possibilidades identificadas nas etapas anteriores (V)
- e) **E** – Emotion – Emoções – Acolher as manifestações de emoção do paciente e familiares (V)
- f) **S** - Strategy and summary – Resumir e traçar estratégias para o seguimento da situação clinica (V)

4) Agora vamos entender melhor como funciona cada uma das etapas do protocolo SPIKES. Considerando a primeira etapa S - Setting up the interview (prepare a entrevista) quais das seguintes alternativas são verdadeiras ou falsas?

- a) Pensar a melhor forma de utilizar o tempo disponível para comunicação (V)
- b) Preparar um ambiente acolhedor que garanta a melhor privacidade (V)
- c) É desnecessário envolver outras pessoas, mesmo que importantes para o paciente, melhor que a conversa envolva apenas o paciente e o médico (F)
- d) Concentrar-se em pensamentos positivos para animar o paciente (F)

5) E a segunda etapa P- Perception (percepção do paciente), como deve ser realizada? Com relação a essa etapa assinale as opções verdadeiras ou falsas.

- a) Compreender e indagar sobre o estilo de vida favorece que o indivíduo fale de si mesmo e seus medos mais livremente (V)
- b) Nesse momento seus sentimentos e emoções são secundários no processo e não devem aparecer (F)
- c) Dispor de tempo, procurar sentar-se e acomodar a pessoa a sua frente e abrir-se para uma escuta são fundamentais no encontro com boa resolução (V)
- e) A busca pelo paciente por fontes não médicas sobre a sua doença deve ser criticada (F)

6) E na terceira etapa I- Invitation (convite), como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações? Com relação a essa etapa assinale as opções verdadeiras ou falsas.

- a) Saber ouvir, observar e ter a sensibilidade para perceber se o paciente está em condições para receber a notícia ou se ainda é preciso esperar.(V)
- b) O tratamento é determinado por protocolos estabelecido por evidências científicas, os pacientes devem ser poupados de informações sobre efeitos colaterais (F).
- c) Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos.(V)
- d) Negociar a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o paciente vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a discussão do plano de tratamento (V)

7) E na quarta etapa K – Knowledg (conhecimento), como transmitir a notícia e as informações ao paciente? Com relação a essa etapa assinale as opções verdadeiras ou falsas.

- a) Informar com clareza e delicadeza, sendo sincero com as informações prestadas (V)
- b) Evitar termos técnicos e usar uma linguagem próxima à capacidade de compreensão daqueles que recebem a notícia(V).
- c) Transmitir a notícia com segurança, evitando detalhes desnecessários(V).
- d) Evitar transmitir ansiedade para o paciente, sem que isso signifique frieza(V).

8) E na quinta etapa E – Emotion – como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções do paciente e de familiares? Com relação a essa etapa assinale as opções verdadeiras ou falsas.

- a) Favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos (V).
- b) Acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos pacientes e familiares. (V)
- c) Buscar uma proximidade sincera e, ao mesmo tempo, não se envolver emocionalmente em demasia(V).

d) Para que não ocorra o incômodo, tentar manter a conversação durante todo o tempo para evitar o silêncio constrangedor (F).

9) E na sexta etapa S - Strategy and summary , como resumir e traçar estratégias com paciente e familiares? Com relação a essa etapa assinale as opções verdadeiras ou falsas

- a) Resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros.(V)
- b) Antes de discutir um plano de tratamento, perguntar aos pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento (V).
- c) Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente (V).
- d) Avaliar o não entendimento dos pacientes sobre a discussão e se colocar disponível para as orientações (V)
- e) Ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes (V)

APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome completo: _____

1 - DADOS DEMOGRÁFICOS			
EBMSP		Semestre letivo:	
Idade:	Sexo: Feminino Masculino	Religião:	
Onde fez o seu 2º grau:		Passou na 1ª vez no vestibular N ()	
Estado civil: solteiro(a) casado(a) divorciado(a)		Filhos: – quantos	
Faixa salarial familiar: > R\$9.745,00 R\$7.475,00 a R\$9.745,00 R\$1.734 a R\$7.475,00 R\$1.085,00 a R\$1.734,00 até R\$1.085,00			
Reside com sua família		Sua família reside em outra cidade, qual? _____	
Exerce atividade remunerada:		Bolsa Pesquisa Monitoria Profissional, qual? _____	

Tem Fies: _____ %		Algum outro incentivo qual?	
Você tem familiares médicos?		Quem?	
Pensou em alguma outra opção profissional além de medicina?		Qual? _____	
Por que motivo você escolheu ser médico? (pode assinalar mais de uma opção)		Por: Vocaçao Oportunidade de trabalho Influência familiar Remuneração Desejo de ajudar Desafio outro Qual? _____	
Já decidiu a especialidade medica que pretende seguir? não sim, Qual? _____			
Onde pretende exercer a profissão: capital interior			
Você acredita que o médico hoje tem colocação no mercado de trabalho		Fácil Mediana Difícil	
Com possibilidade de remuneração		Excelente Boa Regular	

ANEXOS

ANEXO A - CHECKLIST OBSERVAÇÃO SPIKES

Equipe observada:

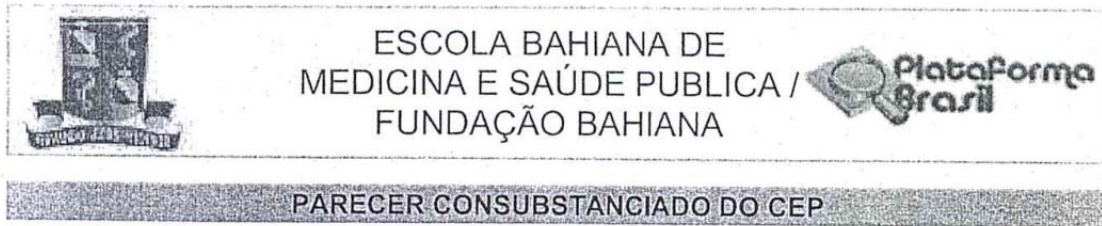
Observador: _____

Avalie a apresentação e assinale se observou as características relacionadas a cada uma das etapas do SPIKES

S - Setting up the interview - Como planejar a entrevista	
Rever os dados que fundamentam a má notícia: resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e informações gerais sobre o paciente.	
Verificar se a equipe multidisciplinar que cuida do paciente está ciente do prognóstico e dos procedimentos e se tem alguma informação importante a fornecer para facilitar a conversa com o paciente/família.	
Avaliar seus próprios sentimentos – positivos e negativos – sobre a transmissão dessa má notícia para esse paciente.	
Preparar um ambiente acolhedor que garanta a melhor privacidade.	
Pensar a melhor forma de utilizar o tempo disponível para comunicação.	
Envolver pessoas importantes, se esse for o desejo do paciente.	
Sentar-se e colocar-se disponível para o paciente.	
P- Perception - Como avaliar a percepção do paciente	
Favorecer vínculo de confiança que permita ao paciente fazer perguntas, expressar expectativas e temores.	
Estabelecer um diálogo inicial deixando-o à vontade, procurando saber como o paciente se sente e o que conhece do seu estado de saúde atual: procurar saber como o paciente percebe sua situação médica (o que tem, se é sério ou não); o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais, Internet etc.; qual a sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos os exames.	
Estimular o paciente/familiar a fazer perguntas.	
Perceber se o paciente apresenta alguma variante de negação da doença: pensamento mágico; omissão de detalhes médicos essenciais, mas desfavoráveis sobre a doença; ou expectativas não realistas do tratamento.	
Considerar o estilo de vida, a personalidade e as experiências pessoais de enfrentamento de situações difíceis, respeitando valores e crenças do paciente. Não fazer julgamentos morais.	
Buscar a melhor forma de adequar a má notícia para a compreensão e a capacidade de absorção do paciente.	
I - Invitation - Como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações	
Saber ouvir, observar e ter a sensibilidade para perceber se o paciente está em condições para receber a notícia ou se ainda é preciso esperar.	
Sempre procurar saber se o paciente deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, o prognóstico e os pormenores dos tratamentos ou se quer ir pedindo informações gradativamente.	
Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares	
Negociar a transmissão de informação no momento em que se pedem exames: se o paciente vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a	

discussão do plano de tratamento.	
K – Knowledge - Como transmitir a notícia e as informações ao paciente	
Informar com clareza e delicadeza, sendo sincero com as informações prestadas.	
Evitar termos técnicos e usar uma linguagem próxima à capacidade de compreensão daqueles que recebem a notícia.	
Transmitir a notícia com segurança, evitando detalhes desnecessários.	
Evitar transmitir ansiedade para o paciente, sem que isso signifique frieza.	
E – Emotion - Como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções do paciente e de familiares	
Favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos.	
Acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos pacientes e familiares, dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade de acompanhamento. Buscar uma proximidade sincera e, ao mesmo tempo, não se envolver emocionalmente em demasia.	
Oferecer respostas de reconhecimento e sintonia afetiva.	
Suportar o incômodo da situação, tolerando momentos de silêncio e esperando a recuperação do impacto da notícia.	
S - Strategy and summary - Como resumir e traçar estratégias com paciente e familiares	
Resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros.	
Antes de discutir um plano de tratamento, perguntar aos pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento.	
Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente.	
Avaliar o não entendimento dos pacientes sobre a discussão e se colocar disponível para as orientações.	
Ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes.	

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação na formação de profissionais na área da saúde

Pesquisador: Marta Silva Menezes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33098314.4.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 803.895

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, as escolas médicas devem oferecer aos graduandos uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Desta forma, espera-se que, durante a graduação, o aluno seja capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde. Neste sentido, a aquisição e o desenvolvimento de Habilidades de Comunicação (HbC) se revela essencial na formação médica. Sem estas habilidades, o médico jamais será capaz de estabelecer um vínculo efetivo com o paciente, apreender sua história, compreender sua perspectiva, propor e negociar intervenções. Além disso, HbC se fazem necessárias no contato do médico, não apenas com seu paciente, como também com os familiares de seus pacientes, colegas e outros profissionais de saúde. Sendo assim, as escolas médicas precisam investir no processo de ensino-aprendizagem das HbC, para garantir a formação de profissionais aptos a exercer seu papel na sociedade. Para ser efetivo, este investimento requer a compreensão do estado atual processo de ensino aprendizagem das HbC; elaboração de estratégias pedagógicas capazes de otimizar a aquisição e desenvolvimento das HbC; desenvolvimento de plano para a implementação, acompanhamento e avaliação das estratégias

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

Bairro: NAZARÉ

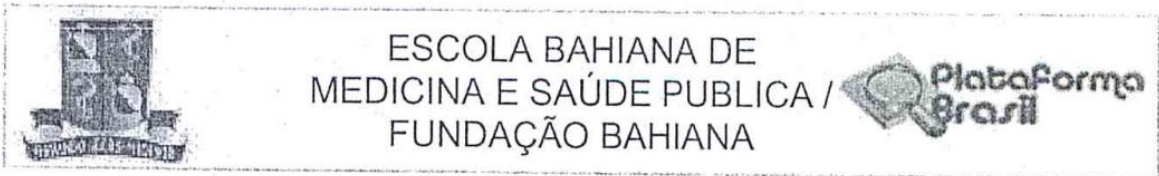
CEP: 40.050-420

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 803.895

pedagógicas elaboradas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver e testar programas de capacitação para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, a partir da avaliação do processo de ensino-aprendizagem destas habilidades em três escolas médicas do estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar as propostas de ensino/aprendizagem das HbC de três escolas médicas do estado da Bahia.
2. Avaliar a empatia em amostra de estudantes das referidas escolas.
3. Avaliar a influência da empatia sobre o processo de ensino-aprendizado das HbC.
4. Avaliar as HbC em amostra de estudantes das referidas escolas.
5. Desenvolver e testar programas de capacitação para o desenvolvimento de HbC na relação médico-paciente.
6. Desenvolver e testar programas de capacitação para o desenvolvimento de HbC na relação médico-equipe de saúde.
7. Analisar o programa de capacitação do ponto de vista de estudantes/participantes, estudantes/atores, equipe executora e professores das disciplinas correlacionadas como o tema em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora mínimo, deve-se considerar a possibilidade de constrangimento ou mobilização emocional dos participantes durante a realização do processo de coleta de dados. Os pesquisadores responsáveis, que também são docentes, acompanharão todo o processo da pesquisa, que poderá ser interrompida se necessário, e estão capacitados para apoio deses participantes. Outra possibilidade seria a quebra da confidencialidade dos dados de questionários e filmagens para que esses riscos sejam minimizados todo o material resultante das coletas serão arquivados nas respectivas instituições parceiras do estudo e as filmagens armazenadas em computadores "Servidores" específicos para fins da pesquisa instalados nas IES participantes.

Benefícios:

O benefício direto será o crescimento de competências em habilidade de comunicação para os participantes, que receberão feedback do seu desempenho. Como benefício indireto, a possibilidade de aprimoramento dessa estratégia de capacitação permitirá melhoria no desenvolvimento da habilidade de comunicação e empatia, contribuindo para a formação de profissional de saúde mais preparado para o atendimento das pessoas.

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

Bairro: NAZARÉ

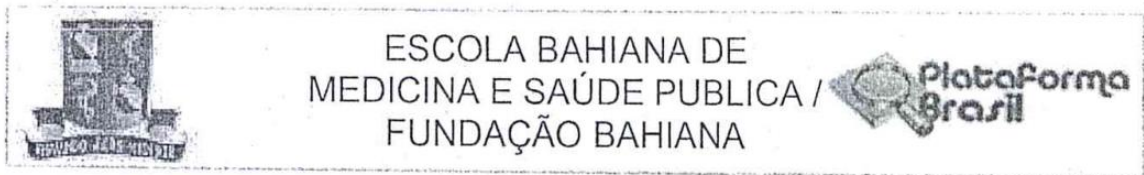
CEP: 40.050-420

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 803.895

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo prospectivo e analítico, com utilização de escalas padronizadas, com desenho de estudo controlado antes e depois da estratégia a ser testada. As estratégias de capacitação serão avaliadas pelos estudantes/participantes da pesquisa, estudantes/atores, equipe executora e professores das áreas correlatas, com aplicação de questionários, com perguntas objetivas e abertas, que terão tratamento qualitativo (análise do conteúdo). O projeto envolverá quatro etapas. Na primeira etapa será avaliado o nível de empatia de uma amostra de alunos de cada uma das escolas médicas participantes. Na segunda, serão avaliadas as habilidades de comunicação de um percentual de alunos que participou da primeira etapa. Na terceira, os alunos, participantes da segunda etapa, farão parte de um curso de capacitação para a aquisição e/ou desenvolvimento de habilidades de comunicação. Na quarta e última fase, estes mesmos alunos serão novamente submetidos às mesmas avaliações iniciais, empatia e habilidades de comunicação, para análise da efetividade do curso de capacitação. Todas as etapas serão seguidas de avaliação dos estudantes/participantes, estudantes/atores, equipe executora e professores de disciplinas correlacionadas com o tema. Cada escola selecionará, mediante sorteio, 80 alunos da amostra que participou da primeira etapa do estudo, sendo 20 de cada semestre/ano previamente determinado (primeiro semestre do primeiro, terceiro, quinto e quarto ano do curso de graduação). Estes alunos serão convidados a participar de consultas médicas simuladas, nas quais suas habilidades de comunicação serão avaliadas. Para realizar a avaliação das habilidades de comunicação as consultas serão filmadas. Serão instalados equipamentos de áudio e vídeo nas salas onde os estudantes irão atuar como médicos, interagindo com pacientes simulados. A instalação será realizada de forma a permitir a filmagem sem a presença de uma terceira pessoa na sala. Como referencial teórico para avaliar as habilidades de comunicação, serão adotados pressupostos do modelo de consulta centrado no paciente. Para facilitar a observação das filmagens, será utilizado roteiro elaborado pelas pesquisadoras, com base no guia de consulta do "Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills". Como estudantes, em diferentes níveis de aprendizado, participarão do estudo, as situações propostas em cada consulta simulada, serão elaboradas com o objetivo de avaliar habilidades de comunicação referentes a três categorias gerais: (1) estabelecimento de vínculo; (2) coleta de informações e (3) envolvimento do paciente no processo da consulta. Cada estudante atuará em duas consultas simuladas. Em cada consulta, o estudante terá uma tarefa diferente e um tempo pré-determinado (dez minutos) para executá-la. Antes de entrar na sala preparada para a consulta, ele receberá, por escrito, o contexto da situação e sua tarefa.

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

Bairro: NAZARÉ

CEP: 40.050-420

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 803.895

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada;
- Descreve riscos e benefícios;
- Cronograma fora da ordem cronológica, apesar de constar todas as etapas;
- Orçamento: adequado;
- TCLE do professor: adequado;
- TCLE do aluno/ ator: adequado;
- TCLE do aluno participante: adequado;
- Carta de anuência: a pesquisadora não apresentou cartas de anuência das Instituições participantes (UNEB e UFBA), entretanto compromete-se a só iniciar a pesquisa nessas Instituições após apresentação das cartas à esse CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa bastante relevante e importante para a formação médica, pesquisador apresentou as adequações solicitadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador. Tendo sido sanadas as pendências anteriormente assinaladas e, estando de acordo com a Res. 466/12 do CNS o projeto encontra-se exequível.

XI ¿ DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

Bairro: NAZARÉ

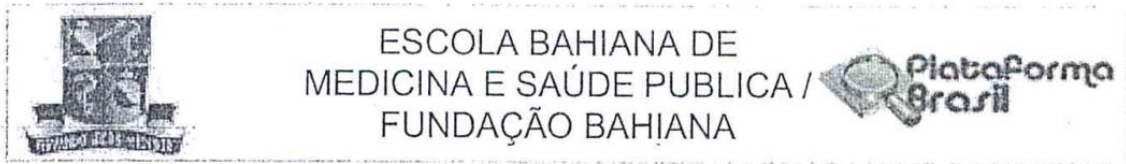
CEP: 40.050-420

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 803.895

responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

SALVADOR, 24 de Setembro de 2014

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador)

Endereço: RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.
Bairro: NAZARÉ CEP: 40.050-420
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-2944 E-mail: cep@bahiana.edu.br

EMENDA DE PROJETO AO CEP

A Emenda ao projeto, **Análise de estratégia para desenvolvimento de habilidade de comunicação na formação de profissionais na área da saúde**, obedece à determinação da NORMA OPERACIONAL Nº 001/2013 do CNS-MS, no capítulo 2. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO SISTEMA CEP/CONEP no item H que trata da “tramitação das emendas e extensões” que considera que:

Emenda é toda proposta de modificação ao projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou. As emendas devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas. A emenda será analisada pelas instâncias de sua aprovação final (CEP e/ou CONEP).

O projeto acima referido

(CAAE 33098314.4.0000.5544) foi aprovado em novembro de 2014. Foi submetido a edital da FAPESB e envolveria a UFBA e UNEB. Por não ter sido contemplado com o financiamento, não foi iniciado de acordo com o cronograma previsto.

Atualmente o projeto será desenvolvido como projeto de mestrado em Tecnologias em Saúde. As mudanças abaixo listadas decorrem de adaptações necessárias relacionadas a limitações financeiras. Incluído subtítulo para explicitar foco da pesquisa para alunos de medicina da EBMSP em estratégia específica de comunicação de más notícias.

- 1) Aplicação apenas no âmbito da EBMSP, em estudantes do curso de medicina
- 2) Inclusão de subtítulo explicativo.
- 3) Realizados ainda pequenos ajustes no projeto para adequá-lo à emenda proposta, focada apenas aos estudantes de medicina da EBMSP
- 4) Mudança do cronograma (apresentado abaixo)

As demais etapas de aplicação de estratégia para o desenvolvimento de habilidade de comunicação e avaliação dessa habilidade, antes e após a capacitação, foram mantidas e deverão seguir novo cronograma.

Atualização do cronograma do projeto

ETAPA	INICIO	TÉRMINO
Sensibilização e convite para participação no estudo	18/07/16	25/07/16
Capacitações e avaliações para coleta de dados	06/08/16	11/11/16
Análise dos dados - resultados	02/11/16	03/06/17

Redação da dissertação e artigo	04/06/17	04/12/17
Relatório parcial	18/07/17	
Relatório final	03/03/18	