



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

MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL PARA COMUNICAÇÃO
DE MÁS NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS**

TESE DE DOUTORADO

Salvador – Bahia
2022

MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL PARA COMUNICAÇÃO
DE MÁS NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Silva Menezes
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mary Gomes

Salvador – Bahia
2022

MÔNICA DA CUNHA OLIVEIRA

**“PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL PARA
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS”**

Tese apresentada a Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial à obtenção do Título
de Doutora em Medicina e Saúde
Humana.

Salvador, de de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Suely Grosseman
Doutora em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC

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

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

Prof^a. Dr^a. Maria Constança Velloso Cajado
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Prof^a. Dr^a. Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues
Doutora em Concentração Gênero, Cuidado e Administração Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

RESUMO

Introdução: A presente pesquisa propõe acompanhar e avaliar a aplicação de um programa de ensino-aprendizagem que tem como base simulações orientadas pelo *Protocolo SPIKES*. Proposta frente à necessidade de implementação de iniciativas educativas no que tange ao desenvolvimento das habilidades de comunicação do profissional médico para as situações de comunicação de más notícias aos pacientes e aos seus familiares. **Objetivos:** Avaliar a aplicação de um programa de ensino-aprendizagem de desenvolvimento para comunicação de más notícias para estudantes de medicina a partir do ciclo básico e pré-clínico. **Métodos:** Trata-se de um estudo misto, quasi experimental, tipo antes e depois e qualitativo exploratório, composto por 3 etapas: 1) Capacitação em Comunicação de Más Notícias e aplicação do Protocolo SPIKES; 2) Feedback e análise da retenção tardia do processo de ensino-aprendizagem da primeira etapa; 3) Avaliação da habilidade de comunicação de más notícias no OSCE. Foram utilizadas as seguintes metodologias ativas com abordagens de técnicas: *role play*, *feedback*, reflexão e vídeo gravação, simulação com cenários de drama e OSCE. **Resultados:** A intervenção realizada na ETAPA 1, com consultas simuladas e aplicação do Protocolo SPIKES, apresentou, sob a perspectiva dos estudantes, evidências de efetividade a curto prazo, que consideraram uma oportunidade de aprendizagem para comunicação enquanto um futuro profissional médico. Foi observado uma melhora no nervosismo e na insegurança dos estudantes, com maior presença de tranquilidade e segurança após a capacitação. Na ETAPA 2, realizada 1 ano após a capacitação, foi utilizado o *feedback* com vídeo-gravação, em que os estudantes apresentaram evidências de assimilação do sentido de aprendizado, apesar da não memorização das etapas do protocolo. Na ETAPA 3, quando comparado os alunos que foram submetidos a capacitação na primeira etapa, com os estudantes que não participaram da capacitação foi identificado que não houve diferença estatística na habilidade de comunicação avaliada na estação do OSCE. **Conclusões:** Conclui-se que o programa de ensino-aprendizagem de desenvolvimento para comunicação de más notícias avaliado nesta pesquisa teve papel importante no ensino de habilidades de comunicação, melhorando o conhecimento e aptidão do estudante de medicina. Evidenciou-se que a educação em comunicação no curso de medicina é ainda insuficiente, portanto, sugere-se a adoção de diretrizes e protocolos voltados para o desenvolvimento das habilidades de comunicação de forma permanente no ensino médico.

Palavras-chave: Educação médica; Comunicação médica; Graduação Medicina; SPIKES; OSCE.

ABSTRACT

Introduction: This research proposes a follow-up of training, reflection and application of the SPIKES Protocol for delivering bad news over the years 2016, 2017 and 2019 in a class of Medicine at the Bahia School of Medicine and Public Health in city of Salvador-BA. The SPIKES Protocol, developed by Bailey and Buckman (2000). **Objectives:** To evaluate a training program for the development of bad news communication skills for medical students. **Materials and methods:** A combination of active psychodrama methods with technical approaches such as role play, feedback with reflection and video recording, simulation with drama scenarios and OSCE was used. **Results:** The strategy used in STAGE 1, with psychodrama simulation to develop bad news communication skills, showed evidence of short-term effectiveness, from the perspective of students, considering that the recognition of the learning opportunity of competence for the future medical professional was present in the testimony of MS and PS students. In STAGE 2, in which feedback with recording was used, students showed evidence of assimilation of the meaning of learning despite not memorizing the steps of the protocol after 1 year of training, which allowed the observation of the interaction between the system and the world of life. with a view to promoting a true communicative action., The observed results were confirmed in STAGE 3, when verifying that the simulation process involved in the strategy with OSCE had an evaluative role not only for the medical students undergoing the exam, but also reflective and, therefore, educational, both for student-patients and for student-physicians. **Conclusions:** It is noteworthy that the combination process of active methods for simulation, during the medical course, suggests an important role in the teaching of communication skills.

Keywords: Medical education; Medical communication; Graduation Medicine; SPIKES; OSCE.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” – Paulo Freire, em “Pedagogia do oprimido” (1987)

AGRADECIMENTOS

Sozinha não seria possível chegar até aqui, por isso, sou grata:

A Dra Marta Silva Menezes por me guiar neste percurso da educação médica.

A Dra Mary Gomes a coorientadora desta pesquisa, pelas orientações e parceria.

As Dra. Sueli Grosseman e Dra. Lisia Marcílio Rabelo pela leitura cuidadosa e contribuições generosas.

Aos estudantes participantes da pesquisa, pelo tempo doado e a experiência compartilhada – aprendemos muito juntos!

A Escola Bahiana de Medicina em Saúde Pública agradeço o apoio financeiro da bolsa; e, especialmente a Prof Ana Verônica M. Batista , por gentilmente acolher a pesquisa nos espaços da Instituição sempre que necessário.

Agradeço ainda aos membros do grupo de pesquisa “Pró ensino em saúde”, especialmente a Dilton Mendonça, Carol Villa Nova Aguiar e Yasmin Oliveira, pelas sugestões, trocas e aprofundamentos.

Por fim, minha gratidão a todos e todas colegas de doutorado que durante essa trajetória me auxiliaram nas discussões teóricas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Descrição das etapas do estudo.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias temáticas, subcategorias e unidades de registro (URs) que emergiram das respostas dos estudantes, que atuaram como médicos simulados (MS), ao questionamento: “Como foi a experiência com a consulta?”, após a 1ª e 2ª consulta simulada. Agosto, 2016. Salvador-BA.	31
Tabela 2 – Categorias temáticas, subcategorias e unidades de registro (UR) que emergiram das respostas dos estudantes, que atuaram como pacientes simulados (PS), ao questionamento: “Como foi a experiência com a consulta?”, após a 1ª e 2ª consulta simulada. Agosto, 2016. Salvador-BA.	31
Tabela 3 – URs das Categorias Temáticas Emergidas dos Questionamentos Relacionados ao Conhecimento sobre o Protocolo SPIKES, um ano após intervenção. Agosto, 2017. Salvador - BA.	36
Tabela 4 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para o conjunto dos estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e que participaram dessa fase do estudo. Dezembro, 2019. Salvador-BA.	44
Tabela 5 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para os estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e participaram do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias realizado em 2016 (Grupo Teste). Dezembro, 2019. Salvador-BA.	45
Tabela 6 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para os estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e que não participaram do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias realizado em 2016 (Grupo Controle). Dezembro, 2019. Salvador-BA.	45
Tabela 7 - Média nos itens do checklist sobre a comunicação adequada da nota dos avaliadores para os estudantes do grupo teste e controle sobre, baseados no protocolo SPIKES. Dezembro, 2019. Salvador-BA.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCN	Diretriz Curricular Nacional
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
MS	Médico Simulado
PS	Paciente Simulado
OSCE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TBL	Team Based Learn
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidades de Registro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4 MÉTODOS.....	25
4.1 Desenho do estudo.....	25
4.2 População-alvo e local do estudo.....	25
4.4 Coleta de dados.....	27
4.5 Análise de dados.....	29
4.5.1 Análise qualitativa.....	29
4.5.1 Análise quantitativa.....	29
4.4 Aspectos éticos.....	29
5 RESULTADOS.....	31
5.1 Resultados da 1ª Etapa – Capacitação em Comunicação de Más Notícias.....	31
5.1.1 Sentimentos e Emoções.....	32
5.1.1.1 Nervosismo/insegurança.....	32
5.1.1.2 Tranquilidade/segurança.....	32
5.1.1.3 Mobilização emocional.....	33
5.1.2 Percepção Sobre o Processo Educacional.....	33
5.1.2.1 Percepção dos estudantes que participaram do programa (MS).....	33
5.1.2.2 Percepção dos estudantes que participaram como pacientes simulados (PS) sobre os estudantes que participaram do encontro (MS).....	34
5.2 Resultados da 2ª Etapa – Feedback e prática reflexiva.....	35
5.2.1 Não Lembra do Acróstico.....	36
5.2.2 Lembra o sentido.....	36
5.2.3 Aplicação Adaptada.....	37
5.2.4 Reflexão sobre Atitude.....	38
5.2.5 Aprendizagem Técnica.....	39
5.2.6 Aprendizagem Significativa.....	39
5.2.7 Aprendizagem Reflexiva.....	40
5.2.8 Crítica à Descontinuidade.....	41
5.2.9 Críticas a Dinâmica.....	42
5.2.9.1 Alunos como atores.....	42
5.2.9.2 Crítica-padronização de Atores.....	42
5.2.9.3 Crítica à Gravação.....	42
5.2.10 Sem Crítica ou Sugestão.....	43
5.3 Resultados da 3ª Etapa – Avaliação do preparo para comunicação de más notícias no OSCE.....	43
6 DISCUSSÃO.....	47
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	58
8 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	68
ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é uma habilidade fundamental e cotidiana para a interação entre médico e paciente e acarreta benefícios para ambos (1). Em relação ao paciente, promove maior confiança no profissional de saúde, torna-o ativo no conhecimento da sua doença, favorece a satisfação com a consulta e o reconhecimento do cuidado e, como consequência, proporciona maior adesão ao tratamento (2,3) No que tange ao médico, este adquire maior autoconfiança, diminui o estresse e a ansiedade(4), promove maior satisfação pessoal, facilita a compreensão das perspectivas e sentimentos do paciente, podendo, assim, culminar numa melhor inter-relação com o mesmo.(5)

De acordo o artigo 34 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.(6)

Apesar de frequentemente se depararem com circunstâncias em que há necessidade de revelar uma má notícia, a falta de um treinamento adequado dos médicos para realizá-la pode acarretar em uma comunicação deficiente, com informações dadas de maneira abrupta aos pacientes e familiares, tendo como consequências: erros na compreensão da doença, dificuldades em compreender os prognósticos, dificuldades de percepção das expectativas do paciente em relação ao planejamento do tratamento. Tais aspectos promovem sofrimento e desgastes na relação entre pacientes e profissionais de saúde. Alternativamente, evidências suportam que quando se compartilha com o paciente o diagnóstico, prognóstico e terapêutica de forma eficiente aumenta-se a corresponsabilidade entre ele e o médico, gerando respeito ao sujeito que, mesmo estando doente, é capaz e independente. Dessa forma, se favorece a autonomia do paciente. (7)

A transmissão de más notícias continua, assim, a ser uma área de grande dificuldade nas relações entre profissional de saúde, o paciente adoecido e os familiares. Isso porque fornecer esse tipo de informação promove desconforto ao profissional de saúde, configurando um momento em que pode haver receio de enfrentar as reações emocionais.(5) Também gera sofrimento para quem recebe tais notícias e pode impactar negativamente na perspectiva de futuro das pessoas envolvidas uma vez que, na maioria das vezes, determina mudanças definitivas na qualidade de vida destas (8). Apesar disso, se observa que a abordagem desta habilidade tem sido limitada no ensino da graduação médica. (9,10)

Tradicionalmente, os estudantes de medicina adquirem esta habilidade de maneira informal e pouco estruturada através da observação direta de seus mentores e do acompanhamento na prática clínica, o que pode se desdobrar em um resultado bem-sucedido ou traumático pelo fato de o profissional não estar devidamente preparado. (11,12) Estudos demonstram que, com frequência, esses estudantes não se sentem preparados para comunicar as más notícias em situações clínicas difíceis e no final da vida de seus pacientes. (13,14)

Frente a esse contexto, evidências apontam que a habilidade de comunicar más notícias deve ser ensinada com base em um fundamento teórico e que ela requer treino, supervisão e *feedback* adequados. Nesse sentido, sua transmissão deve ser considerada da mesma forma que são feitas as demais habilidades técnicas necessárias no âmbito médico-assistencial.(11,12)

A comunicação é o que nos torna verdadeiramente humanos. Crescemos e nos reconhecemos através da linguagem e de suas formas que podem ser, entre outras, oral, gestual e escrita. Por meio destas se expressam os contextos de vida e se abrem possibilidades para a formação de relações, vínculos e consciência sobre a experiência e suas possibilidades.(15,16)

A comunicação se dá dentro e através de nós, quando vivenciamos e conseguimos expressar e relatar quem somos. Esse processo, que se inicia nos primeiros anos de vida, se desdobra ao longo de nossas histórias e vai se fortalecendo durante a constituição da individualidade, influenciando na forma como reconhecemos o nosso percurso vivido e o compartilhamos nos momentos de troca e do linguajar. Nesses encontros, seremos ou não reconhecidos enquanto sujeitos a partir de relações dialógicas em que somos ouvidos, acolhidos e incluídos.(17)

Para Humberto Maturana o *linguajar* é a possibilidade de coordenação de condutas através da linguagem e esse processo se dá por nos colocarmos, nessas atuações, de forma congruente com as situações apresentadas. A linguagem, assim ajustada, vai direcionar para um emocionar-se que, expresso por atitudes e comportamentos, permite um dialogar de maneira a produzir relações de entendimento e de trocas efetivas entre distintas realidades.(16)

No contexto dessas diferentes relações, é importante pensar naquelas que ocorrem entre os profissionais de saúde com os pacientes e familiares. Esses profissionais, que trazem em si o desejo de cuidar e precisam estar com o outro ao longo dos ciclos naturais de desenvolvimento da vida e nos momentos de adoecimentos, perdas e mortes, precisam atuar de maneira eficaz, construindo diálogo e troca de saberes em momentos que são importantes

para aqueles que sofrem. Para este propósito, precisam ser capacitados para esse diálogo, como meio fundamental para cuidar de toda expressão de vida. Cuidado este que só pode se realizar plenamente se aprenderem a refletir e aceitar o outro com solidariedade, empatia e respeito.(18)

A pessoa em cuidado, por sua vez, é um ser ativo e livre até o momento da crise ou adoecimento. Ela construiu um mundo com suas crenças e valores através de estruturas sociais, culturais, momentos históricos e familiares, e possui um corpo de práticas e atitudes que precisa ser reconhecido e valorizado por quem se propõe a cuidar. Nesse contexto, os médicos e profissionais de saúde não podem ficar atentos apenas às informações técnicas e especializadas. Se faz necessário, também, uma comunicação verdadeira, onde o mundo do indivíduo possa ser incluído no diálogo em toda sua multidimensionalidade: biológica, emocional, cultural, familiar, social e espiritual. Esse diálogo é aqui entendido como a chance da pessoa em cuidado transcender a sua realidade, por meio de ações criativas e esclarecidas que favoreçam o cuidado da sua saúde, de seus familiares, do seu contexto de vida e ambiente.(19)

Todos esses questionamentos relacionados à comunicação no contexto das práticas em saúde não são tão recentes e já têm sido debatidos e trazidos à formação médica desde a reforma sanitária na década de 1970, por meio de um movimento que incluiu os segmentos populares, movimentos sociais, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde. Este movimento representou o nascedouro do conceito de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988), além de princípio legítimo e integrativo da sociedade, o que acabou por permitir a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que tem como princípios básicos a universalidade, integralidade e equidade.(15,20)

Essa construção coletiva, a que se propõe o Sistema Único de Saúde, reforça a concepção do conhecimento como algo que pode incluir, para além do saber científico, aqueles do senso comum, filosóficos e espirituais. Cada um desses conhecimentos deve ser utilizado pelos profissionais de saúde em momento apropriado para a construção de uma relação de diálogo e formação de suporte nos momentos de transmissão de comunicações complexas e notícias difíceis.(15,21)

Do ponto de vista educacional, que interessa mais especificamente a esse trabalho, é importante considerar que as habilidades para uma comunicação relacional efetiva e competente decorrem de uma construção sempre localizada em um dado momento social, histórico e cultural, portanto inacabada.(22,23) Cabe, assim, àqueles que se propõem à tarefa

de colaborar com a formação dos médicos e profissionais de saúde, uma reflexão constante e questionadora, na sua práxis, de tudo o que se refere ao processo de ensino-aprendizagem, incluindo, especialmente, a comunicação – seja nas suas diferentes formas, seja em seus impactos no resultado da formação do discente e, conseqüentemente, na do futuro profissional.(24)

Todo esse processo, se bem vivenciado na experiência nos cursos da área de saúde, vai permitir uma prática profissional humanizada, garantindo ao estudante habilidades para se deslocar do seu contexto de vida, o que se desdobrará em atitudes como perceber, escutar, admirar e respeitar realidades distintas da sua própria. Dessa forma, o ensino em comunicação médica deve propor uma ação e reflexão que possa reconhecer vulnerabilidades estruturais ou momentâneas frente ao que se apresenta durante o ato profissional. A adequação e as habilidades em comunicação são necessárias, assim, para que o profissional também possa atuar de modo a minimizar e não ampliar as iniquidades sociais em nosso país.(25)

Neste contexto, a temática da comunicação de más notícias, principalmente aquelas relativas a adoecimentos muito graves e também a morte, desafiam profundamente aos educadores.(20) O processo de ensino-aprendizagem não reflete a discussão sobre pacientes em processo de envelhecimento e suas conseqüentes perdas com inúmeras doenças crônicas e os processos envolvidos com a morte e o morrer. Os mecanismos de negação da morte são culturais em nosso país e no mundo ocidental. Não seria diferente dentro dos cursos de medicina, os temas da morte e da iminência da mesma, os dramas envolvendo as más notícias ficam postergados, no processo de aprendizado, aos semestres clínicos e ao internato, geralmente ocorrendo de forma acidental, favorecendo que ocorra o silenciamento do tema nos currículos(18).

Frente a importância da aprendizagem sobre como comunicar más notícias, a presente pesquisa propõe um programa de ensino de habilidades de comunicação utilizando o *Protocolo SPIKES* para a comunicação de más notícias ao longo dos anos de 2016, 2017 e 2019 em uma turma do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública na cidade de Salvador - BA. O *Protocolo SPIKES*, elaborado por Baile e Buckman (2000), propõe um passo-a-passo que tem como objetivo mediar o diálogo entre os profissionais de saúde e seus pacientes e familiares no momento da comunicação de más notícias, momento este em que dificuldades muitas vezes se colocam para ambos os polos dessa comunicação.(26–28)

A escolha desse protocolo, na presente pesquisa, se deu pela sua abrangência, que abriga variadas aplicabilidades enquanto roteiro, tais como: para comunicar notícias nesse

período de pandemia do SARS-COV-2; nos atendimentos de emergência; na doação de órgãos; no contexto dos acidentes com lesões neurológicas, sem possibilidades de recuperação; na comunicação da morte de um feto para um casal grávido; nas doenças terminais oncológicas ; entre outras.(29,30) Além disso, destaca-se o uso desse protocolo em contextos de ensino culturalmente distintos, com uso em Faculdades de Medicina em vários continentes.(31,32) Em todos estes contextos, o protocolo SPIKES vem sendo aplicado no ensino de habilidades de transmissão de más notícias para estudantes de medicina.(18,21-22,25)

Ao longo desse estudo se tentou responder ao seguinte questionamento: o que acontece se favorecemos ao estudante de medicina um processo de capacitação para a comunicação de más notícias, a partir dos ciclos básico e pré-clínico, portanto antes do internato e residência, tendo como base simulações orientadas pelo *Protocolo SPIKES*? O presente trabalho justifica-se, assim, de modo mais geral, frente à necessidade de implementação de iniciativas educativas no que tange ao desenvolvimento das habilidades de comunicação dos profissionais de saúde desde os seus primeiros semestres de formação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar um programa de ensino-aprendizagem de desenvolvimento para comunicação de más notícias para estudantes de medicina a partir do ciclo básico e pré-clínico.

2.2 Específicos

- Identificar e avaliar a percepção dos estudantes de medicina que atuaram como médicos simulados em vivência de atendimento simulado, na fase pré-clínica, antes e depois da capacitação para comunicação de más notícias, utilizando o protocolo SPIKES.
- Descrever e analisar a percepção de estudantes que atuaram como pacientes simulados em vivência de atendimento simulado, antes e depois da capacitação para comunicação de más notícias, utilizando o protocolo SPIKES.
- Verificar a retenção tardia do conhecimento nos estudantes que atuaram como médicos simulados, após um ano da experiência da capacitação com o protocolo SPIKES e vivência em atendimentos simulados.
- Verificar a percepção e oportunidades de aplicação de habilidades de comunicação pelos estudantes que participaram como médicos simulados de simulação e capacitação sobre o protocolo SPIKES após um ano.
- Avaliar a habilidade de comunicação em alunos do 10º semestre, submetidos à estação de comunicação de más notícias, em processo avaliativo de Exame Clínico Objetivo Estruturado - OSCE.
- Comparar a habilidade de comunicação de más notícias em estudantes que atuaram como médicos simulados em capacitação com protocolo SPIKES na fase pré-clínica, com estudantes não submetidos à capacitação, em estação de avaliação do OSCE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Ensino de Graduação em Medicina, homologadas em 2001, definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, e determinam o ensino das habilidades de comunicação com objetivo de dotar o profissional de conhecimentos que envolvem a comunicação verbal e não verbal e o domínio de tecnologias de comunicação e informação.(33)

Apesar da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais representarem um progresso para a educação médica em relação às habilidades de comunicação, a pesquisa comparativa “Potencialidades no Ensino-Aprendizagem da Comunicação Médico-Paciente em Três Escolas Brasileira, Espanhola e Holandesa” de 2013, indica que, na prática, o ensino da comunicação nas escolas médicas brasileiras estudadas não se dá de forma sistemática, se limitando a experiências pontuais, sem haver, muitas vezes, sequer um conteúdo de comunicação inserido no currículo formal. Os autores defendem a importância de que todas as escolas médicas tenham um programa curricular de comunicação médico-paciente, mas também apontam como fundamental que este ensino não seja visto apenas como a transmissão de técnicas a serem aplicadas – deve-se buscar a construção de um ambiente de ensino com relacionamentos dialógicos e reflexivos com o professor, com a comunidade e com a equipe, e em que se considerem, ainda, diversos fatores determinantes da situação, do processo saúde-doença do paciente e do ambiente em que a comunicação ocorre.(34)

Em consonância com o pensamento acima, as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, atualizadas em 2014, ampliaram a compreensão da comunicação entre o médico e a pessoa sob cuidado, passando a abarcar nesta relação outros atores, como usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais. O inciso VII do artigo 5 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) recomenda, em seu Art. 5º que, na Atenção à Saúde, o estudante seja formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e outros âmbitos que compõem o espectro da diversidade humana que particularizam cada pessoa ou grupo social. Para tanto, no inciso VII, prevê a utilização da comunicação com base na empatia, sensibilidade e interesse, por intermédio da linguagem verbal e não verbal, na relação estabelecida com os usuários, familiares, comunidades e membros das equipes de saúde. Ainda segundo o inciso,

essa comunicação deve preservar a confidencialidade, promovendo a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa que está sendo cuidada. (35)

Tendo como perspectiva fornecer subsídios para aprimorar o ensino das habilidades que dizem respeito à relação médico-paciente durante o curso de Medicina, várias estratégias têm sido desenvolvidas, aplicadas e estudadas. Considerando a importância de aprofundar o tema e desenvolver processos de ensino-aprendizagem capazes de aprimorar tais habilidades, em especial, a capacidade de escuta qualificada do profissional de saúde, pesquisas apontam para necessidade de se implementar treinamentos específicos em habilidades de comunicação e de se criar novos espaços para reflexão mediados por professores ao longo do curso, onde os estudantes possam discutir seus aprendizados, relacionamentos e sentimentos. É importante salientar que a criação desses espaços de debate, reflexão, crítica e troca subjetiva ao longo de toda formação pode viabilizar um ensino que, de fato, leva em consideração os aspectos que compõem o espectro da diversidade humana, respeitando as singularidades de cada pessoa, grupo social e cultural. (36)

No espectro das diferentes experiências de inserção do ensino de tais habilidades de comunicação na estrutura curricular médica(38), variadas estratégias de educação para estudantes de medicina têm sido utilizadas, as quais incluem: palestras, práticas de atuação individuais ou em grupo com pacientes simulados, encenações, aulas didáticas e discussões em grupo(9). Estudo demonstra que essas intervenções têm apresentado um impacto positivo na autoconfiança e conhecimento dos graduandos(37).

Contudo, Denniston, et al. (2017) apontam que, embora a comunicação já venha sendo considerada como condição indispensável na qualidade dos cuidados em saúde, e que tenha crescido o número de pesquisas sobre habilidades de comunicação nos últimos vinte anos – com implementação de modelos e programas de habilidade na formação médica –, este ainda não é um ensino considerado rotineiro nos programas de formação dos profissionais de saúde.(22,38)

Um dos Protocolos de comunicação de más notícias desenvolvidos e investigados nos últimos anos é o Protocolo SPIKES. A origem deste se localiza em 1992, quando um de seus criadores, Buckman, publica seu primeiro artigo, intitulado *How to break bad News: a guide for health care professionals.*(27) A partir de suas experiências como médico oncologista e educador, o autor já apontava, naquele momento, a importância de uma comunicação dialógica e empática ao revelar a verdade aos pacientes, contrariando, assim, a lógica presente nas décadas anteriores (anos 1960/70/80), que era a de não revelar os diagnósticos de câncer ou de outras doenças com prognóstico reservado aos pacientes.

Posteriormente, Buckman se reuniria a Baile, no Congresso Canadá-EUA de Oncologia ocorrido em 1998, para pesquisar a percepção entre os pares sobre quais seriam as tarefas mais difíceis e desafiantes na profissão. Apesar de uma especialidade médica que envolve dedicação com alta complexidade, entre procedimentos cirúrgicos, estudos e o emprego de drogas sofisticadas para os tratamentos, os resultados dessa investigação apontaram que dar más notícias era percebido como um dos maiores desafios pelos sujeitos pesquisados.

A partir dessa experiência, os autores desenvolveram e publicaram, em 2000, o *Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias*, voltado mais especificamente para o trabalho dos médicos oncologistas nas diversas circunstâncias vividas por estes durante o tratamento de seus pacientes: desde o momento do diagnóstico, passando pela necessidade de indicação de complexas e grandes cirurgias, até o encaminhamento para cuidados paliativos.(26) No entanto, apesar dessa designação original, o *Protocolo SPIKES* tem se mostrado, desde então, aplicável a diferentes contextos em que notícias difíceis precisam ser comunicadas pelos médicos a seus pacientes e familiares.

Esse protocolo, dividido em seis passos, auxilia a sistematizar como dar más notícias de uma forma mais segura e que se estrutura como um modelo prático, ágil e dinâmico para ser usado pelos profissionais na sua prática diária, apresenta grande potencial didático para o ensino de comunicação de más notícias na graduação médica. Trata-se de um modelo completo para ensinar conceitos sobre comunicação de más notícias em diferentes contextos(39). Seu uso se apresenta, assim, como uma possibilidade concreta de promover a habilidade comunicacional devido a sua simplicidade e eficácia para a capacitação dos estudantes de medicina tanto no âmbito da relação com o paciente como nas discussões sobre diagnóstico, plano terapêutico e outros aspectos subjetivos existentes nos momentos apresentados. (40) Dessa forma, o protocolo busca preencher a lacuna existente, no percurso de formação destes futuros profissionais, entre as obrigações médicas, legais e éticas, de revelar a verdade aos pacientes e seus familiares e a dificuldade em transmitir más notícias.(12,13)

O protocolo SPIKES é composto pelas seguintes etapas:

S- *Setting Up* (Planejando a entrevista): preconiza que é necessário um ambiente físico adequado para receber o paciente. Nesse caso, deve-se buscar um local calmo, com privacidade, solicitar que algum acompanhante esteja presente na consulta se o

paciente desejar, sentar e retirar qualquer barreira entre o médico e paciente, manter contato visual e tocar o paciente. Além disso, nessa etapa o médico pode fazer treino prévio de como irá falar, no qual rever o plano para dar a má notícia e a forma como pode responder às reações emocionais e às perguntas do paciente. (12,41)

P- *Perception* (Avaliando a percepção do paciente): por meio de perguntas abertas, o médico apura o que o paciente acha que é a doença, o que ele pensa sobre isso e o que já foi lhe dito sobre o quadro clínico. Além disso, é importante perceber se o paciente está comprometido com negação da doença, omissão de detalhes médicos desfavoráveis à doença ou expectativas não realistas sobre o tratamento. Tais informações auxiliam o médico a corrigir as desinformações e adaptar a má notícia de acordo com a capacidade de compreensão do paciente. (34,41,42)

I- *Invitation* (Obtendo o convite do paciente): identifica, assim como o segundo passo, por meio de perguntas abertas, se o paciente deseja ter informações detalhadas sobre sua doença ou se prefere que algum familiar converse com o médico e tome as decisões. Dessa forma, se o paciente não deseja saber os detalhes ou não acha adequado o momento, o médico deve-se mostrar solícito para conversar quando o paciente desejar. (12,41)

K- *Knowledge* (Dando conhecimento e informação ao paciente): é a etapa em que a má notícia será de fato transmitida. Para isso, são necessários alguns cuidados: introduzir usando frases que indiquem que virá uma má notícia, pois isso prepara o paciente, utilizar nível de compreensão e vocabulário adequado ao paciente, evitar detalhes desnecessários, perguntar periodicamente se o paciente está compreendendo as informações. (26)

E- *Emotions* (Abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas): corresponde ao momento em se deve responder de forma empática aos sentimentos do paciente e seus familiares. Nesse momento é importante saber lidar com uma reação emocional de cada paciente, que pode ser através do silêncio, choro, negação, raiva, choque, isolamento e dor, além de oferecer apoio e solidariedade ao paciente com uma resposta afetiva. Para prosseguir com a discussão de outras questões é necessário aguardar que a emoção amenize. Caso isso não ocorra em um curto período, deve-se continuar com respostas afetivas até que o paciente se acalme.

S- *Strategy and Summary* (Estratégia e resumo): esta etapa é designada para resumir as principais questões abordadas, apresentar as opções de tratamento e compartilhar a tomada de decisão com os pacientes. Inclui também avaliar o entendimento do

paciente sobre a discussão para que eles compartilhem suas preocupações, angústias e medos e compreendam o propósito do tratamento. (12,43,44)

Do ponto de vista de sua apropriação em variados contextos de ensino-aprendizagem, especialmente por conta de sua flexibilidade e simplicidade na aplicação, se observa que o protocolo SPIKES vem sendo ensinado por meio de associação entre aulas teóricas e atividades práticas. Apesar das aulas expositivas apresentarem os conceitos fundamentais do protocolo e utilizarem, para isso, recursos materiais mínimos, as evidências demonstram que seu uso exclusivo oferece pouca oportunidade de aplicação e que o conteúdo das aulas se distancia da vida prática, além do fato dos alunos terem relatado se sentirem entediados.(22,45,46-48)

Coutinho e Ramessur, por sua vez, que avaliaram o conhecimento dos estudantes em comunicar más notícias utilizando a aula teórica como veículo de aprendizagem, referem que os estudantes ficaram satisfeitos com a apresentação do tema, apesar de desejarem uma abordagem através de diferentes estratégias. Ao fim, concluem seu artigo com a sugestão de abordagens combinadas sobre o tema de aulas teóricas com a prática.(49)

Em um estudo que comparou o ensino por leitura, exposição de vídeo e dicas para comunicação baseado no SPIKES, Schmitz et al dividiram a amostra de alunos (n=104) em três grupos e ensinou com estratégias diferentes os passos do protocolo SPIKES: (a) exemplo baseado em texto, (b) exemplo baseado em vídeo, (c) exemplo baseado em vídeo com dicas. Observou-se que o grupo que usou um vídeo com dicas sobre a Comunicação de Más Notícias obteve melhor resultado.(50) Observou-se que o uso desse recurso ajuda a exemplificar conceitos importantes com maior clareza, ilustra uma variedade de situações, estimula discussões e permite transmitir as informações não verbais com riqueza de detalhes. (51-55) Nesse sentido, a utilização de conteúdos audiovisuais podem servir como maneira de introduzir um tema, provocando inquietude ou curiosidade nos estudantes e possibilitando alguma reflexão.

A prática reflexiva contribui, sobretudo, para compreensão de si mesmo, do outro e da situação apresentada e os contextos de vida. Nessa perspectiva, as chamadas metodologias ativas para educação médica, comprometidas com a humanização e sensibilização para com as emoções dos os sujeitos envolvidos, vem se mostrando um eficaz recurso para o desenvolvimento de atitudes mais adequadas nos momentos de comunicação de más notícias. Sabe-se que a experimentação em ambiente simulado é um importante estimulante para o aprendizado. Para tanto, técnicas facilitadoras do aprendizado vem sendo empregadas, tais

como teatro pedagógico (25), *role play* (42,47,56), *OSCE* (57), simulações com pacientes e médicos simulados (PS-MS) (58) Estas, idealmente, devem ser seguidas por feedback, um instrumento básico do ensino aprendizagem guiado por perguntas norteadoras e empatia, como Ornit Miller sugere. (38)

A estratégia de *feedback*, por sua vez, consiste na discussão em grupo ou individual pós-experiência, durante a qual se conta com o acompanhamento e avaliação de um profissional, o tutor, o que permite discutir o desempenho dos alunos. O uso desta técnica na educação médica tem um papel potente e importante na aprendizagem, uma vez que permite apontar os erros e acertos, incentivando a mudança de comportamento dos estudantes, além de ressaltar as dissonâncias entre o que se pretende ensinar e o que realmente foi assimilado por estes, podendo utilizar questionários como uma forma dos tutores averiguarem se seus objetivos de ensino foram atingidos. (34)

Importante ressaltar que as metodologias ativas são práticas de grande potência para a conscientização, pois possibilitam a aplicação da teoria na prática, colocando o estudante como parte ativa do processo de aprendizagem. Essas vivências reforçam a missão da educação em saúde como algo perpassado pelo auto aprendizado e auto desenvolvimento, tanto para o docente como para o discente. Em consonância com a fundamentação pedagógica para autonomia de Ação-Reflexão, Paulo Freire reforça que “os homens se educam entre si” e assim permitem uma articulação crítica, reflexiva e transformadora. (59)

No ensino de comunicação na educação médica se destacam as metodologias oriundas do Psicodrama e Sociodrama de Jacob Levy Moreno, que, em 1921, desenvolveu diversas técnicas utilizando-se do teatro com fins e efeitos terapêuticos.

De acordo com Kaufman (p.71):

No psicodrama o sujeito da ação é o indivíduo, e no sociodrama é o grupo a coletividade, representante de uma cultura. Entretanto uma mulher que representa uma determinada ação dentro de uma determinada situação é também representativa de um coletivo mais amplo. Ou seja, de todas as mulheres. (25)

Segundo Bonamigo e Destefani (2010) e Engelhorn (2019) o *role play* se apresenta como o tipo de dramatização preferida no ensino médico. Mesmo sendo superior à não intervenção ou a outras estratégias de ensino, é preferível que o *role play* seja associado a outras estratégias aqui já citadas, tais como aulas teóricas e vídeos, e sucedido de discussão, com *feedback* dos orientadores e da avaliação dos próprios estudantes.

No *role-play* se propõe a utilização de um possível evento real, que remete a situações-problema rotineiras na vida profissional, e se determinam papéis para dramatização dos atores envolvidos. Dividida em quatro etapas – definição da situação-problema, construção de ambiente seguro de aprendizagem com um cenário adequado, a condução da situação em si e feedback – este jogo de representação permite que sejam simuladas consultas médicas para que as situações-problemas sejam vivenciadas em um ambiente seguro e sigiloso, de modo que a aprendizagem ocorra antes do encontro real. (42)

Para além das técnicas, o recurso do “jogo de papéis” permite que o estudante de medicina experimente os diferentes aspectos que seu papel profissional exige e ainda exercite sua criatividade. No entanto, sua performance também pode causar ansiedade aos estudantes ao exigir, segundo o autor, por uma maior participação no processo de aprendizagem e por terem que se defrontar com a sua inexperiência profissional, inibição do uso do corpo e da linguagem para algumas dramatizações, e ainda, muitas vezes, lidar com a mobilização de emoções pessoais.(25) O caráter experimental da situação psicodramática torna o processo uma técnica de educação ativa.

Entre as estratégias educacionais, o *role play* entre os estudantes apresenta maior relação custo-efetividade por utilizar recursos humanos do próprio corpo discente com a condução de um tutor, podendo ser realizado sem custos adicionais, como aponta o estudo de Luttenberger *et al.* (41) Os estudos e experiências aqui elencadas figuram diferentes iniciativas cujo objetivo é potencializar o desenvolvimento da comunicação na educação médica, através do uso de técnicas de dramatização, como forma de inverter os papéis e estimular o ensino em grupo.

As discussões em grupos são uma oportunidade de debater conceitos, opiniões, dificuldades e competências, bem como oportunizam uma troca de experiências entre os participantes que, dessa forma, elaboram de forma coletiva táticas para solucionar problemas e transformar realidades. Essa estratégia tem se mostrado especialmente eficiente para trabalhar com estudantes que já obtiveram alguma experiência com a transmissão de más notícias nos ambulatórios ou hospitais, e, portanto, mais adequado para os momentos clínicos, como o do internato.

Uma das aplicações mais antigas do psicodrama no ensino de comunicação médica no Brasil é o Teatro Pedagógico de Kaufman, que baseado em Moreno, desenvolve as habilidades desejadas através de atividades em situações mais semelhantes a vida real e possibilita simular um jogo onde se privilegia o lúdico dentro do contexto de uma entrevista entre médico e paciente. A esse respeito, Kaufman ainda acrescenta que, para a criação da

dramatização é necessário que o graduando tenha uma base de conhecimento prévio para conseguir produzir novas compreensões (11,60) e que o progresso da aprendizagem não aparece no que simplesmente se ouve ou vê, mas naquilo que se pratica. (25)

Rabelo e Garcia trazem o relato da implementação do *role-play* dentro da disciplina de semiologia médica, realizada ainda durante o ciclo básico. Ao extrapolar a teoria, foi proposta uma experiência prática envolvendo encontros simulados entre estudantes que assumiram os papéis de paciente e médico com posterior feedback do tutor. Esta pesquisa se diferencia ainda ao incluir um terceiro elemento, o estudante-observador, que possibilitou trabalhar outras emoções e vínculos, considerando cada sujeito como um ser em relação. (46)

Schildmann *et al.* (2012) investigaram mudanças na comunicação de más notícias antes e depois de um módulo de ensino sobre o tema. Para tanto, foram utilizadas as técnicas de *role-play* com atores e vídeo gravação, bem como foi feita uma comparação entre as duas interações realizadas entre estudantes e pacientes simulados, no início e no final do curso, sendo filmadas e analisadas por avaliadores, intercalando o módulo de ensino sobre más notícias e protocolo SPIKES. A conclusão é que houve uma melhora da competência dos estudantes no encerramento do processo. (61)

Bonnaud-Antignac *et al.* utilizaram as seguintes estratégias: aula teórica, simulação filmada, discussão das dificuldades encontradas e *feedback* com aplicação de questionários no início e após cada sessão. Neste estudo os graduandos relataram um aprendizado mais significativo do entendimento e aplicação do protocolo SPIKES, em que consideraram ter melhorado suas competências em transmitir más notícias e nos quais se sentiram mais autoconfiantes para lidar com situações difíceis.(55) Somente as aulas teóricas foram apontadas pelos alunos como insuficientes.

Bowyer et al. descreveram a experiência da abordagem de realidade mista no ensino de transmissão de más notícias e compararam a aprendizagem com grupos que assistiram vídeo e palestra com e sem dramatização com pacientes padronizados, onde estes se avaliaram e foram avaliados pelos atores, concluindo que a dramatização é uma estratégia válida para o ensino aprendizagem do SPIKES.(59)

Os estudos de Amaral *et al.* e de Franco *et al.* afirmam que a melhor forma de avaliar e ensinar comunicação clínica é pelo *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE).(62) Este exame foi desenvolvido com o intuito de analisar competências necessárias à formação do médico, como conhecimento, cuidado com o paciente e habilidades de comunicação clínica e interpessoal, o que pode resultar em profissionalismo tão desejado em toda formação médica comprometida. (32,46) Como um instrumento amplamente utilizado para avaliação de

competências, o OSCE utiliza de pacientes simulados ou padronizados no ensino e avaliação de habilidades clínicas, com fins a expor os estudantes as mesmas situações problema a partir de situações pré-determinadas por roteiros, em ambiente de simulação realizado com *checklists*, avaliando não somente o conhecimento técnico, mas a atitude ao colocá-lo em prática.

Em contraponto, a dramatização com pacientes simulados ou padronizados exige a contratação e preparação de atores, o que demanda investimento em recursos humanos por parte das instituições e/ou dos pesquisadores. (42,63,64) Além do alto custo de uma robusto esquema operacional, a limitação do tempo de intervenção – que é em média 10 minutos para cada estação -, pode representar um obstáculo na construção de relação médico-paciente efetiva. (46,62)

Westemoreland *et al.* demonstraram a efetividade de uma intervenção educacional baseada na dramatização com OSCE para ensinar estudantes a comunicar más notícias através de role play e com feedback. A pesquisa foi feita em dois anos diferentes (2014 e 2015), no primeiro ano sem capacitação no protocolo SPIKES e no segundo ano com um workshop prévio ao OSCE. Eles constataram que o grupo que recebeu a capacitação teve um resultado melhor. (65,66)

Autores como Luttenberger *et al.*, Santos, Ana Isabel e Mortsiefer *et al.* evidenciam a importância do uso conjunto de estratégias para um melhor aprendizado. Nesse sentido, apontam que seria enriquecedor para o processo de aplicação do protocolo a combinação de técnicas, mesclando, por exemplo, a dramatização com as aulas expositivas, bem como, a realização de grupos de discussão e vídeos educativos, assim como Grupos Focais e OSCE, uma vez que os estudantes, após passarem pela experiência de dar uma má notícia, precisam refletir e compartilhar suas vivências em momentos tão delicados das profissões de saúde como a morte e as doenças graves. (32,67,68)

Já a pesquisa realizada por Jianj, Shi e Cao, sobre a eficácia do uso de dramas com cenários clínicos para ensino de habilidades de comunicação e relacionamento médico-paciente, revelou que os estudantes de medicina acreditam que estes recursos os ajudaram a ganhar mais confiança, entender melhor a relação médico-paciente e aprimorar suas habilidades de comunicação clínica. (32) Na pesquisa em questão, foi aplicada uma ação educacional que mescla diferentes técnicas com objetivo de proporcionar uma aprendizagem reflexiva através de em trabalho colaborativo. (23,45,59)

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo misto, quasi experimental, tipo antes e depois e qualitativo exploratório, composto por 3 etapas. A pesquisadora principal atuou como observadora participante ao longo do tempo em que o estudo foi desenvolvido.

4.2 População-alvo e local do estudo

Participaram do estudo alunos do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em Salvador– Bahia – Brasil. Trata-se de amostra de conveniência.

Na primeira etapa, ocorrido em 2016, dos 100 estudantes que estavam iniciando o 4º semestre, 20 aceitaram participar do estudo. Participaram ainda 20 estudantes do 1º semestre do curso. O convite para participação do estudo foi enviado a todos os alunos dos referidos semestres por e-mail. A aplicação ocorreu na semana que antecedeu o início das atividades acadêmicas.

Na segunda etapa, em 2017, foram convidados os alunos que haviam participado da pesquisa em 2016, quando estavam iniciando o 4º semestre. Cursavam naquele momento o 6º semestre do curso.

Na terceira etapa ocorreu no final do 2019, quando os alunos que participaram da pesquisa em 2016 encontravam-se no 10º semestre do curso. Ao término do 10º semestre, no período do internato médico, todos os alunos são regularmente submetidos a avaliação formativa, o Exame Clínico Objetivo Estruturado – OSCE. Todos os 104 alunos, submetidos ao OSCE no final do 10º semestre em 2019, foram convidados a participar do estudo, 67 concordaram em participar, através da assinatura do TCLE. Nesse grupo, 18 dos 20 estudantes que participaram do 1º momento do estudo, estavam incluídos. Os estudantes que participaram do primeiro momento em 2016 foram designados “grupo teste”. Os demais alunos do grupo foram designados para o “grupo controle”. A escolha foi realizada de forma pareada e aleatória, pela pesquisadora principal, que não participou do processo análise. Como critérios de exclusão foram considerados a não participação no OSCE ou não acesso ao registro eletrônico em vídeo da atuação do estudante na estação.

Foram convidados ainda estudantes (5º e 6º semestres do curso médico) que participaram das estações simuladas.

4.3 Intervenções realizadas

Na primeira etapa, em 2016, foi realizada intervenção educacional para o desenvolvimento de habilidade de comunicação de más notícias a estudantes da fase pré-clínica.

Foi construído situação clínica e cenário de atendimento no ambulatório da instituição, em momento não dedicado ao atendimento de pacientes. Os estudantes do 1º semestre atuaram como pacientes simulados (PS) sendo capacitados para representarem o caso planejado para essa situação (APÊNDICES C e D).

No 4º dia após a primeira consulta simulada os alunos do 4º semestre foram submetidos a atividade educacional. Foi realizada a oficina de treinamento em comunicação de más notícias utilizando o protocolo SPIKES. Utilizada metodologia do *Team Based Learn* (TBL). Essa atividade seguiu as etapas abaixo descritas (APÊNDICES F e G).

- 1) Texto, para leitura, prévia sobre o protocolo SPIKES – 10 minutos;
- 2) Questões de múltipla escolha sobre o tema para resposta individual – 10 minutos;
- 3) Discussão e resposta em grupos – 15 minutos;
- 4) Apresentação e discussão das respostas em grupo – 15 minutos;
- 5) Aplicação em consulta simulada construída pelos grupos de estudantes – 30 minutos.

Após 1 semana da primeira atividade de simulação os alunos voltaram a atuar como médicos simulados, com as mesmas situações vivenciadas inicialmente.

O grupo de estudantes foi apoiado pela equipe de pesquisa, que contava com profissionais capacitados para apoio psicológico aos estudantes, caso necessário. As consultas foram gravadas e reservadas pela pesquisadora principal, para serem apresentadas posteriormente aos estudantes que participaram do estudo.

Na segunda etapa em 2017, os estudantes do 4º semestre, que participaram da ação educacional em 2016, foram convidados pela pesquisadora principal para entrevistas individualizadas. Em seguida os vídeos dos atendimentos simulados, realizados no ano anterior, eram apresentados individualmente a cada estudante pela pesquisadora principal, permitindo reflexão dos estudantes e feedback da pesquisadora. Não houve registro dessa etapa, por ter sido considerada sigilosa e não relacionada com os objetivos desse estudo.

No final de 2019, quando os estudantes do grupo estudado estavam concluindo o 10º semestre, foi aplicada uma estação de comunicação de más notícias, tendo como base o protocolo SPIKES (APÊNDICES L e M). Um grupo de alunos do 5º e 6º semestres foram

capacitados para atuarem como paciente simulado em um cenário hospitalar no OSCE (APÊNDICES J e K).

Todas as participações foram gravadas com a autorização dos estudantes. Tendo sido constituído painel de professores da EBMSp, que avaliaram os vídeos.

4.4 Coleta de dados

Após a 1ª e, também, após a 2ª consulta foi solicitado que os estudantes que participaram dessa etapa do estudo registrassem por escrito as suas impressões respondendo à pergunta- **“Como você se sentiu após a consulta?”**

Na segunda etapa do estudo foram utilizadas, durante as entrevistas, as seguintes perguntas norteadoras:

- 1) O que sabe sobre o protocolo após 1 ano?
- 2) Teve oportunidade de aplicar?
- 3) Como percebe a experiência vivenciada?
- 4) Sugestões/críticas sobre a experiência
- 5) Apresentação do vídeo da consulta simulada realizada em 2016.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

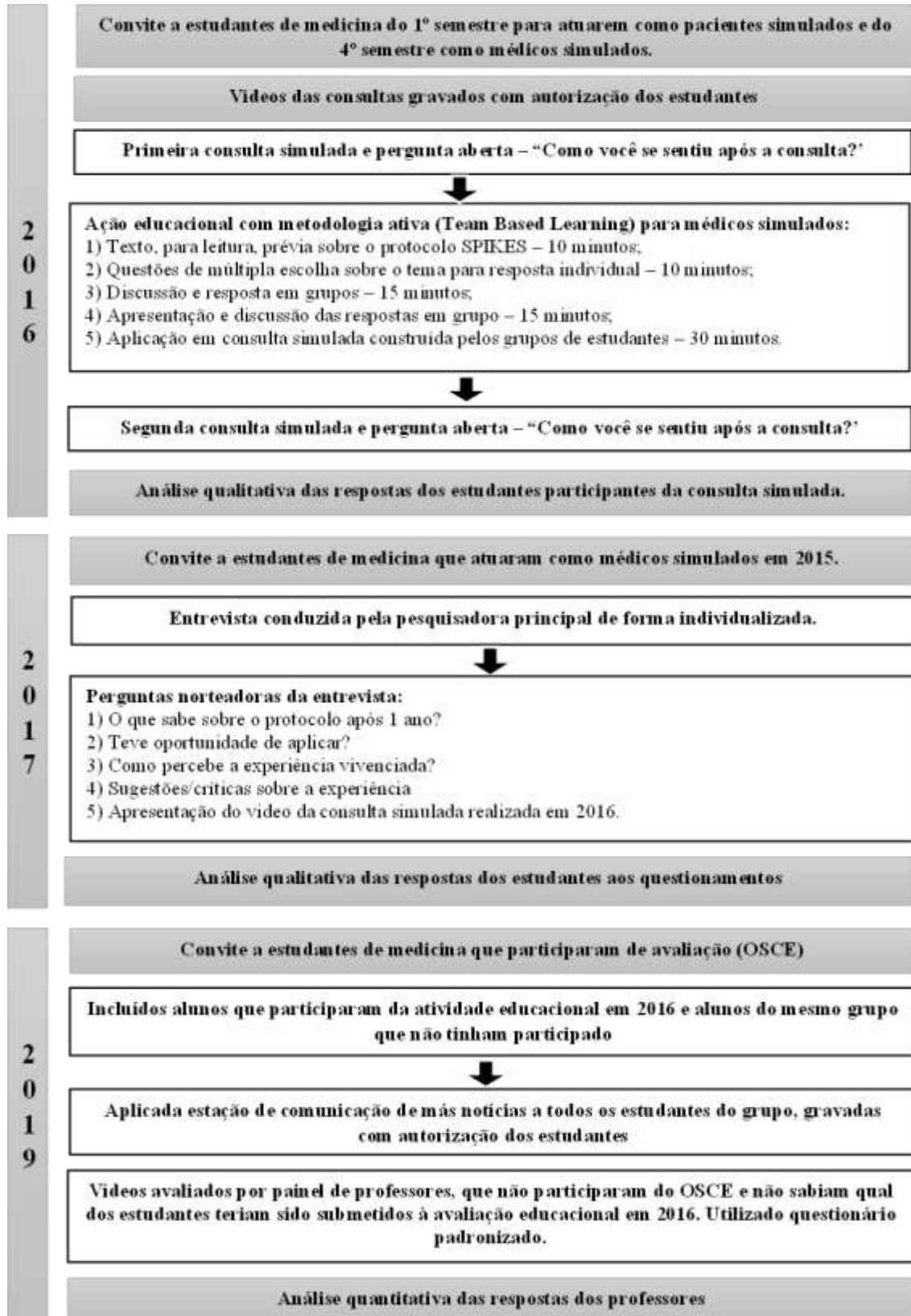
Na terceira etapa, a coleta de dados foi realizada por um painel de professores avaliadores. Foram convidados para participarem como avaliadores professores do curso de medicina da EBMSp, de diferentes áreas de atuação. Apesar de serem professores experientes eles não foram capacitados no protocolo SPIKES. Cada avaliador recebeu de forma cega formulário eletrônico (plataforma *surveymonkey*) questionário (APÊNDICE R), onde era questionado se julgavam que o aluno teria ou não sido submetido à capacitação anteriormente e solicitada a impressão sobre a atuação do estudante.

Com questionário em modelo Likert, abordando itens relacionados com uma boa consulta adaptado pelo grupo de pesquisa, tendo como base o protocolo SPIKES, empatia, comunicação adequada, acolhimento de dúvidas do paciente, se resumiu a situação e propôs estratégia de enfrentamento, foi honesto sem fazer o paciente perder a esperança, com as seguintes opções de resposta: não observou o comportamento desejado (2), observou, porém inadequado (3), parcialmente adequado (4) e adequado (5). Questionados ainda se observaram nervosismo que comprometesse o desempenho do aluno, e sobre possível influência do

desempenho do paciente simulado representado por alunos de semestre anterior. Calculada a média das notas dos 2 avaliadores por cada aluno.

Para melhor entendimento a figura 1 apresenta um resumo das etapas desse estudo.

Figura 1 - Descrição das etapas do estudo



4.5 Análise de dados

4.5.1 Análise qualitativa

Tanto para o tratamento, como para a análise dos dados, foram adotadas as etapas de análise de conteúdo teorizada por Bardin. Dentre as modalidades dessa análise, a temática, se adequou ao alcance do objetivo estabelecido, uma vez que “o tema” (palavras chave ou frases) é geralmente utilizado como Unidade de Registro (UR) para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de crenças, de tendências [...]. Este recurso de análise foi considerado apropriado para subsidiar a noção de ciclo metodológico abordado nesta pesquisa, em que as experiências nas simulações, antes e após o treinamento do protocolo SPIKES, poderia permitir a produção de diferentes visões e o emprego das competências relacionadas a uma comunicação efetiva. A análise e categorização foi realizada, de forma individual e finalizada em consenso, por três pesquisadoras com expertise no tema.

Por fim, as pesquisadoras se reuniram com a pesquisadora principal para apresentar as categorias finais, que foram definidas para validação, dos dados coletados. As categorias relacionadas emergiram a partir do conteúdo das respostas dos alunos.

4.5.1 Análise quantitativa

As variáveis colhidas foram transferidas para o banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, ano 2012. A partir daí os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva, utilizando-se tabelas de distribuição por frequência e percentuais para variáveis categóricas. O teste qui-quadrado foi utilizado na comparação das variáveis nominais. Um valor de probabilidade $<0,05$ foi considerado significativo. Realizada análise de concordância (Kappa) entre os professores avaliadores.

4.4 Aspectos éticos

A primeira parte desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP, sob parecer nº 803.895 e CAAE 3309831440000.5544, aprovado no dia 24 de setembro 2014. A segunda parte da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP, sob parecer nº 3.716.766 e CAAE 21048718.3.0000.5544, aprovado no dia 21 de novembro de 2019. Está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de

Saúde e a Declaração de Helsinque. Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na participação, por meio eletrônico, os participantes receberam, junto com o questionário, o TCLE, sendo solicitada a sua leitura previamente à resposta do questionário. Foi considerada como concordância em participar do estudo a resposta ao questionário eletrônico.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados da 1ª Etapa – Capacitação em Comunicação de Más Notícias

Foram submetidos ao programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias 20 estudantes, sendo 10 do sexo feminino e 10 do masculino.

Nas tabelas 1 e 2 são apresentadas as Unidades de Registro (UR) correspondentes a cada categoria emergida dos discursos dos MS e PS, respectivamente.

Tabela 1 – Categorias temáticas, subcategorias e unidades de registro (URs) que emergiram das respostas dos estudantes, que atuaram como médicos simulados (MS), ao questionamento: “**Como foi a experiência com a consulta?**”, após a 1ª e 2ª consulta simulada. Agosto, 2016. Salvador-BA.

Categorias Temáticas e Subcategorias	URs após a 1ª consulta	URs após a 2ª consulta
Sentimentos e Emoções	(n)	(n)
Sentimento - Nervosismo/insegurança	16	03
Sentimento – Tranquilidade/segurança	01	13
Mobilização emocional	07	0
Processo Educacional		
Aprendizagem reflexiva	07	12

Abreviaturas: UR: unidade de registro, n – número de vezes que a palavra foi citada

Tabela 2 – Categorias temáticas, subcategorias e unidades de registro (UR) que emergiram das respostas dos estudantes, que atuaram como pacientes simulados (PS), ao questionamento: “**Como foi a experiência com a consulta?**”, após a 1ª e 2ª consulta simulada. Agosto, 2016. Salvador-BA.

Categoria Percepção do estudante (PS) sobre o Médico Simulado (MS)		
Subcategorias	“n” das URs na 1ª consulta	“n” das URs na 2ª consulta
Acolhimento empático	11	12
Comunicação eficaz	03	05
Nervosismo/insegurança	04	04

Fonte: Autoras da pesquisa

Abreviaturas: UR: unidade de registro, n – número de vezes que a palavra foi citada

As categorias referentes à autopercepção do estudante MS, apresentadas na Tabela 1, evidenciou que a prática da simulação em transmitir más notícias possibilitou reflexões sobre a importância do desenvolvimento 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. As categorias refletem a percepção dos sentimentos dos estudantes que participaram do programa (MS) antes e após a capacitação com o *SPIKES*.

5.1.1 Sentimentos e Emoções

5.1.1.1 Nervosismo/insegurança

Na primeira consulta tem destaque as UR que registram o “sentimento – nervosismo/insegurança”, revelando como surgem emoções difíceis frente ao despreparo técnico. Estas podem ser constatadas nas UR que se seguem: “Ao atender um paciente com diagnóstico difícil como esse, me senti impotente diante dessa situação (MS5)”; “Me senti despreparada e nervosa, pois não sabia como lidar totalmente com a situação (MS7)”; “Durante a experiência de comunicação das más notícias me senti desorientada quanto à maneira de conduzir a situação (MS10)”.

Os sentimentos supracitados coadunam com conteúdo das UR da categoria e respectivas subcategorias “Percepção do estudante (PS) sobre o Médico Simulado (MS)”, quando este avalia o atendimento do MS, também antes a após a capacitação, na subcategoria “Nervosismo/insegurança” (Tabela 2). Nesta são registrados, na primeira consulta, conteúdos significativos relacionados à interferência do sentimento nervosismo/insegurança percebido pelos PS e que podem ser verificadas, nos seguintes recortes: “Me pareceu muito nervosa com a situação, não parecia preparada para dar uma notícia tão forte a um paciente (PS02)”. “Foi uma experiência muito importante, apesar de que eles estavam muito nervosos. (PS07); “G. foi atencioso, se preocupou em me explicar sobre os termos e ele fez o máximo para tentar me auxiliar apesar de nervoso (PS03)”.

5.1.1.2 Tranquilidade/segurança

Apesar dos MS não se sentirem totalmente seguros, o conteúdo das UR, sugerem alguma diferença na segunda consulta, identificada na subcategoria “Sentimento –

Tranquilidade/segurança”, exemplificadas a seguir: “Foi uma experiência bem melhor que a anterior! É ótimo ter noção do que fazer, uma sequência para agir, nos deixa mais preparados para essas situações (MS5)”; “A experiência de hoje foi mais tranquila. Já estava mais segura sobre como deveria proceder (MS10)”. Esta condição encontra respaldo no conteúdo da subcategoria “Acolhimento Empático” (tabela 2), proveniente da percepção do PS, na segunda consulta, constatada nos recortes: “Dessa vez o atendimento foi melhor, J. se apresentou, se preocupou em fazer perguntas sobre como eu estou, da minha família, sobre a internação, falou que é uma suspeita e que não é nada concreto. Foi um bom atendimento (PS07)”; “A segunda médica parecia muito mais interessada no meu entendimento sobre a doença e no meu estado emocional após o diagnóstico (PS11)”; “Em comparação a primeira semana, o médico procurou saber um pouco mais da minha vida e a influência dela na doença. Senti-me mais acolhido com a postura do médico ao receber-me na porta e manter-se sempre olhando nos meus olhos. (PS17)”.

5.1.1.3 Mobilização emocional

Nessa subcategoria pôde ser verificado que na primeira consulta emergiram emoções não nomeadas ou identificadas intelectualmente como sentimentos. A consulta mobilizou nos estudantes comportamentos diferentes demonstrando a dimensão emocional do programa de desenvolvimento. Essa subcategoria é identificada apenas na primeira consulta, demonstrada nas URs que se seguem: “Inicialmente me senti mal por dar um diagnóstico, ou melhor suspeita diagnóstica. Mas ao ler o diagnóstico todo me senti ainda pior, visto que o diagnóstico me lembrava um membro da família que falecera coincidentemente da mesma coisa que diagnostiquei a paciente” (MS8); “Tenho dificuldades em dar notícias ruins, visto que dou risadas infundáveis a despeito do que o outro esteja a dizer ou a despeito do quão séria a notícia seja” (MS9).

5.1.2 Percepção Sobre o Processo Educacional

5.1.2.1 Percepção dos estudantes que participaram do programa (MS)

A aprendizagem reflexiva emergiu no contexto do processo educacional (Tabela 1). Esta 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.

Conforme pode ser verificado nos depoimentos que se seguem, os estudantes reconhecem que a experiência estimula a capacidade crítica e reflexiva com presença de mobilização para o conhecimento, facilitando o processo de aprendizagem, mesmo na primeira consulta, ainda antes do programa: “A experiência como um todo foi construtiva e prazerosa. Aprendi o quanto a habilidade em comunicação é importante, sobretudo no momento do 1º atendimento” (MS1); “Espero poder aprimorar minhas habilidades comunicativas mais adiante” (MS4); “Sai da consulta querendo aprender muito no que concerne a isso” (MS7).

Na segunda consulta, os depoimentos sobre a aprendizagem reflexiva tiveram uma maior ressonância. As URs, que compuseram esta categoria, apontam para um aumento da reflexão sobre sua atuação como médicos ao momento em dar má notícia, após realização da capacitação. O conteúdo pode ser verificado a seguir: “Considerarei 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 (MS1); “Faria mais experiências como essa, pois esse modelo de duas simulações com uma capacitação entre elas serviu para eu identificar minhas dificuldades, aprender a melhorar e simular as habilidades aprendidas, numa ordem lógica e intuitiva (MS3)”.

5.1.2.2 Percepção dos estudantes que participaram como pacientes simulados (PS) sobre os estudantes que participaram do encontro (MS)

A percepção de melhoria no atendimento prestado na segunda consulta, como reflexo de um aprendizado bem-sucedido, é identificada pelo PS, através da subcategoria Comunicação Eficaz (Tabela 2), na qual, as URs expressam uma comunicação adequada e apontam mudanças que refletem o aprendizado obtido após o treinamento com o SPIKES, momento em que é percebido, nas seguintes expressões, o saber fazer nos MS: “Ele queria ter certeza de que eu estava compreendendo o que era a doença, procurou me dar apoio e me ofereceu ajuda. Além disso, procurou saber sobre a minha história de vida.” (E03); “No segundo atendimento, a melhora no quesito da linguagem foi notável, pois o médico buscou explicar com uma linguagem simples e que faria qualquer leigo compreender o problema e suas consequências. Gostei da forma que minhas dúvidas foram sanadas e o processo de adoecimento, explicado.” (E14); “No geral, sendo paciente, com certeza sai mais esclarecido e feliz da consulta, mesmo tendo entendido melhor a gravidade da leucemia.” (E17). Assim, na segunda consulta, o PS observou o reconhecimento de recurso interno, por parte do MS, ao

conduzir consulta, através da constatação dos cuidados com a comunicação e da presença de um roteiro com início, meio e fim.

A categoria acolhimento empático se destaca durante na 2ª consulta, quando, em comparação a 1ª consulta houve mais falas sobre o tema. Falas como “Me senti confortável e confiante para me abrir para minha médica. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui tratada de forma respeitosa” (MS12) e “(...) a médica me transmitiu muito conforto e segurança, além de tentar me ajudar a enfrentar a notícia” (MS20), presentes já na primeira consulta demonstram que os estudantes pacientes simulados se sentiram acolhidos e confortáveis com a relação médico-paciente criada.

Após a segunda consulta, falas de acolhimento empático foram bem significativas como as seguintes: “Nesse segundo encontro, percebi que o médico estava mais seguro e preparado para lidar com a situação. Senti-me acolhida e compreendida” (MS06), “A segunda médica parecia muito mais interessada no meu entendimento sobre a doença e no meu estado emocional sobre o diagnóstico” (MS11) e “Em comparação a primeira semana, o médico procurou saber um pouco mais da minha vida e a influencia da mesma na doença. Senti-me mais acolhido com a postura do médico ao receber-me na porta e manter-se sempre olhando nos meus olhos”. (MS17).

5.2 Resultados da 2ª Etapa – Feedback e prática reflexiva

Dos 20 estudantes que participaram da 1ª etapa do estudo, e que atuaram como MS em 2016, 14 responderam ao convite para participar da segunda etapa. Do conteúdo das entrevistas emergiram 10 categorias: (1) Não lembra do Acrômio, (2) Lembra o Sentido, (3) Aplicação Adaptada, (4) Reflexão sobre Atitude, (5) Aprendizagem Técnica, (6) Aprendizagem Significativa, (7) Aprendizagem Reflexiva, (8) Crítica à Descontinuidade, (9) Críticas a Dinâmica com quatro subcategorias – a) alunos como atores, b) crítica-padronização de atores, c) crítica a gravação e d) crítica-organização – (10) Sem Crítica ou sugestão. A seguir, são apresentadas a Tabelas 3 com as UR correspondentes a cada categoria emergidas das perguntas que guiaram a entrevista.

Tabela 3 – URs das Categorias Temáticas Emergidas dos Questionamentos Relacionados ao Conhecimento sobre o Protocolo SPIKES, um ano após intervenção. Agosto, 2017. Salvador - BA.

Categorias Temáticas	O que sabe sobre o protocolo após 1 ano?	URs
Não lembra do Acróstico		12
Lembra o Sentido		14
Teve oportunidade de aplicar?		
Aplicação Adaptada		11
Reflexão sobre Atitude		10
Como percebe a experiência vivenciada?		
Aprendizagem Técnica		4
Aprendizagem Significativa		5
Aprendizagem Reflexiva		10
Sugestões/críticas sobre a experiência		
Crítica à Descontinuidade		8
<i>Críticas a Dinâmica com 4 tópicos</i>		
a) alunos como atores		2
b) crítica-padronização de atores		1
c) crítica a gravação		1
d) crítica-organização		1
Sem Crítica ou Sugestão		3

Fonte: Autoras da Pesquisa

Abreviaturas: Protocolo SPIKES - *Setting Up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*.

5.2.1 Não Lembra do Acróstico

Na primeira categoria, que se relaciona ao conhecimento retido sobre o protocolo SPIKES, um ano após a capacitação ocorrida, pode ser verificado que a ausência de lembrança do significado do acróstico predomina nos recortes das falas dos MS, representada nas UR que se seguem: “Não lembro professora (E10)”; “[...] não lembro exatamente o que cada letra significa (E11)”; “[...] o que significa cada letra certinha, eu acho que não lembro mais (E13)”.

5.2.2 Lembra o sentido

No entanto, nessa mesma dimensão relacionada ao conhecimento retido sobre as etapas do protocolo, emergiram falas que indicam a retenção do sentido da utilização desse,

podendo ser verificado que a não memorização do acróstico não refletiu na não absorção do conhecimento central repassado. Os estudantes relatam que absorveram o sentido e necessidade do cuidado e da atenção para escuta da pessoa sob seu cuidado. Isto é, embora os participantes não tenham memorizado a relação entre as letras do acróstico SPIKES e seus respectivos significados, todos relataram conhecimento sobre a finalidade do protocolo, conforme pode ser constatado nas UR:

“É um protocolo que auxilia o médico a dar comunicação em más notícias. No caso ele meio que norteia a sua conduta para poder ser mais empático e sensível com a situação do paciente e fazer com que ele entenda melhor a sua situação e saber até que ponto ele está, por exemplo, disponível a entender. Falava um pouco do ambiente que você tinha que conversar com o paciente. Em relação a saber até que ponto ele queria saber do quadro clínico, do prognóstico e o quanto ele entendia. Em relação da linguagem clara que tinha que ter com o paciente pra ele entender [...]” (E3); “É um protocolo que facilita a comunicação de más notícias, já que você vai seguir uma ordem assim, não necessariamente uma ordem, mas pelo menos algo que te lembre o que você precisa fazer no momento, e que ao meu ver, facilita. Porque você não fica totalmente perdido na hora de fazer uma abordagem assim, digamos” (E13); “É, uma delas é como deve ser feito os questionamentos, como deve ser feito a pesquisa dos sintomas do paciente. Outra é como deve ser transmitida a informação para paciente, como está sendo recepcionado pelo mesmo as informações. Se tem essa questão de mensagem transmitida, recepcionada. Como é o ambiente que você escolhe dar a notícia, a informação a paciente e... A questão emotiva também, tanto do médico, quanto do paciente em relação àquela notícia e do que tá sendo transmitido” (E14).

5.2.3 Aplicação Adaptada

Sobre a aplicação do protocolo SPIKES na prática, que caracteriza o desenvolvimento de habilidades e atitudes, decorrentes do treinamento, os estudantes demonstraram que integraram os conteúdos teóricos e as experiências simuladas à sua prática cotidiana, no âmbito pessoal e/ou profissional. Estas constatações podem ser verificadas nos trechos das UR que se seguem:

“Não ele na forma estruturada, mas exatamente esses pontos que eu consegui puxar mais para minha prática, que é exatamente isso que eu tô falando... de tentar observar como o paciente chega ou se ele estiver chorando, esperar ele parar de chorar, por exemplo... e se tiver um silêncio, porque aí fica aquele silêncio sem me incomodar, até ele voltar a falar ” (E1); “Assim, não na faculdade ainda, porque as pacientes que eu peguei de lá para cá, nenhum teve assim nenhuma doença grave, ninguém estava numa situação ruim, mas pessoalmente sim. Porque meu avô agora, ele tá com câncer de pâncreas, aí... eu meio que podia aconselhar minha família da melhor forma de lidar com ele. Porque ele sempre ficava com dúvida de: “ah, o que que eu devo falar, o que eu não devo falar... entendeu? E aí foi bom” (E9); “Aí voltou na minha cabeça a necessidade de perguntar... eu até perguntei isso, apliquei de certa forma: ‘você tem alguma noção do que seja?’, ‘o que que os médicos tão falando pra você?’, ‘o que que você já passou de tratamento?’” (E10).

5.2.4 Reflexão sobre Atitude

Ainda no que se refere à aquisição de habilidades e atitudes manifestas no cotidiano dos alunos MS, que participaram do treinamento sobre o SPIKES, podem ser verificados, em suas nas falas, conteúdos que traduziram a reflexão sobre a maneira de estabelecerem sua comunicação, assim como o questionamento sobre a possível aplicação do que lhes foi oferecido com o protocolo na simulação. Expressam que cada oportunidade de assimilação permitiu que seus comportamentos fossem revisitados e consolidados, cada vez mais. As UR que traduziram os momentos de reflexão podem ser verificadas a seguir: “Em relação a sua conduta, a própria empatia de entender a visão dele, o lado dele, e a questão dos familiares também que é muito importante nessas questões e [...]” (E3); “[...] bom, eu estou abordando esse paciente aqui nesse momento, será que seria adequado pra mim dar essa notícia para ele aqui?” (E7); “Então investigaram uma questão pulmonar, a paciente bem jovem, 20 anos e que assim, a gente viu os achados. A gente viu que ela tinha câncer, mas a gente não podia dizer. Isso machucou bastante, até porque a gente vê a preocupação né... a mãe dela curiosa, não sabia, passando pelo hospital e voltando e nada” (E10); “Acho que ajudou bastante a entender como é fazer uma relação positiva com o paciente, como é ver uma informação, ver como aquilo influenciou na vida do paciente (E14)”.

5.2.5 Aprendizagem Técnica

O conteúdo das entrevistas, relacionado às aprendizagens obtidas, emerge quando se investiga a percepção relacionada à experiência vivenciada com a simulação do protocolo SPIKES. A aprendizagem técnica é revelada dentro de perspectiva mais tecnicista. Os estudantes reconheceram que ter acesso a um instrumento metodológico validado, como um roteiro de condução na comunicação de más notícias, lhes concedeu uma sensação de maior segurança nos atendimentos. Esta percepção pode ser verificada nos segmentos das seguintes UR: “Muito boa, muito importante, porque é o primeiro contato... como eu disse, é uma forma de eu ver como eu posso fazer. Pode ser que eu não use o questionário SPIKE todo da forma linear, mas com certeza coisas ali, adaptadas ao meu jeito” (E1); “[...] é, porque... quando a gente tá cru numa coisa que a gente não sabe nada... assim de como fazer de como proceder... quando a gente chegou lá no consultório pra dar uma má notícia sem ter esse treinamento, foi meio que angustiante. Mas depois com o treinamento já a gente conseguia ter um manejo melhor, prosseguir de um jeito mais certinho, digamos” [...] (E4); “Mesmo sendo uma consulta simulada, de como direcionar aquilo pro paciente, eu acho que no momento da consulta ficou muito voltado pra o propósito do questionário, do protocolo SPIKES, entendeu? Que a gente, de certa forma, a gente sabe que é uma consulta simulada, mas já vai com aquilo na mente né, que a gente vai ter de alguma forma, enxergar o protocolo aqui pra falar com o paciente, entendeu?” (E8).

5.2.6 Aprendizagem Significativa

Na percepção dos alunos MS, tem destaque a aprendizagem expressa como experiência significativa. Tal entendimento se traduz em um aprendizado retido durante a simulação que vem trazendo sentido para situações nas quais se reportam ao conhecimento adquirido. Essa condição está expressa nas UR que se seguem: “[...] eu percebi realmente o quanto era importante pra gente aprender a estar pronto numa situação... porque a gente vê muito paciente... não que eu tenha visto mas, tem colegas meus que viram, por exemplo, pacientes que estavam sendo diagnosticados com diabetes ali naquela hora, no ambulatório, entendeu?” (E6); “[...] então não é só isso, eu acho que tudo isso agrega pra gente no futuro. E você saber lidar com outra pessoa, é você saber lidar com si mesmo de alguma forma, então você vai ter algo pra acrescentar” (E8); “É, eu acho que é mais do que importante, sabe, é essencial na formação do estudante, porque a gente se depara com isso. Mesmo eu não tendo

me deparado, em certo momento da graduação eu tenho certeza que vou me deparar. E com certeza vai fazer alguma diferença pra mim, que fiz parte, que aprendi um pouco mais (E11)”; “Eu acho que essa experiência foi muito legal, muito interessante. E que se de alguma forma fosse aplicada, do ponto de vista acadêmico, seria muito eficaz, porque ajuda_bastante ao profissional, ao aluno a entender o paciente, porque eu acho que falta muito isso ainda” (E14).

5.2.7 Aprendizagem Reflexiva

Ainda no contexto relacionado à percepção do aprendizado obtido, a aprendizagem reflexiva é ressaltada no conteúdo das falas dos MS. A expressão dessas dão conta que, independentemente do aprendizado técnico e/ou significativo, o treinamento e as experiências simuladas favoreceram o surgimento de reflexões e questionamentos, conforme pode ser constatado nos trechos das UR que se seguem: “Acho que ajudou bastante. Até porque, por exemplo, lidar com essas situações coloca a gente numa situação meio delicada. Até que ponto a gente tem que se manter forte... até que ponto a gente tem que meio que servir como base mesmo pro resto da família, dos amigos e tudo mais, porque querendo ou não a gente tem o conhecimento técnico sobre isso e a gente que acaba transmitindo... eu senti muito isso: falta dos médicos, profissionais, estarem transmitindo essa informação corretamente. Então eu senti meio que desafiador pra mim, tá nesse intermédio entre eles. Eu achei muito importante” (E3); “Claro que não aprendi tudo, eu acho que você sempre tem que melhorar, mas você ter uma base para poder sair do zero é muito importante nesse momento. Inclusive, eu vi depoimentos de alunos que fazem estágios e que, por exemplo, se depararam com isso e que tiveram muita dificuldade na hora de dar a má notícia” (E11).

De maneira que alguns dos passos importantes do protocolo foram trazidos pelos estudantes, como relatado na fala:

“É, uma delas é como deve ser feito os questionamentos, como deve ser feito a pesquisa dos sintomas do paciente. Outra é como deve ser transmitida a informação para paciente, como está sendo recepcionado pelo mesmo as informações. Se tem essa questão de mensagem transmitida, recepcionada. Como é o ambiente que você escolhe dar a notícia, a informação a paciente e... A questão emotiva também, tanto do médico, quanto do paciente em relação àquela notícia e do que tá sendo transmitido” (E14).

Mesmo com a lembrança de alguns dos passos, nem todos os estudantes utilizaram no contexto profissional, realizando, contudo, uma aplicação adaptada para suas vidas cotidianas, como exemplo do contexto familiar como trazido por E9 e E10:

“Assim, não na faculdade ainda, porque as pacientes que eu peguei de lá para cá, nenhum teve assim nenhuma doença grave, ninguém estava numa situação ruim, mas pessoalmente sim. Porque meu avô agora, ele tá com câncer de pâncreas, aí... eu meio que podia aconselhar minha família da melhor forma de lidar com ele. Porque ele sempre ficava com dúvida de: “ah, o que que eu devo falar, o que eu não devo falar... entendeu? E aí foi bom” (E9);

“Aí voltou na minha cabeça a necessidade de perguntar... eu até perguntei isso, apliquei de certa forma: ‘você tem alguma noção do que seja?’, ‘o que que os médicos tão falando pra você?’, ‘o que que você já passou de tratamento?’”(E10).

5.2.8 Crítica à Descontinuidade

No âmbito das sugestões e críticas sobre a experiência com a simulação, as quais podem ser traduzidas como oportunidades de melhoria, a crítica à descontinuidade da vivência ou o fato desta ser pontual foi contundente nas falas dos entrevistados, demonstrando o desejo de que experiências semelhantes sejam incluídas de forma contínua na sua formação médica, através de processos de ensino/aprendizagem que possibilitem o desenvolvimento das habilidades de comunicação para más notícias, tais como a simulação realizada. As expressões contidas nas UR, apresentadas a seguir, traduzem esta percepção: “Eu acho que sugestão seria colocar isso na grade. Talvez até essa pesquisa incluir todos os alunos por que eu acho que de qualquer forma vai aumentar a construção desse conhecimento entendeu? E é isso, acho que é colocar essa pesquisa e reabordar isso mais na frente também que é importante, principalmente antes do internato [...]” (E11); “Eu só acho assim pró, que se puder adicionar isso ao nosso componente curricular de alguma forma seria bom, mas nada em relação à pesquisa em si” (E12); “E que se de alguma forma fosse aplicada, do ponto de vista acadêmico, seria muito eficaz, porque ajuda bastante ao profissional, ao aluno a entender o paciente, porque eu acho que falta muito isso ainda. Apesar da Bahiana aplicar, acho que ainda deixa um pouco a desejar nesse quesito” (E14).

5.2.9 Críticas a Dinâmica

5.2.9.1 *Alunos como atores*

Foi relatado que a participação de outros estudantes no papel de pacientes simulados impactou na capacidade de atuação, logo, na sensação de realidade impressa na situação, tendo em vista a dificuldade de fazer uma simulação com colegas conhecidos. Ou seja, a presença de estudantes prejudicou, em algum grau, a imersão dos estudantes no papel de médicos simulados. Esta crítica pode ser verificada nas seguintes UR: “[...] ou então com alunos que não sejam nossos colegas, assim [...] (E1)”; Hum, assim uma coisa que eu achei foi: tanto os pacientes quanto os médicos eram alunos, então cada paciente podia diferir muito a depender da postura do aluno [...]“(E5).

5.2.9.2 *Crítica-padronização de Atores*

Apesar de ser expressa por um dos MS, esta crítica não é menos importante. Em se tratando de uma experiência, em que se objetiva a máxima aproximação com a realidade, a importância da inclusão de atores profissionais, identificada em uma das falas, traz contributo importante para realização de uma simulação mais aproximada com o mundo real. Esta está demonstrada na seguinte UR: “Em si, eu acho que a seleção das pessoas que a gente consulta, porque eu lembro que a primeira, a minha foi muito impactante. Eu achei muito... ela chorou muito quietinha, eu achei muito real, eu lembro que eu saí bem transtornada. Agora, a segunda eu já achei que não foi tanto o impacto, entendeu? Porque pareceu menos realista na realidade. E a primeira eu achei bem, bem realista” (E9).

5.2.9.3 *Crítica à Gravação*

Semelhante a subcategoria anterior, esta crítica evidencia o desconforto experimentado por um dos MS sobre o fato de ser uma simulação que estava sendo gravada. Este fator foi apontado como um “empecilho” para criação de um ambiente mais realista. Este depoimento foi registrado na UR que se segue: “Eu gostei bastante pró! eu só acho assim meio desafiador quando você tá sendo gravado, entendeu? Pra sentir-se natural... a ideia de ser gravado me incomodou no começo, mas depois no momento em si não me incomodei não” (E3);

5.2.10 Sem Crítica ou Sugestão

Por fim, com o mesmo grau de importância, faz-se importante registrar as UR emergidas que não abordaram nenhum conteúdo com teor crítico. Nos recortes que se seguem pode ser constatado que os estudantes não elaboraram sugestões específicas à pesquisa: “hum... [pausa] eu não tinha... não vejo nada assim... acho que foi muito boa, assim para mim, foi uma experiência muito boa, entendeu? não sei se eu teria alguma sugestão, crítica... acho que não” (E4); “Não tenho nenhuma sugestão assim... não tô conseguindo lembrar não... gostei!” (E6); “Pró, se fosse pra dar uma crítica, seria só o retorno positivo mesmo” (E13).

5.3 Resultados da 3ª Etapa – Avaliação do preparo para comunicação de más notícias no OSCE

Dos 67 estudantes que concordaram em participar, dentre os 104 alunos submetidos ao OSCE no final do 10º semestre em 2019, 18 tinham participado da 1ª etapa do estudo e foram denominados de **Grupo Teste**, desses 2 estudantes foram excluídos, por terem registros eletrônicos da consulta corrompidos. Dentre os alunos participantes do OSCE que não participaram da 1ª etapa do estudo em 2016, foram escolhidos de forma aleatória, 16 alunos que compuseram o **Grupo Controle**.

Para a composição do painel de avaliadores inicialmente foram convidados 16 professores, cada 1 deles recebeu 4 vídeos e cada vídeo foi avaliado por 2 docentes. Por impossibilidade de um dos professores em avaliar os 4 vídeos, foi convidado outro docente que analisou os dois restantes. Após a aplicação do painel, 2 docentes declararam impossibilidade de avaliar 2 vídeos (1 de aluno do grupo teste e outro do controle), sendo excluídas as observações desses professores. Dessa forma, 2 estudantes tiveram avaliação por apenas 1 avaliador. Sendo realizadas, por fim, 62 avaliações pelos docentes, sendo 31 avaliações de alunos do “grupo controle” e 31 avaliações de alunos do “grupo teste”.

Entre os professores da EBMSP que constituíram o painel, todos eram professores do curso de medicina, sendo 12 do sexo feminino e quatro do masculino, todos com capacitação para comunicação e relação médico paciente. A média de idade dos professores foi de 53,5 anos \pm 11,3, com tempo de formado de 30 anos \pm 11,14 anos. Onze deles atuavam na área de clínica (64,7%), 3 de saúde coletiva atuando na saúde da família (17,6%), 2 de pediatria (11,8%) e 1 de cirurgia (5,9%). A titulação máxima de 9 deles era o mestrado (52,9%), de 6 o doutorado (35,3%) e de 2 a especialização (11,8%).

O painel de avaliadores identificou através de um questionário os comportamentos relacionados com a comunicação adequada (vide método). As respostas para as condutas observadas pelos professores, foram respondidas em escala modelo Likert. As opções consideradas foram: “não foi observada (nota 2)” “observado, porém inadequada (nota 3)” e “observado, porém parcialmente adequado (nota 4)” e “observado, de forma adequada (nota 5)”.

Na tabela 4 é apresentada a distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação de más notícias, segundo checklist baseado no protocolo, para os estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE.

Tabela 4 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para o conjunto dos estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e que participaram dessa fase do estudo. Dezembro, 2019. Salvador-BA.

Itens avaliados	Não identificado n (%)	Inadequado n (%)	Parcialmente adequado n (%)	Adequado n (%)	Total
Acolheu o paciente de forma empática	6(9,7%)	6 (9,7%)	24(38,7%)	26(41,9%)	62
Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos	2(3,2%)	12 (19,4%)	15 (24,2%)	32(51,6%)	61
Acolheu as dúvidas e angústia do paciente	4(6,5%)	8 (12,9%)	27(43,5%)	22(35,5%)	61
Avaliou o entendimento do paciente e se colocou disponível para as orientações	4(6,5%)	6 (9,7%)	24(38,7%)	27(43,5%)	62
Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano	7(11,3%)	15 (24,2%)	22(35,5%)	17(27,4%)	61
Foi honesto sem fazer com que o paciente perdesse a esperança ou a vontade de viver	5(8,1%)	5(8,1%)	20(32,3%)	31(50%)	61

Fonte: Autoras da Pesquisa.

Abreviatura: OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*

Nas tabelas 5 e 6 seguintes são apresentadas respectivamente a frequência e proporção da análise nos grupos de estudantes que participaram do programa, grupo teste com os que não participaram, grupo controle.

Tabela 5 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para os estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e participaram do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias realizado em 2016 (**Grupo Teste**). Dezembro, 2019. Salvador-BA.

Itens avaliados	Não identificado n (%)	Inadequado n (%)	Parcialmente adequado n (%)	Adequado n (%)	Total
Acolheu o paciente de forma empática	3(9,7%)	2 (6,5%)	12(38,7%)	14(45,2%)	31
Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos	0(0%)	4 (12,9%)	11 (35,5%)	16(51,6%)	31
Acolheu as dúvidas e angústia do paciente	2(6,5%)	3 (9,7%)	16(51,6%)	10(32,3%)	31
Avaliou o entendimento do paciente e se colocou disponível para as orientações	1(3,2%)	2 (6,5%)	14(45,2%)	14(45,2%)	31
Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano	5(16,1%)	4 (12,9%)	14(45,2%)	8(25,8%)	31
Foi honesto sem fazer com que o paciente perdesse a esperança ou a vontade de viver	3(9,7%)	1(3,2%)	9(29,0%)	18(58,1%)	31

Fonte: Autoras da Pesquisa.

Legenda: OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*

Tabela 6 - Distribuição das avaliações do painel dos avaliadores em cada item da comunicação para os estudantes do 10º semestre que fizeram o OSCE e que não participaram do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias realizado em 2016 (**Grupo Controle**). Dezembro, 2019. Salvador-BA.

Itens avaliados	Não identificado n (%)	Inadequado n (%)	Parcialmente adequado n (%)	Adequado n (%)	Total
Acolheu o paciente de forma empática	3(9,7%)	4 (12,9%)	12(38,7%)	12(38,7%)	31
Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos	2(6,7%)	8 (26,7%)	4 (13,3%)	16(53,3%)	30
Acolheu as dúvidas e angústia do paciente	2(6,7%)	5 (16,7%)	11(36,7%)	12(40%)	30
Avaliou o entendimento do paciente e se colocou disponível para as orientações	3(10%)	4 (13%)	10(33,3%)	13(43,3%)	30
Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano	2(6,7%)	11 (36,7%)	8(26,7%)	9(30%)	30
Foi honesto sem fazer com que o paciente perdesse a esperança ou a vontade de viver	2(6,7%)	4(13,3%)	11(36,7%)	13(43,3%)	30

Fonte: Autoras da Pesquisa.

Abreviatura: OSCE - *Objective Structured Clinical Examination*

A comparação entre a média das notas nos itens do checklist sobre a comunicação de más notícias entre os estudantes do grupo “Teste” e “Controle” é apresentada na tabela 7. Como pode ser observado, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 7 - Média nos itens do checklist sobre a comunicação adequada da nota dos avaliadores para os estudantes do grupo teste e controle sobre, baseados no protocolo SPIKES. Dezembro, 2019. Salvador-BA.

Itens avaliados	Grupo Teste Média (DP)	Grupo Controle Média (DP)	pa	Total Média (DP)
Acolheu o paciente de forma empática	4,22 (0,71)	4,09 (0,82)	> 0. 05	4,16 (±0,76)
Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos	4,41 (0,49)	4,13 (0,88)	> 0. 05	4,27(±0,72)
Acolheu as dúvidas e angústia do paciente	4,13 (0,56)	4,06 (0,83)	> 0. 05	4,09 (±0,70)
Avaliou o entendimento do paciente e se colocou disponível para as orientações	4,34 (0,47)	4,06 (0,96)	> 0. 05	4,20 (±0,76)
Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano	3,84 (0,70)	3,78 (0,89)	> 0. 05	3,81 (±0,79)
Foi honesto sem fazer com que o paciente perdesse a esperança ou a vontade de viver	4,47 (0,56)	4,25 (0,89)	> 0. 05	4,16 (±0,74)

Fonte: Autoras da pesquisa.

Abreviaturas: Protocolo **SPIKES** - *Setting Up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*; **DP** – Desvio Padrão; **a** = nível de significância em teste de Mann-Whitney

Em 41 (66%) observações dos docentes o nervosismo dos estudantes que participaram do OSCE pode ter comprometido o seu desempenho. Realizada comparação entre as observações dos docentes quanto ao nervosismo, não sendo observada diferença com significância estatística entre o grupo Teste e Controle com a aplicação do qui quadrado.

Na avaliação do painel de avaliadores sobre a atuação dos estudantes que foram pacientes simulados na estação do OSCE, 55 o consideraram (89%) muito bom, 42 acharam que a atuação não induziu o desempenho dos participantes (68%) e 55 consideraram que ela não atrapalhou desempenho do (88%) docentes a atuação do MS, sem diferença no desempenho dos PS entre os grupos teste e controle.

6 DISCUSSÃO

*“Acontece, porém, que toda compreensão de algo compreende, cedo ou tarde uma ação. Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta o homem age. A natureza da ação corresponde a à natureza da compreensão.
Se a compreensão é crítica ou preponderantemente crítica, a ação também o será. Se é mágica a compreensão, mágica será a ação.”
(Paulo Freire. Educação como prática de liberdade).*

O objetivo da primeira etapa da pesquisa, realizada em 2016, foi avaliar um programa de capacitação para o desenvolvimento de habilidades de comunicação de más notícias para estudantes de medicina. Através dos resultados obtidos durante essa primeira etapa, pôde ser verificado que a simulação, enquanto metodologia ativa, permitiu que os estudantes se implicassem como sujeitos ativos e não objetos da ação. Wang *et al* também apontam que uma educação médica baseada em simulação proporciona aos alunos uma maior capacidade de se comunicarem com colegas e professores e que a aquisição desta habilidade pode levar a um atendimento humanizado e uma melhor comunicação médico-paciente.(57)

Foi observada a mobilização de sentimentos como nervosismo e insegurança na primeira consulta, antes da realização do programa para desenvolvimento para comunicação de más notícias, o qual deram lugar à tranquilidade e maior segurança na segunda consulta após sua segunda experiência.

A categoria mobilização emocional incluiu as reações corporais e comportamentos que não foram descritas como sentimentos. De acordo com Damásio, as emoções são a relação entre o sistema nervoso e o corpo, são um programa de ação complexo e automatizado, através de expressões faciais, posturas e até mudanças nas vísceras e meio interno. Os sentimentos, por sua vez, são as percepções mentais daquilo que se passa nessa emoção, não necessariamente demonstrado externamente. São percepções cognitivas daquilo que o corpo faz a partir da emoção. (69) É interessante notar que após a ação educacional os estudantes já souberam nomear sua experiências no âmbito cognitivo, diferente dessas emoções descritas apenas no nível do comportamento, visto que as de mobilização emocional só estiveram presentes na primeira consulta. (Tabela 1)

A mobilização emocional, por identificação com a situação clínica apresentada na simulação ou identificação com o paciente, também foi observada na primeira consulta, o que não ocorreu na segunda, provavelmente por ser uma situação já vivenciada na primeira consulta e trabalhada após ao programa educacional.

Com relação a categoria acolhimento empático em que houveram mais falas sobre este tema na 2ª consulta, apesar de também bem presentes após a 1ª consulta, observamos a presença de falas relevantes após a segunda consulta, inclusive com a comparação feita pelos próprios estudantes pacientes simulados com a primeira simulação, ressaltando uma melhora. É possível observar também que este acolhimento se deu com honestidade e inclusão da compreensão e olhar do paciente sobre o diagnóstico a adoecimento.

É possível observar a presença do início do profissionalismo na segunda consulta. De acordo com Martins et al. (2013) devemos olhar para o modelo de profissionalismo que se busca na formação médica, que deve ser interpretado como o conjunto de finalidades, atitudes e comportamentos característicos de uma profissão. Dessa maneira responsabilidades profissionais como “Relacionamento apropriado com os doentes” e “Honestidade com os doentes” foram possíveis após a capacitação, demonstrando que a intervenção feita trouxe benefícios para a educação médica.(52)

Os estudantes também reconheceram que a experiência das simulações estimulou sua capacidade crítica e reflexiva, facilitando o processo de aprendizagem. Isso foi observado mesmo na primeira consulta, ainda sem a capacitação ou nenhum treinamento. Nesse sentido, de acordo com Norman Gronlund,(70) educador especializado em avaliação, 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 procedimental, previamente estabelecido; a segunda, por sua vez, compreende as atitudes de aprendizagens e atitudes que vão para além do domínio previamente estabelecido. (33,71)

Aplicando-se essa compreensão teórica ao uso do protocolo SPIKES, pode-se observar uma aprendizagem de desenvolvimento que possibilitou aos estudantes o uso criativo dos recursos aprendidos em sua prática cotidiana com os pacientes, ou seja, na integração dos passos e recomendações do protocolo no atendimento das pessoas que, porventura, necessitem de receber “más notícias”. Uma aprendizagem básica e técnica que possibilita novas mediações, à medida que a realidade assim o solicite.(28)

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 (etapa 1), conforme pode ser verificado com alguns recortes de falas apresentadas no quadro 2. Assim, pode-se relacionar que 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 ação-reflexão.(61) Esta modalidade de ensino incentiva os alunos a refletirem e os torna responsáveis pelo seu próprio aprendizado, conferindo um caráter de aprendizado significativo. (38)

Na segunda consulta, os depoimentos sobre a aprendizagem reflexiva tiveram uma maior ressonância, o que aponta para um aumento da consciência sobre sua atuação como médicos no momento da má notícia. Essas falas refletem a preocupação sobre como atuar e comunicar a 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 do que na primeira consulta. Apesar de não se sentirem totalmente seguros, os relatos sugerem alguma diferença na segunda consulta.

Desse modo, as aprendizagens com essa qualidade indicam uma conduta de desenvolvimento que está para além do processo de ensino-aprendizagem. Essas 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. Cabe então ao facilitador/educador criar objetivos e metodologias de ensino, com manejo e atuação dessas emoções que a vida relacional-profissional solicita. Para Karniele-Miller, as mesmas habilidades de comunicação ensinadas durante o processo formativo de médicos- se existirem nos cursos em questão- relacionadas à comunicação médico-paciente, devem ser usadas pelos educadores para aprimorar a capacidade reflexiva do aluno ,das práticas reflexivas através de suas bases de ensino aprendizagem. (38)

Com relação ao uso do protocolo SPIKES, isso significou uma aprendizagem que possibilitou aos estudantes que souberam repetir os passos do protocolo, a adequação da teoria aprendida nos componentes curriculares da faculdade à realidade de emoções e sentimentos surgidos quando pacientes e familiares têm seus diagnósticos revelados. Essas etapas do aprendizado permitirão uma ação empática no contexto da prática cotidiana do médico, atendendo assim a proposta de *ação-reflexão* proposta por Paulo Freire. (72)

Comecemos por afirmar que somente o homem como um ser que trabalha, que tem um pensamento-linguagem, que atua e é capaz de refletir sobre si mesmo e sobre sua própria atividade, que dele se separa, somente ele, ao alcançar tais níveis se fez um ser da práxis. Somente ele vem sendo um ser de relações num mundo de relações. (p.46)

O efeito da ação educacional aplicada aos estudantes simulados no papel de médicos foi demonstrado também nas respostas dos estudantes como pacientes. Os elementos chaves

de uma consulta adequada, com acolhimento, comunicação eficaz e empatia ficaram mais evidentes nas entrevistas realizadas após a segunda consulta, em momento posterior à ação educacional realizada. Embora o aspecto de acolhimento empático estivesse presente desde a primeira consulta, os estudantes descreveram melhoria qualitativa deste aspecto, assim como da comunicação.(13,52)

Como limitações dessa etapa do estudo, pode-se considerar a ausência de grupo controle para verificação da eficácia da capacitação. Foi também percebida fragilidade na atuação dos estudantes como pacientes, comprometendo o realismo. Este fato encontra ressonância em estudo realizado por Bagacean, Cousin, Ubertin, *et al.*, quando realizaram atividades de dramatização simulada de alunos com ator profissional e foi identificado que as habilidades de comunicação dos alunos foram mais adequadas ao interagir com um ator profissional, do que com um colega estudante. Esses concluíram que a flexibilidade dos atores na comunicação verbal e não verbal, bem como seu comprometimento emocional, pareceram gerar mais concentração no aprendiz. (48)

Conforme pôde ser verificado, a estratégia utilizada para o desenvolvimento de habilidade de comunicação de más notícias apresentou evidências de efetividade a curto prazo, sob a perspectiva dos estudantes participantes, ao considerar que o reconhecimento da oportunidade e aprendizagem com a estratégia aplicada esteve presente no depoimento de estudantes MS e PS, assim como a importância de desenvolvimento da competência de comunicação para a o profissional médico.

“A prática do diálogo é um dos meios mais simples com que nós, como professores, acadêmicos e pensadores críticos, podemos começar a cruzar as fronteiras, as barreiras que podem ser ou não erguidas pela raça, pelo gênero, pela classe social, pela reputação profissional e por um sem número de outras diferenças.”
(Bell Hooks p. 174, *Ensinando a transgredir.*)

Na etapa realizada em 2017, buscando verificar a retenção do conhecimento nos estudantes após 1 ano do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias baseado no protocolo SPIKES e vivência em atendimentos simulados, ficou claro que embora todos os estudantes informaram lembrar do sentido, um número significativo não lembrava do acróstico. Isto é, a lembrança do sentido apreendido em decorrência da experiência simulada na primeira etapa da pesquisa, se relaciona com a atuação dos futuros profissionais de saúde nos aspectos emocionais e comportamentais, perpassando por processos reflexivos e autoquestionamentos sobre as formas de se comunicarem com os pacientes e/ou seus

familiares. Tais questões são de natureza muito mais complexa do que a simples memorização de letras e proposições, pois, ao lembrar o sentido da experiência, os estudantes demonstraram um conhecimento que vai para além da apreensão dos passos do protocolo a ser seguido, possibilitando um terreno fértil para o desenvolvimento de atitudes de responsabilidade e comprometimento com a pessoa sob seu cuidado, bem como o possível aperfeiçoamento das práticas de comunicação no seu futuro ambiente profissional.

Nesse sentido, ao pensar em ações educativas se faz fundamental extrapolar as técnicas estáticas, como a memorização. Sobre este tema, Freire afirma ser;

[...] indispensável a superação da compreensão ingênua do conhecimento humano, na qual muitas vezes nos conservamos. Ingenuidade que se reflete nas ações educativas em que o conhecimento do mundo é tomado como algo que deve ser transferido e depositado nos educandos. (Paulo Freire - Extensão ou comunicação? (p. 28) (59)

Ao questionar os estudantes sobre a oportunidade de usar o conhecimento absorvido na sua prática, emergiram reflexões que deram origem a categorias habilidades e atitudes decorrentes do treinamento, isto é, como os estudantes utilizaram esse sentido apreendido. No âmbito da vida pessoal, houve um relato de uma situação delicada de saúde no núcleo familiar do participante que, diante de um diagnóstico, mesmo não estando no papel de médico, apresentou a preocupação em usar uma linguagem mais atenta e empática com seus familiares, em uma “aplicação adaptada” do treinamento. Essa situação relatada aponta para a aplicação, no *mundo da vida*, de algo vivenciado no *sistema*. Esse *mundo da vida*, de acordo com Habermas, promove uma articulação entre a personalidade, a cultura e o social, constante e indissociável entre as vivências atuais, aprendizados do passado e os projetos para o futuro, formando uma linha do tempo. Segundo o autor, se evidencia a necessidade de atuar nessa temporalidade e o fato de que essa atuação pode ser verdadeiramente estabelecida no fazer cotidiano e pelas narrativas. (8,9)

Dentro do ambiente profissional e acadêmico que costuma ser balizado pelos imperativos do sistema definido pelo mercado e o poder político, representado predominantemente pelas instituições e burocracias que valorizam o individualismo e coisificam as relações, as narrativas apontaram que, durante atendimentos médicos, emergiram questões do mundo da vida. Este último que constitui o mundo simbólico compartilhado intersubjetivamente, foi notado em atitudes de observação ao momento adequado, sobre o “quê” e “o como” falar e sobre qual a melhor maneira de construir uma relação de diálogo diante de um diagnóstico difícil e/ou uma má notícia, sempre na busca por

uma ‘atitude reflexiva’, cujo objetivo é alcançar a clareza e o respeito fundamentais a esse momento da relação médico-paciente.

Vale dizer que, como os estudantes envolvidos estavam no momento pré-clínico da graduação, em que ainda não há uma constância de atendimentos médicos, os mesmos tiveram poucas oportunidades de aplicar, na prática, o protocolo. Contudo, parece-nos que o treinamento destes durante essa fase da formação constrói uma possibilidade do *agir comunicativo* baseado no ponto de vista reflexivo e do diálogo, que possivelmente se refletem em avanços de aprendizagem e precisam ser inseridos precocemente na discussão básica formativa de nossos estudantes, que pretendemos ao final do curso possam ser empáticos e sensíveis aos diversos momentos de dor, sofrimentos e más notícias.

Na categoria denominada Aprendizagem Técnica, pode ser verificado que, embora não tenha havido relatos de uma aplicação rigorosa do protocolo na prática médica, os estudantes constataram que seguir os passos objetivos do treinamento – tais como estabelecer um ambiente seguro e reservado para comunicação médico-paciente, ter tempo para a comunicação da má notícia e o desenrolar de suas consequências, bem como buscar uma linguagem adequada, com vistas à clareza e precisão nas informações passadas –, já conferiu aos atores envolvidos um melhoria na aprendizagem do necessário ponto de vista técnico.

Podemos assim compreender que a aprendizagem reflexiva foi efetiva, sendo demonstrada nas falas de diversos estudantes envolvidos, a descrição de passos importantes do protocolo. Além disso, os questionamentos sobre os limites profissionais, demonstraram uma reflexão do lugar destes como futuros médicos e detentores do conhecimento técnico.

De acordo com Habermas o mundo da vida e o sistema estão lado a lado, e apesar de dialeticamente opostos, são complementares. Dessa forma, uma mesma realidade inclui regras e passos e/ou burocracias que podem ser vistos como aprendizagem técnica, assim como a inclusão de aspectos da sociedade mais complexos e multiculturais que podem ser racionalizados ou reproduzidos simbolicamente mediante agir comunicativo. A esse respeito, o autor chama a atenção para a importância do *agir comunicativo* como forma de construção de uma comunicação verdadeiramente dialógica que permita o trânsito eficiente entre esses mundos. Nesse sentido, nesta etapa da pesquisa, é possível observar esses dois mundos, de modo que por um lado, os relatos indicam a valorização do questionário e a busca por uma certa rigidez no processo de aplicação, expondo uma expectativa por uma educação mais mecanizada, natural de uma formação em suas bases voltadas para esse *sistema*; enquanto por outro lado, surgiram relatos que demonstram uma interseção entre os aprendizados técnicos apreendidos e suas relações pessoais, sejam familiares ou entre colegas na formação.

Nesse sentido, se apresenta a possibilidade de uma aplicação adaptada a sua prática cotidiana, pois o ensino deve levar em conta o contexto vivido, mesmo que seja em contexto familiar como trazido por parte dos estudantes, mesmo por aqueles que ainda não utilizaram o protocolo profissionalmente, mas em suas vidas pessoais.

De acordo com Habermas, atuamos no *mundo da vida* (articulação entre personalidade, cultura e social) (73), dessa forma, é necessário saber atuar no contexto presente. Foi observado que os estudantes que, no momento da pesquisa, se encontravam ainda no ciclo de formação pré-clínico estavam utilizando o aprendido na capacitação em suas vidas pessoais, dentro de uma temporalidade, reforçando assim a sugestão da implementação de comunicação de más notícias ainda nos primeiros semestres como algo tão relevante e fundamental a formação médica quanto qualquer outra disciplina do ciclo básico.

É preciso, assim, refletir como educadores sobre os modos de adaptar esses tipos de aprendizagem ao *mundo da vida* das pessoas envolvidas, de acordo com sua realidade, o que nesse caso se mostraria como um embrião para um verdadeiro agir comunicativo.(21) *Agir comunicativo* se define por um agir sem intenção de dominação, por busca de uma linguagem comum, por sujeitos que dialogam entre si e buscam entendimento para compreensão. Tratando as questões da racionalização com uma triangulação de utilização de ciência, moral e arte para cotidianamente se comunicarem entre si. (73)

No agir comunicativo, os participantes tentam realizar consensualmente seus planos tomando como base uma definição comum da situação. E, quando se torna necessário negociar uma definição comum da situação ou quando fracassam as tentativas de entendimento no quadro de definições comuns da situação, a obtenção do consenso, que normalmente é condição para persecução de um objetivo, pode se transformar num fim.(p.233)(73)

A partir de um processo comparativo-reflexivo, em que os graduandos apresentaram uma preocupação empática ao se projetarem na situação dos colegas de curso, parece claro o reconhecimento de que os protocolos e treinamentos podem auxiliar a prática médica, mas que é no *agir comunicativo* que interrelaciona o *mundo da vida* e o *sistema* que se constitui o seu futuro fazer profissional satisfatório.

As simulações controladas realizadas durante a pesquisa possibilitaram aos participantes vivenciarem, na prática, sentimentos, sensações que elaboradas dentro de um processo de aprendizagem reflexivo, podem levar ao desenvolvimento de habilidades do estudante, não se limitando somente à aplicação do aprendizado, técnico e cognitivo do protocolo SPIKES. Essa competência comunicativa necessita de uma compreensão ampla e abrangente do *mundo da vida* dos indivíduos em questão, usando de maneira clara da

linguagem e de disposição para diálogo como principal veículo de compreensão da situação, levando em conta o espaço social e a linha do tempo histórico em que estarão inseridos, entendidos como dimensões necessárias para a construção das boas práticas em comunicação.

O *mundo da vida* é o pano de fundo do agir comunicativo formado por personalidades, em suas individualidades, cultura e sociedade, num processo permanente de interações pela linguagem, onde a pessoa é sujeito e não objeto. Sob essa perspectiva, e diante das experiências decorrentes das simulações e dos momentos de diálogo e *feedback* desenvolvidos após o primeiro momento do estudo, os estudantes passaram a pensar em si e no paciente considerando as diferentes dimensões e aspectos que compõem aquele momento da comunicação das más notícias. A partir do entendimento desta subjetividade, ressalta-se a necessidade de ser desenvolver o diálogo, a escuta e outras práticas empáticas de comunicação, afinal, como apontado nos relatos, tal habilidade faz, necessariamente, parte da prática médica futura.

A “aprendizagem técnica” foi descrita como um suporte para os estudantes que se sentiram mais seguros com o conhecimento adquirido com o treinamento com o Protocolo SPIKES. Como na reflexão do estudante que reconhece a delicadeza da situação e a aplicação adequada tanto em situações familiares e o quando sua falta pode impactar no desempenho do profissional no futuro.

O conteúdo das URs relacionado à categoria Aprendizagem Reflexiva se refere às reflexões e questionamentos que surgiram nas entrevistas um ano após (etapa 2) a capacitação que se deu a partir do método de simulação-antes e depois (consulta 1 e 2 da etapa 1). Segundo Yian Jiang, a possibilidade de vivenciar de antemão cenários de drama durante a formação, em que podem ser tratados temas como a problematização de realidade de vida e morte e diagnósticos graves e reservados, estimula questionamentos e expõe o incômodo real sentido com as situações apresentadas. Os estudantes trazem que essas experiências os auxiliam no desafio de retenção do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades de comunicação, permitindo que desenvolvam, em um ambiente controlado e seguro, uma revisão da sua postura ética, reação pessoal e atitudes em momentos tão delicados como aqueles vividos no momento da comunicação da má notícia. (74)

A possibilidade de autorreflexão e de diálogo sobre a experiência vivida inerentes ao processo de aprendizagem proposto se mostra como um caminho promissor para formação de médica, proporcionando o desenvolvimento de comportamentos e atuações mais críticas. Assim, calcados em uma dinâmica *ação-reflexão*, como nos apresenta Freire em *Pedagogia da Autonomia*, o estudante poderá vivenciar situações no ciclo pré-clínico em ambientes

simulados e controlados e, posteriormente, aplicar os conhecimentos decorrentes de suas reflexões na sua prática clínica. (75-77)

Faz-se importante destacar ainda que as reflexões podem permitir um manejo de uma ação comunicativa, um *agir comunicativo* na qual os atores participantes, dentre eles médicos e profissionais de saúde, pacientes, familiares e comunidades, possam dialogar e encontrar caminhos satisfatórios na construção da saúde. O claro entendimento comunicacional poderia evitar os fracassos, os litígios e os não cumprimentos às melhores práticas em saúde.

Com relação ainda a esta etapa, surgiu a categoria em que os estudantes fizeram críticas e sugestões a pesquisa. Estas devolutivas se concentraram, principalmente, em dois pontos: (1) os PS eram estudantes de medicina da mesma instituição de anos anteriores, assim como eles (MS). Nesse sentido, foi sugerido a contratação de atores profissionais para assumir o papel de OS; e (2) o desafio de ser gravado durante as consultas. Embora seja fundamental para fins acadêmicos, ao serem confrontados com câmeras de vídeo, os estudantes se mostraram mais tímidos e também mais deslocados da sensação do real.

A crítica à descontinuidade, junto com algumas falas de momentos em que os alunos puderam perceber o uso do protocolo e da capacitação em más notícias, nos fazem pensar sobre a possibilidade dele ser usado em notícias mais corriqueiras e comuns na atenção primária em saúde, tais como aquelas relativas a doenças crônicas, e não apenas em más notícias, como no caso de doenças oncológicas, contexto para qual ele foi inicialmente criado.

Pensar em capacitações como essas que incluam todo o curso de medicina em momentos diferentes da formação seria primordial para uma aprendizagem mais completa das habilidades de comunicação, apesar de um grande desafio logístico para superar as limitações observadas.

[...]a posição normal do homem no mundo, como um ser da ação e da reflexão, é de ad-mirador do mundo. Como um ser da atividade que é capaz de refletir sobre si e sobre a própria atividade que dele se desliga, o homem é capaz de 'afastar-se' do mundo para ficar nele e com ele. Somente o homem é capaz de realizar esta operação de que resulta sua inserção crítica na realidade. 'Ad-mirar' a realidade significa objetivá-la, apreendê-la como campo de sua ação e reflexão. Significa penetrá-la, cada vez mais lucidamente, para descobrir as inter-relações verdadeiras dos fatos percebidos. (Paulo Freire, p 36, Extensão ou comunicação? (59))

No segundo semestre de 2019, quando se tinha como objetivos específicos comparar o desempenho em uma estação de OSCE para comunicar más notícias entre estudantes que participaram do programa de desenvolvimento para comunicação com base no protocolo SPIKES na fase pré-clínica, não houve diferença significativa entre os grupos.

Isso pode se justificar por dois possíveis fatores limitantes na pesquisa. Primeiramente, devido ao estresse e o nervosismo pela avaliação do OSCE. Além da própria atitude esperada de dar más notícias já ser um fator estressante, como descrito anteriormente, para 41 (66%) dos docentes o nervosismo do participante pode ter comprometido o seu desempenho. Amaral em 2007 propôs que os próprios alunos seniores fossem avaliadores, no lugar de professores, visando a redução do estresse em situação avaliativa do OSCE (60).

Buckman (1984) discute os processos psicológicos aos quais o médico se submete quando participa da comunicação de uma má notícia.(78) A dificuldade dos médicos em expressar más notícias é atribuída pelo autor a fatores como ansiedades e medos que permeiam a prática médica: medo do paciente julgá-lo culpado pelo diagnóstico; medo de não serem qualificados o suficiente para lidar com a situação; medo de expressar reações e emoções; medo do processo de morte em si; e fatores que terminam os direcionando a se culparem pelo processo de doença propriamente dito.(27) Uma segunda limitação possível, dessa etapa da pesquisa, se deve ao tamanho amostral reduzido da presente pesquisa. Sabe-se que quando o tamanho da amostra é muito restrito (usualmente <30), é dificultada a análise de subgrupos e comprometido o desempenho dos testes estatísticos, sendo a amostra da presente pesquisa limítrofe.

Durante o percurso metodológico da pesquisa, os pacientes simulados da terceira etapa foram convidados a partir de voluntários do grupo de pesquisa em comunicação médica, já buscando suprir as limitações pontuadas anteriormente na primeira etapa. Apesar de todos serem estudantes de medicina e não atores, estes estavam mais capacitados e também mais seriamente envolvidos com a temática de habilidades de comunicação. Fator que foi observado de uma forma geral, pois pela avaliação dos professores os PS parecem não ter influenciado negativamente o cenário de drama apresentado.

O item com menor média total foi: “Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano” e os itens com médias mais altas foram: “Avaliou o entendimento do paciente e se colocou “disponível para as orientações” e “Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos”.

É interessante notar que no acróstico do SPIKES, o “S” final significa *Summary* (resumo). Fazendo um paralelo ao item que obteve menor média - “Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano” -, podemos pensar que o resumo, passo final do protocolo, é uma conduta que precisa ser desenvolvida, necessitando um maior conhecimento técnico. Já os itens com médias mais altas apontam que embora esses estudantes não possuam em sua matriz curricular os componentes que, versam de forma

prática ou técnica sobre a comunicação de más notícias, a preocupação com a relação médico-paciente e o acolhimento empático se faz presente nesse grupo como um todo.

A análise desses dois “extremos”, entre médias máximas e mínimas, reforça as discussões desenvolvidas a partir da realização da etapa 2 desta pesquisa, uma vez que o item que depende diretamente do domínio técnico do conteúdo médico foi pior avaliado, enquanto os conhecimentos de aprendizado de desenvolvimento, que envolvem habilidades de comunicação mais empáticas, foram melhor absorvidas.

De acordo com Martins et al. (2015) a avaliação do desempenho do estudante deve ser um apoio ao processo educacional. Estes autores propõem pensar a avaliação de acordo com a Pirâmide de Miller que é composta por quatro níveis: saber, saber como, demonstrar e fazer (da base ao topo, respectivamente). Os dois primeiros níveis se referem ao conhecimento teórico e os dois níveis superiores às habilidades técnicas e comportamentos.(79)

O “saber” se refere aos testes de conhecimentos factuais e o “saber como” os testes cognitivos contextualizados a partir de casos clínicos ou problemas. Estes dois níveis já vêm sendo utilizados regularmente na educação médica em diversos componentes. O “demonstrar”, por sua vez, abarca a avaliação em ambientes simulados, OSCE e paciente simulados, estratégias utilizadas na presente pesquisa.(79) No entanto o quarto nível do “fazer”, que se refere a avaliação em ambiente real não foi objetivo da pesquisa. Dessa maneira, mais pesquisas que se proponham a estudar os níveis superiores das competências de comunicação seriam importantes.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo devem ser levadas em considerações por ser um programa construído no decorrer da presente pesquisa. Ressalta-se que na intervenção em 2016 não houve a possibilidade de dar feedback imediato devido a condições logísticas e a duração da atividade ter sido já extensa. Foi analisado e decidido que a manutenção em mais um turno na pesquisa poderia levar a exaustão dos estudantes. No entanto, é possível apontar que o feedback imediato poderia ser um potencializador da reflexão e auxiliaria na possível assimilação do processo de ensino-aprendizagem.

Outra limitação do estudo se deve a ter sido realizado em uma só instituição, favorecendo assim que as perdas se tornassem bastante significativas. Além disso, a intervenção inicial em 2016 possuía um número baixo de participantes (n=20) o que por fim, acarretou em um número pequeno em 2019, durante a terceira etapa (n=32; sendo n=16 do grupo teste e n=16 do grupo controle).

É importante ressaltar também que por serem professores de áreas diferentes que compuseram a banca de especialistas, uma avaliação prévia das diferenças inter e intra avaliador poderia permitir um alinhamento mais confiável na avaliação da terceira etapa.

Os estudantes participantes, além de fazerem parte do presente programa, estavam seguindo o curso da graduação usual com componentes e aprendizados extra-curriculares, sendo assim, estes podem ter aprendido de outra forma ao longo da formação, não sendo possível o controle de todas as variáveis. Além disso, a terceira etapa da pesquisa é uma avaliação institucional e o nervosismo é um fator que também não é possível de controlar, podendo ter prejudicado o desempenho dos estudantes.

8 CONCLUSÃO

A aplicação do programa de desenvolvimento para comunicação de más notícias proporcionou uma troca de conhecimento e uma vivência que resultou na melhora na sensação de nervosismo e inseguranças dos estudantes na primeira consulta, com aumento da frequência de tranquilidade e segurança na segunda consulta imediatamente após a participação na primeira etapa do programa. Para os estudantes que participaram como pacientes simulados após a intervenção a comunicação foi mais eficaz e clara.

A verificação da retenção do conhecimento nos estudantes que participaram do programa após um ano e a vivência em atendimentos simulados demonstrou sua aprendizagem reflexiva, objetivo mais complexo do processo de ensino e aprendizagem. Por vezes, a aplicabilidade do programa de comunicação de más notícias extrapolou o contexto de prática da clínica médica – ainda incipiente para maioria dos estudantes participantes -, sendo útil em âmbito familiar também em outras situações de saúde, em que a comunicação clara e empática se faz necessária.

Após 3 anos da participação no programa, não houve diferença entre os que participaram (“grupo teste”) e os que não participaram (grupo controle).

Ressalta-se assim que o próprio processo de simulação possui papel importante no ensino de habilidades de comunicação, quando comparado com outras estratégias de ensino, mas ainda precisa ser mais pesquisado e aplicado. Essa pesquisa sugere que seria interessante criar oportunidades do uso de simulações para a comunicação de más notícias mais simples e mais cotidianas de forma precoce, no início do curso, aumentando sua graduação de complexidade até os anos clínicos e internato para que o resultado ação-reflexão tenha resultado mais efetivo e com retenção tardia satisfatória

Os achados dessa pesquisa apontam ainda para a possibilidade do uso do protocolo na atenção básica, que para os estudantes de medicina englobaria o uso e a relação com mais componentes curriculares e experiências práticas destes. Estas experiências ainda são pouco descritas em pesquisas, foram encontradas capacitações para alguns profissionais com a apresentação do protocolo SPIKES, estes relatos de experiências são ainda iniciais, evidenciando a escassa difusão de protocolos que abarquem a educação em comunicação na área de saúde e apontado para a necessidade de investigações na área.

Conclui-se que a educação em comunicação no curso de medicina é ainda insuficiente, portanto, sugere-se a adoção de diretrizes e protocolos voltados para o desenvolvimento das habilidades de comunicação de forma permanente no ensino médico.

REFERÊNCIAS

1. Araújo IS (Ed.). Comunicação e Saúde. 20a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
2. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e política. 3a ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2002.
3. Maturana H. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: UFMG; 2001.
4. Sibeles GN, José SIR, Mesquita CA. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na Formação Médica Facing Death: the Search for Quiron in Medical Education. Revista Brasileira de Educação Médica. December 2010; 34(4):487-96.
5. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da Educação Médica TT. Rev bras educ méd [Internet]. 2004; 28(2):99-104. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-391914>.
6. Mesquita AJ. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Soc [Internet]. 2004; 13(3):16-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>.
7. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis Rev Saúde Coletiva. 2007; 17(1):43-62.
8. Menezes Junior ADS, Brzezinski I. A teoria do agir comunicativo e a formação médica: análise crítica das competências curriculares e da relação médico-paciente. EccoS - Rev Científica. Dec 2018; (47):441-56.
9. Silva MCA, Gasparin JL. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas e suas influências sobre a educação escolar. 2006. Disponível em: https://silo.tips/queue/a-teoria-da-ao-comunicativa-de-jrgen-habermas-e-suas-influencias-sobre-a-educaa?&queue_id=-1&v=1640300647&u=MjgwNDpkNDc6NTY0OT04NzAwOmYxMWY6ZjE5MT03YWw0Ojg4YTM=
10. Chaves FC. Por uma pedagogia da notícia: o conceito de comunicação em Paulo Freire. Mediação, Belo Horizonte. 2018 jul./dez; 20(27).
11. Kaufman A. Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica. São Paulo: Editora Ágora; 1992.
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. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>.
13. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. CMAJ. 1997; 156:1159-64.
14. 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. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455655>.
15. Belli LF. Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;1-6.
 16. Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* [Internet]. 2008; 31(1):7-12. Disponible em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2435037&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
 17. 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.
 18. Isquierdo APR, Miranda GFF, Quint FC, Pereira AL, Guirro UBP. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2021; 45(2).
 19. 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. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.012>.
 20. Azadi A, Abdekhoda M, Habibi S. Medical student's skills in notifying bad news based on SPIKES protocol. *J Liaquat Univ Med Heal Sci*. 2018 Oct 1; 17(4):249-54.
 21. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020 Aug 1; 103(8):1623-9.
 22. Arcanjo CIL, Lustosa KA, Andrade ROS, Feitosa LB, Caprara A. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias Using the Spikes Protocol to Teach Skills in Breaking Bad News. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2011 mar; 35(1)
 23. 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; 25(01):1-6. Disponible em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00063110-900000000-99319>.
 24. Dunning R, Laidlaw A. The application of the Practitioners in Applied Practice Model during breaking bad news communication training for medical students: a case study. *Scott Med J* [Internet]. 2015;1-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26403567>.
 25. Wang S, Ren X, Ye J, Wang W, Huang H, Qin C. Exploration of simulation-based medical education for undergraduate students. *Medicine (Baltimore)*. 2021 May 21;100(20):e25982.
 26. Surribas M, Almenara P. Ética y comunicación. *Rev Enferm ROL* [Internet]. 1994;

- 193:61-4. Available from:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/103683/1/103851.pdf>.
27. Epstein R, Street Jr RL. National Cancer Institute Communication Promoting Healing and Reducing Suffering. *Natl Cancer Inst.* 2007; (1):1-222.
 28. 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>.
 29. Leal-Seabra F, Costa MJ. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. *FEM Rev la Fund Educ Médica.* 2015; 18(6):387-95.
 30. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 Mar; 36(1):5-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100002&tlng=pt.
 31. Conselho Feredal de Medicina. Código de ética médica [Internet]. v. 3. 2019. p. 153-63. Available from: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-3b3fff6463464959dcd1b68d0320f781.pdf.
 32. Santos AIP. Ensino - aprendizagem de competências na comunicação de más notícias na formação pré-graduada em medicina. 2020. [Dissertação de mestrado]. Covilhã (Portugal): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Beira Interior; 2020. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10662>
 33. 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.
 34. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Glober GA, Myers EG, Greisinger AJ, et al. Communication skills training in oncology: Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer.* 1999; 86(5):887-97.
 35. Arnold SJ, Koczwara B. Breaking bad news: Learning through experience. *J Clin Oncol.* 2006; 24(31):5098-100.
 36. Cacchiarelli N, Musso CG. Enseñando a comunicar malas noticias en medicina . Una experiencia en el Hospital Italiano. *Rev del Hosp Ital Buenos Aires.* 2012; 32(4):178-81.
 37. Fraser HC, Kutner JS, Pfeifer MP. Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med.* 2001; 4(3):337-43.
 38. Denniston C, Molloy E, Nestel D, Woodward-Kron R, Keating JL. Learning outcomes

for communication skills across the health professions: A systematic literature review and qualitative synthesis. *BMJ Open*. 2017; 7(4).

39. Souza RAP, Souza SR. A Complex Care: Communicating Bad News in Oncology. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2012; 4(4):2920-9.
40. Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: A review with suggestions for implementation. *Med Teach*. 2013; 35(5):395-403.
41. Cruz CO, Riera R. Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. *Diagn Trat*. 2016; 21(3):106-8.
42. Instituto Nacional do Câncer. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
43. 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.
44. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med [Internet]*. 2007; 167(5):453-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353492>.
45. Schmitz FM, Schnabel KP, Bauer D, Woermann U, Guttormsen S. Learning how to break bad news from worked examples: Does the presentation format matter when hints are embedded? Results from randomised and blinded field trials. *Patient Educ Couns*. 2020 Sep 1; 103(9):1850-5.
46. Franco CAG dos S, Franco RS, Santos VM dos, Uiemá LA, Mendonça N bitant, Casanova AP, et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2015 Sep;39(3):433-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300433&lng=pt&tlng=pt.
47. Flores-Funes D, Aguilar-Jiménez J, Lirón-Ruiz RJ, Aguayo-Albasini JL. Are bad news correctly communicated in medicine? Results of a training workshop based on videos and debriefing. *Educ Medica*. 2020 Mar 1; 21(2):118-22.
48. Schmitz FM, Schnabel KP, Bauer D, Bachmann C, Woermann U, Guttormsen S. The learning effects of different presentations of worked examples on medical students' breaking-bad-news skills: A randomized and blinded field trial. *Patient Educ Couns [Internet]*. 2018; 101(8):1439-51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.02.013>.
49. Dohms M, Tesser CD, Grossemán S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da

comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(3):311-9.

50. Brasil (Ministério da Educação). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Diário Oficial da União. 2001. p. 38. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf.
51. Engelhorn CA. O Uso do Role-Play no ensino da técnica de anamnese e de habilidades de comunicação para estudantes de Medicina. *Rev bras educ méd* [Internet]. 2019; 43(3):178-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0100-55022019000300178.
52. Martins RG, Carvalho IP. Breaking bad news: Patients' preferences and health locus of control. *Patient Educ Couns*. 2013; 92(1).
53. 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.
54. Kiluk JV, Dessureault S, Quinn G. Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. *J Cancer Educ*. 2012; 27(2):277-80.
55. 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.
56. Brasil (Ministério da Educação). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília; 2014 p. 8–12. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.
57. Wang S, Ren X, Ye J, Wang W, Huang H, Qin C. Exploration of simulation-based medical education for undergraduate students. *Medicine (Baltimore)*. 2021; 100(20):e25982.
58. Rabelo L, Lúcia V, Ii G. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e relacionais role-Play for the Development of Communication Skills. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015; 39(4):586-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>.
59. 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>.
60. Bagacean C, Cousin I, Ubertini AH, El Yacoubi El Idrissi M, Bordron A, Mercadie L, et

- al. Simulated patient and role play methodologies for communication skills and empathy training of undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2020 Dec 1; 20(1).
61. 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>.
 62. Amaral FTV, Troncon LEA. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (Osce). *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(1):81-9.
 63. Jacques AP, Adkins EJ, Knepel S, Boulger C, Miller J, Bahner DP. Educating the delivery of bad news in medicine: Preceptorship versus simulation. *Int J Crit Illn Inj Sci [Internet]*. 2011; 1(2):121-4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3249843&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
 64. 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).
 65. Engerer C, Berberat PO, Dinkel A, Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Integrating 360° behavior-orientated feedback in communication skills training for medical undergraduates: Concept, acceptance and students' self-ratings of communication competence. *BMC Med Educ.* 2016; 16(1):1-8.
 66. Westmoreland KD, Banda FM, Steenhoff AP, Lowenthal ED, Isaksson E, Fassl BA. A standardized low-cost peer role-playing training intervention improves medical student competency in communicating bad news to patients in Botswana. *Palliat Support Care [Internet]*. 2019 Feb 17; 17(1):60-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328405/>.
 67. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - Training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ.* 2014; 14(1):1-10.
 68. 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.
 69. Liberali R, Grosseman S. Uso de Psicodrama em medicina no Brasil: Uma revisão de literatura. *Interface Commun Heal Educ.* 2015; 19(54):561-71.
 70. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev Bioética.* 2010; 18(3):725-

42.

71. 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.
72. Turini B, Martins Neto D, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008; 32(2):264-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200015&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n2/a15v32n2.pdf.
73. Sagebin Bordini G, Sperb TM. O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa 1 Synchronous On-Line Focus Groups In Qualitative Research. Vol. 16, *Psicologia em Estudo*.
74. Abreu N. Focal Groups On-Line: From The Conceptual Reflections To The Virtual Environment Application. *Jistem. J Inf Syst Technol Manag*. 2009 Apr 30; 05-24.
75. Freire P. Educação como prática da liberdade. 36a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
76. Freire P. Pedagogia do oprimido. 11a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
77. Freire P. Conscientização Teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a ed. São Paulo: Editora Moraes; 1980.
78. Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J*. 1984; 288(6430):1597-9.
79. Martins MDA, Germani AC, Vanzolini ME, Tempski P. Avaliação e seus impactos na formação médica. *Profissão Docente Med USP* [Internet]. 2015; 3:1-6. Available from: https://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_114_news_letter_2.pdf

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÉDICO SIMULADO

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 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, Pituaçu. 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 B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente Simulado**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.

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, Pituacu. 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

Apêndice C - 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 D - 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 E - 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 F - 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 G - 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 – Knowledge (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 H – Questionário Sociodemográfico

Nome completo: _____

I - DADOS DEMOGRÁFICOS			
EBMSP		Semestre letivo:	
Idade:	Sexo: Feminino	Masculino	Religião:
Onde fez o seu 2º grau:			Passou na 1ª vez no vestibularN ()
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\$1.734,00até 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

Apêndice I – Roteiro Entrevista Médico Simulado – Um Ano Após

- (1) O que significa protocolo SPIKES?**
- (2) O que significam as letras ?**
- (3) Você teve oportunidade de usar em sua prática profissional durante esse ano?**
- (4) Teve alguma aplicação em sua vida pessoal?**
- (5) Como tinha sido passar por essa experiência?**
- (6) Você faria sugestões e críticas ao processo?**

Apêndice J – Roteiro Caso OSCE - Personagem Feminino

Seu nome é Joana, você tem 20 anos, é solteira e estudante de fisioterapia do segundo ano. Reside com sua avó desde que foi aprovada no vestibular. Sua família é de Irecê. Você é a mais velha de 3 irmãos, que ainda estão cursando o ensino médio.

Você sempre foi muito responsável e estudiosa, além das atividades acadêmicas ainda encontrava tempo para participar de monitorias e atividades de extensão, atualmente muito empolgada com o PetSaúde, uma atividade de extensão que estimula atividades com a comunidade. Outra paixão sua é esportes, desde nova gosta de jogar vôlei e tem participado de competições estudantis.

Há umas duas semanas você foi vítima de um assalto, estava retornando de um jogo que acabou um pouco mais tarde e estava distraída. Você estava quase chegando em casa e não percebeu a aproximação de um homem que mandou que entregasse a sua bolsa e celular, assustou-se e correu para dentro de casa. Só se recorda de ter escutado um estampido e ter sentido uma intensa dor na coluna, depois não se recorda de nada. Tudo se passou muito rápido, lembra vagamente de que alguém imobilizou o seu pescoço e que a SAMU levou você para o HGE. Ficou inicialmente no CTI, depois foi transferida para a enfermaria de TRM. Desde o início não conseguia mover as pernas e estava usando uma sonda vesical. Como boa aluna, sabia o que podia estar ocorrendo, a sua esperança é que fosse transitório.

Desde o seu internamento você vem sendo acompanhada por um(a) residente(a) que estava na emergência quando você foi internada, ele/ela ia no CTI diariamente e agora era seu (sua) médico(a) assistente na enfermaria. Você realizou uma ressonância magnética e está ansiosa para saber o resultado. Tenta não pensar no resultado, como será sua vida a partir de agora?

Você está no seu leito na enfermaria aguardando o(a) seu(sua) médico(a) que vai falar com você sobre o resultado do exame.

Apêndice K – Roteiro Caso OSCE - Personagem Masculino

Seu nome é João, você tem 20 anos, é solteiro e estudante de fisioterapia do segundo ano. Reside com sua avó desde que foi aprovado no vestibular. Sua família é de Irecê. Você é o mais velho de 3 irmãos, que ainda estão cursando o ensino médio.

Você sempre foi muito responsável e estudioso, além das atividades acadêmicas ainda encontrava tempo para participar de monitorias e atividades de extensão, atualmente muito empolgado com o PetSaúde, uma atividade de extensão que estimula atividades com a comunidade. Outra paixão sua é esportes, desde novo gosta de jogar vôlei e tem participado de competições estudantis.

Há umas duas semanas você foi vítima de um assalto, estava retornando de um jogo que acabou um pouco mais tarde e estava distraído. Você estava quase chegando em casa e não percebeu a aproximação de um homem que mandou que entregasse a sua carteira e celular, assustou-se e correu para dentro de casa. Só se recorda de ter escutado um estampido e ter sentido uma intensa dor na coluna, depois não se recorda de nada. Tudo se passou muito rápido, lembra vagamente de que alguém imobilizou o seu pescoço e que a SAMU levou você para o HGE. Ficou inicialmente no CTI, depois foi transferido para a enfermaria de TRM. Desde o início não conseguia mover as pernas e estava usando uma sonda vesical. Como bom aluno, sabia o que podia estar ocorrendo, a sua esperança é que fosse transitório.

Desde o seu internamento você vem sendo acompanhada por um(a) clínico(a) que estava na emergência quando você foi internada, ele/ela ia no CTI diariamente e agora era seu (sua) médico(a) assistente na enfermaria. Você realizou uma ressonância magnética e está ansioso para saber o resultado. Tenta não pensar, como será sua vida a partir de agora?

Você está no seu leito na enfermaria aguardando o(a) seu(sua) médico(a) que vai falar com você sobre o resultado do exame.

Apêndice L – OSCE 10º semestre – Estação de Clínica Médica – apresentação para MS caso feminino

Você é médico(a) residente e está acompanhando Joana, desde quando ela foi admitida na emergência, com traumatismo raquimedular por projétil de arma de fogo em um assalto. Joana é uma paciente de 20 anos e é aluna do 2º ano de fisioterapia da escola em que você se formou. Você ficou muito mobilizado(a) com a situação e visita Joana diariamente no hospital. Um vínculo de amizade e confiança foi criado entre vocês. Agora ela já está na enfermaria e aguarda ansiosamente o resultado da ressonância magnética (RM) que você ficou de dar o resultado.

Antes de entrar na enfermaria você revê com o neurologista a RM e fica claro que a limitação de Joana será permanente.

SUA TAREFA:

Você deve informar esse resultado. Você já reviu todos os dados e planejou como comunicar essa difícil notícia.

**Apêndice M – OSCE 10º Semestre – Estação de Clínica Médica – Apresentação para MS
Caso Masculino**

OSCE 10º SEMESTRE – ESTAÇÃO DE CLÍNICA MÉDICA

Você é médico(a) residente e está acompanhando João, desde quando ele foi admitido na emergência, com traumatismo raquimedular por projétil de arma de fogo em um assalto. João é um paciente de 20 anos e é aluno do 2º ano de fisioterapia da escola em que você se formou. Você ficou muito mobilizado(a) com a situação e visita João diariamente no hospital. Um vínculo de amizade e confiança foi criado entre vocês. Agora ele já está na enfermaria e aguarda ansiosamente o resultado da ressonância magnética (RM) que você ficou de dar o resultado.

Antes de entrar na enfermaria você revê com o neurologista a RM e fica claro que a limitação de João será permanente.

SUA TAREFA:

Você deve informar esse resultado. Você já reviu todos os dados e planejou como comunicar essa difícil notícia.

Apêndice N – Checklist para Professor - OSCE - Caso Feminino

ESTAÇÃO CLÍNICA MÉDICA

Aluno (a)

Professor (a)

Data ____/____/____

CASO CLÍNICO

Você é médico(a) residente e está acompanhando Joana, desde quando ela foi admitida na emergência, com traumatismo raquimedular por projétil de arma de fogo em um assalto. Joana é uma paciente de 20 anos e é aluna do 2º ano de fisioterapia da escola em que você se formou. Você ficou muito mobilizado(a) com a situação e visita Joana diariamente no hospital. Um vínculo de amizade e confiança foi criado entre vocês. Agora ela já está na enfermaria e aguarda ansiosamente o resultado da ressonância magnética (RM) que você ficou de dar o resultado.

Antes de entrar na enfermaria você revê com o neurologista a RM e fica claro que a limitação de Joana será permanente.

SUA TAREFA:

Você deve informar esse resultado. Você já reviu todos os dados e planejou como comunicar essa difícil notícia.

CHECKLIST DA ESTAÇÃO PARA AVALIADORES E PACIENTES SIMULADOS

As instruções para o ator estão em negrito.

Características observáveis	Sim	Não	Parcial
1. Acolhimento e orientação inicial (S - Setting up the interview - Como planejar a entrevista) Paciente: Oi, eu estava muito ansiosa esperando que me trouxesse uma boa notícia. Conduta esperada: Demonstra atitude de escuta ativa e se coloca à disposição do paciente, olhar no olho. Exemplo: “Já vi todos os seus exames e conversei com o neurologista. Você gostaria de ter alguém de sua família nesse momento?”. Caso pergunte sobre acompanhante, informar que prefere estar sozinha.			
2. Avaliar a percepção do paciente. (P- Perception - Como avaliar a percepção do paciente) Paciente: E aí, o que tem para me falar? (Um pouco de silêncio e demonstrando apreensão). Conduta esperada: Tentar entender o que o paciente já sabe sobre seu caso, o que representa para ele e dar espaço para ele fazer perguntas. Exemplo: “Sei que tudo é muito recente e muitas coisas devem estar passando em sua cabeça, gostaria de falar um pouco sobre essa questão? O que você entende sobre a sua situação?”			

<p>3. Verificar o aprofundamento das informações (I - Invitation - Como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações) Paciente: Não sei nem se quero saber... (demostrando angústia e inquietação). Conduta esperada: Estar disponível para entender os limites de aceitação da notícia, ou seja, se paciente está pronto para receber aquela informação naquele momento. Ou conferir se o paciente quer detalhes do diagnóstico e prognóstico. Por exemplo: “Quero que você se sinta à vontade, podemos conversar depois” ou “Importante saber se você gostaria que explicasse em detalhes”</p>			
<p>4. Transmissão da informação (K - Knowledge - Como transmitir a notícia e as informações ao paciente) “Melhor saber logo”. Conduta esperada: Informa com clareza, delicadeza e sinceridade, evita detalhamento desnecessário, demonstra confiança, evita transmitir ansiedade, porém não demonstra frieza. Deve comentar que a bala causou uma lesão irreversível da coluna o que pode trazer várias consequências e sequelas, como não andar.</p>			
<p>5. Resposta emocional à situação (E - Emotion - Como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções do paciente e de família.) “Paciente fica em silêncio com a cabeça baixa e as mãos sobre a cabeça” Conduta esperada: Ficar também em silêncio, com atitude respeitosa e empática, sem fugir o olhar (continuar presente). Esboça movimento de apoio como tocar levemente no paciente nos braços ou ombro. Aguardar a reação do paciente.</p>			
<p>6. Definição de estratégias (S - Strategy and summary - Como resumir e traçar estratégias com paciente e familiares) Paciente: Levanta a cabeça estende a mão para o residente e pergunta “E agora? Como será a minha vida?” Conduta esperada: De forma compartilhada com o paciente, apontar possibilidades e estratégias de tratamento, ser honesto sem desestimular e tirar a esperança do paciente. Por exemplo: A importância de seguir com a fisioterapia, uso da cadeira de rodas, verificar formas de adaptação e acerto com a Escola para continuar o curso, apoio psicológico, etc.</p>			
7) Utilizou linguagem verbal e corporal apropriada			
<p>Total de acertos – multiplicar cada acerto por 0,286– total: peso “2” em caso de acerto parcial considerar 0,5 ponto</p>	<p>Nº acertos ____ X 0,286 Nota _____</p>		

Avaliação global do professor sobre a atuação do aluno:

() Ruim () Regular () Bom () Excelente

Apêndice O – Checklist para Professor - OSCE– Caso Masculino

OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2
ESTAÇÃO CLÍNICA MÉDICA

Aluno (a)

Professor (a)

Data ____/____/____

CASO CLÍNICO

Você é médico(a) residente e está acompanhando João, desde quando ele foi admitido na emergência, com traumatismo raquimedular por projétil de arma de fogo em um assalto. João é um paciente de 20 anos e é aluno do 2º ano de fisioterapia da escola em que você se formou. Você ficou muito mobilizado(a) com a situação e visita João diariamente no hospital. Um vínculo de amizade e confiança foi criado entre vocês. Agora ele já está na enfermaria e aguarda ansiosamente o resultado da ressonância magnética (RM) que você ficou de dar o resultado.

Antes de entrar na enfermaria você revê com o neurologista a RM e fica claro que a limitação de João será permanente.

SUA TAREFA:

Você deve informar esse resultado. Você já reviu todos os dados e planejou como comunicar essa difícil notícia.

CHECKLIST DA ESTAÇÃO PARA AVALIADORES E PACIENTES SIMULADOS

As instruções para o ator estão em negrito.

Características observáveis	Sim	Não	Parcial
1. Acolhimento e orientação inicial (S - Setting up the interview - Como planejar a entrevista) Paciente: Oi, eu estava muito ansiosa esperando que me trouxesse uma boa notícia. Conduta esperada: Demonstra atitude de escuta ativa e se coloca à disposição do paciente, olhar no olho. Exemplo: “Já vi todos os seus exames e conversei com o neurologista. Você gostaria de ter alguém de sua família nesse momento?”. Caso pergunte sobre acompanhante, informar que prefere estar sozinha.			
2. Avaliar a percepção do paciente. (P- Perception - Como avaliar a percepção do paciente) Paciente: E aí, o que tem para me falar? (Um pouco de silêncio e demonstrando apreensão). Conduta esperada: Tentar entender o que o paciente já sabe sobre seu caso, o que representa para ele e dar espaço para ele fazer perguntas. Exemplo: “Sei que tudo é muito recente e muitas coisas devem estar passando em sua cabeça, gostaria de falar um pouco sobre essa questão? O que você entende sobre a sua situação?”			

<p>3. Verificar o aprofundamento das informações (I - Invitation - Como avaliar o desejo de saber do paciente e obter o seu pedido por informações) Paciente: Não sei nem se quero saber... (demostrando angústia e inquietação). Conduta esperada: Estar disponível para entender os limites de aceitação da notícia, ou seja, se paciente está pronto para receber aquela informação naquele momento. Ou conferir se o paciente quer detalhes do diagnóstico e prognóstico. Por exemplo: “Quero que você se sinta à vontade, podemos conversar depois” ou “Importante saber se você gostaria que explicasse em detalhes”</p>			
<p>4. Transmissão da informação (K - Knowledge - Como transmitir a notícia e as informações ao paciente) “Melhor saber logo”. Conduta esperada: Informa com clareza, delicadeza e sinceridade, evita detalhamento desnecessário, demonstra confiança, evita transmitir ansiedade, porém não demonstra frieza. Deve comentar que a bala causou uma lesão irreversível da coluna o que pode trazer várias consequências e sequelas, como não andar.</p>			
<p>5. Resposta emocional à situação (E - Emotion - Como validar a expressão de sentimentos e oferecer respostas afetivas às emoções do paciente e de família.) “Paciente fica em silêncio com a cabeça baixa e as mãos sobre a cabeça” Conduta esperada: Ficar também em silêncio, com atitude respeitosa e empática, sem fugir o olhar (continuar presente). Esboça movimento de apoio como tocar levemente no paciente nos braços ou ombro. Aguardar a reação do paciente.</p>			
<p>6. Definição de estratégias (S - Strategy and summary - Como resumir e traçar estratégias com paciente e familiares) Paciente: Levanta a cabeça estende a mão para o residente e pergunta “E agora? Como será a minha vida?” Conduta esperada: De forma compartilhada com o paciente, apontar possibilidades e estratégias de tratamento, ser honesto sem desestimular e tirar a esperança do paciente. Por exemplo: A importância de seguir com a fisioterapia, uso da cadeira de rodas, verificar formas de adaptação e acerto com a Escola para continuar o curso, apoio psicológico, etc.</p>			
<p>7) Utilizou linguagem verbal e corporal apropriada</p>			
<p>Total de acertos – multiplicar cada acerto por 0,286– total: peso “2” em caso de acerto parcial considerar 0,5 ponto</p>	<p>Nº acertos ____ X 0,286 Nota _____</p>		

Avaliação global do professor sobre a atuação do aluno:

() Ruim () Regular () Bom () Excelente

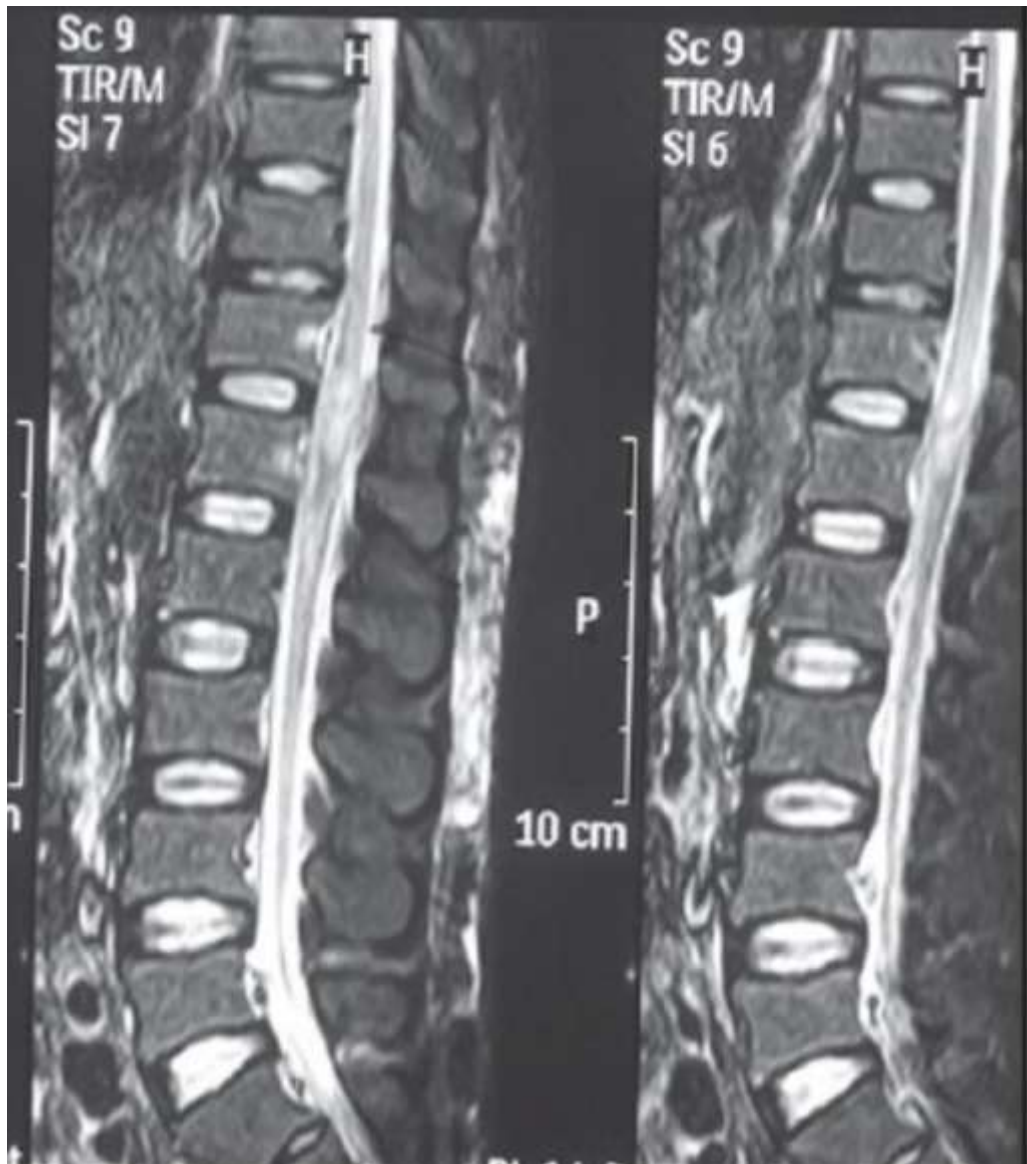
Apêndice P – Ressonância Magnética da Coluna Caso OSCE

Imagem de Ressonância Magnética de Coluna Tóraco-Lombar, ponderada em T2.

Evidencia lesão hiperintensa, medular, com 2,5 cm em seu maior eixo, discretamente heterogênea, posterior ao disco intervertebral de T12 e L1.

Considerando a história clínica de paciente vítima de arma de fogo, sugere como principal hipótese diagnóstica lesão medular com mielomalácia.

Apêndice Q – Percepção do Paciente Simulado OSCE

OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2 ESTAÇÃO CM COMUNICAÇÃO OPINIÃO PACIENTE SIMULADO

Aluno (a) _____ Paciente simulado _____

Você acha que este(a) aluno(a) será um bom ou boa médico(a) no futuro? sim() não()
não sei()

Gostaria de ser atendido por ele(a)? sim() não() não sei()

Comente a sua impressão de forma breve _____

OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2 ESTAÇÃO CM COMUNICAÇÃO OPINIÃO PACIENTE SIMULADO

Aluno (a) _____ Paciente simulado _____

Você acha que este(a) aluno(a) será um bom ou boa médico(a) no futuro? sim() não()
não sei()

Gostaria de ser atendido por ele(a)? sim() não() não sei()

Comente a sua impressão de forma breve _____

OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2 ESTAÇÃO CM COMUNICAÇÃO OPINIÃO PACIENTE SIMULADO

Aluno (a) _____ Paciente simulado _____

Você acha que este(a) aluno(a) será um bom ou boa médico(a) no futuro? sim() não()
não sei()

Gostaria de ser atendido por ele(a)? sim() não() não sei()

Comente a sua impressão de forma breve _____

**OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2 ESTAÇÃO CM COMUNICAÇÃO OPINIÃO
PACIENTE SIMULADO**

Aluno (a) _____ **Paciente simulado** _____

Você acha que este(a) aluno(a) será um bom ou boa médico(a) no futuro? sim() não()
não sei()

Gostaria de ser atendido por ele(a)? sim() não() não sei()

Comente a sua impressão de forma breve

**OSCE INTERNATO 5º ANO – 2019.2 ESTAÇÃO CM COMUNICAÇÃO OPINIÃO
PACIENTE SIMULADO**

Aluno (a) _____ **Paciente simulado** _____

Você acha que este(a) aluno(a) será um bom ou boa médico(a) no futuro? sim() não()
não sei()

Gostaria de ser atendido por ele(a)? sim() não() não sei()

Comente a sua impressão de forma breve _____

Apêndice R – Questionário Survey Professores OSCE

Cópia de Avaliação de vídeos - Habilidade de comunicação para estudantes de medicina (OSCE) - Estudante

Avaliação do atendimento do Estudante n

*** 1. Identificação**

Nome

*** 2. Agora vamos iniciar avaliação do Estudante n (En). Clique no link abaixo para avaliar o atendimento na estação do OSCE.**

Link

Na sua opinião o Estudante n foi submetido à capacitação anteriormente?

- Não
 Sim

*** 3. Agora avalie a atuação de estudante (médico simulado) e cada uma das etapas do atendimento e responda as questões a seguir:**

	Não identifiquei	Identifiquei, mas de forma inadequada	Identifiquei, porém parcialmente adequada	Identifiquei de forma adequada
Acolheu o paciente de forma empática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.				
<input type="text"/>				
Comunicou-se de forma que o paciente pudesse entender, evitando termos técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.				
<input type="text"/>				

Acolheu as dúvidas e angústias do paciente

Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.

Avaliou o entendimento do paciente e se colocou disponível para as orientações

Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.

Resumiu as principais questões abordadas e traçou uma estratégia ou um plano para ajudar os pacientes

Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.

Foi honesto sem fazer com que o paciente perdesse a esperança ou a vontade de viver

Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.

Compartilhou responsabilidades na tomada de decisão com o paciente

Nesse espaço você pode incluir comentários, caso julgue necessário, serão muito bem vindos.

*** 4. Você percebeu nervosismo que pudesse comprometer o desempenho do estudante?**

- Não
 Sim

Comentários

*** 5. O paciente simulado foi representado por estudantes, de semestres anteriores, que foram preparados pela equipe de pesquisa. Responda as suas impressões sobre as questões abaixo:**

	Sim	Não	Não foi possível avaliar
A atuação do aluno como paciente simulado foi boa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atuação do paciente simulado induziu o desempenho do médico simulado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atuação do paciente simulado atrapalhou o desempenho do médico simulado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notou falta de envolvimento do paciente simulado durante a simulação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notou nervosismo do paciente simulado durante a atuação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apêndice S – Artigo submetido na revista: HEALTH

**PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO INÍCIO DO CURSO DE MEDICINA SOBRE
TREINAMENTO DE MÁ NOTÍCIAS COM SIMULAÇÃO E ESTRATÉGIA SPIKES**

**NOVICE MEDICAL STUDENTS' PERCEPTION ABOUT BAD NEWS TRAINING
WITH SIMULATION AND SPIKES STRATEGY**

Mônica da Cunha Oliveira¹
Marta Silva Menezes²
Mary Gomes Silva³
Yasmin Cunha de Oliveira⁴
Lígia Vilas Boas⁵
Carolina Aguiar⁶

RESUMO

Introdução: Pesquisas vêm apontando para a necessidade de escolas médicas investirem no processo de ensino-aprendizagem das habilidades de comunicação (HbC), contribuindo para a formação de profissionais qualificados. **Objetivo:** Analisar a percepção de estudantes de medicina, sobre consultas simuladas, antes e depois de capacitação, utilizando o protocolo SPIKES. **Metodologia:** Estudo quase experimental, analítico, com abordagem qualitativa. Contou com a participação de 20 estudantes como Médicos Simulados (MS), do 4º semestre, e 20 estudantes como Pacientes Simulados (PS), do 1º semestre de um curso de Medicina, da cidade de Salvador-BA. Os dados foram obtidos a partir das respostas de pergunta reflexiva, aplicados ao término de cada consulta simulada, antes e após capacitação com o SPIKES. O tratamento e análise dos dados foram guiados pelas etapas de análise temática, teorizada por Bardin. **Resultados:** Na categoria “Autopercepção do Estudante MS”, as subcategorias “Nervosismo e Insegurança” foram predominantes após a primeira consulta, enquanto “Tranquilidade e Segurança” após a segunda consulta após a capacitação. Na categoria “Percepção do Estudante MS Sobre o Processo Educacional” a subcategoria “Aprendizagem Reflexiva”, emergiu nas falas dos estudantes, especialmente após a segunda consulta. Nas falas dos PS evidenciada a melhoria do atendimento dos MS após a capacitação. **Conclusão:** Esse estudo sugere que a aplicação da estratégia educacional com o protocolo SPIKES, com metodologia ativa, e simulação reduziu a insegurança e nervosismo dos MS, assim como promoveu reflexão dos alunos sobre a importância desse tema no currículo médico.

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

ABSTRACT

Introduction: Surveys have been pointing to the need for medical schools to invest in the teaching-learning process of communication skills (CS), contributing to the training of qualified professionals. **Objective:** To analyze the medical students' perception about simulated consultations before and after training using the SPIKES protocol. **Methodology:** Quasi-experimental and analytical study, with a qualitative approach. It counted with the participation of 20 students as Simulated Physicians (SF), from the 4th semester, and 20 students as Simulated Patients (SP), from the 1st semestre, all belonging to a medical course in the city of Salvador-BA. Data were obtained from the responses given to a reflective question, applied at the end of each simulated consultation, before and after training with the SPIKES. The treatment and the analysis of the collected data were guided by the stages of thematic analysis, theorized by Bardin. **Results:** In the category "Simulated Medical Student's Self-Perception", the subcategories "Nervousness and Insecurity" were predominant after the first consultation, while "Tranquility and Security" after the second consultation after training. In the category "Simulated Medical Student's Perception about the Educational Process", the subcategory "Reflective Learning" emerged in the students' speeches, especially after the second consultation. In the speeches of SP, it was evidenced the improvement of the care provided by SF after training. **Conclusion:** This study suggests that the application of the educational strategy with the SPIKES protocol, with active methodology, and that simulation reduced the insecurity and nervousness of SF, as well as promoted reflection by the students about the importance of this theme in the medical curriculum.

Keywords: Medical Students. Medical Training. Communication Skills.

INTRODUCTION

Studies have recommended that medical schools invest in the teaching-learning process of communication skills (CS)¹⁻⁵., in order to guarantee the formation of professionals capable of exercising their role in society.

Evidence over the past few years has proven that CS can be taught and that this learning can be long-lasting. Of the educational strategies used for teaching CS, those based on pedagogical theater and simulation have been the most widely used and recommended⁶⁻⁸.

These strategies are aimed to insert students into the learning process through assisted and guided practice. In the educational context, simulation can be defined as a situation created to allow people to experience the representation of an actual event, with the purpose of practicing, learning, assessing, testing or understanding human systems or actions⁸.

In this sense, the theory of experiential or experience-based learning (EBL) constitutes the theoretical foundation of simulation-based educational strategies. According to EBL, knowledge is the result of the understanding and transformation of experience⁹.

By recognizing the difficulty of health professionals in transmitting bad news, the application of the SPIKES¹⁰ protocol can contribute to the development of this skill. This is a protocol developed by a group of North American and Canadian oncologists associated with the MD Anderson Cancer Center at the University of Texas, United States of America, and the Sunnybrook Regional Cancer Center in Toronto, Canada, and incorporated by the Brazilian National Cancer Institute (INCA, as per its Portuguese acronym) and the Ministry of Health of Brazil^{5,11,12}.

The SPIKES protocol describes six steps in a didactic way to communicate bad news. The initial letter of each step corresponds to the letters that form its name – SPIKES. The first step (setting up) refers to the preparation of the physician and the physical space for the event. The second (perception) verifies to what extent the patient is aware of his/her condition. The third (invitation) seeks to understand how much the patient wants to know about his/her illness. The fourth (knowledge) will be the transmission of the information itself. At this point, some recommendations are highlighted, such as: to use introductory sentences that indicate to the patient that bad news will come; not to do it in an abrupt way or use technical words in excess; and to check the patient's understanding. The fifth step (emotions) is intended to empathically respond to the reaction shown by the patient. The sixth (strategy and summary) can decrease the patient's anxiety by revealing the therapeutic plan and what might happen.

CS training in a simulated environment has been pointed out as the best way to effectively acquire the necessary skills in this field of action^{3,7,14-17}. Given this understanding, this research was carried out to analyze the perception of medical students about simulated consultations, before and after training, using the SPIKES protocol, in the condition of simulated patients (SP) or simulated physicians (SF).

METHOD

This is a quasi-experimental study, typified as analytical, with a qualitative approach, based on the students' responses to the question: **“How was the experience with the consultation?”**, after simulated consultations, having as simulated patients students from the 1st semester of the course. The consultations took place before and after training for communicating bad news to medical students, using the SPIKES protocol. Data were

collected over a period of seven days between the two consultations, under equal conditions on the two days.

Sample

This study included the participation of 20 students from the first year and 20 from the second year of the Medical course, 1st and 4th semester, respectively, from a private institution, located in the city of Salvador, Bahia. The 100 students from each semester were invited to participate in the study. The first 20 volunteers from the 1st semester, who responded to the invitation, composed the groups of simulated patients (SP). Among the 30 volunteers from the 4th semester, 20 participated in all stages of the study and were included as simulated physicians (SF). All participants completed the Free and Informed Consent Form (FICF) to participate in the various stages of the study.

Study context

Initially, the students from the 1st year underwent training to act as SP. A service scenario was then constructed at the institution's outpatient clinic, at a time not dedicated to patient care. The group of students was supported by the research team, which had professionals trained to provide psychological support to students, if necessary. In a second moment, the group of students who acted as SF underwent training for the SPIKES protocol, which used active learning methodology as strategies, TBL (Team Based Learning)¹⁸⁻²⁰ and pedagogical theater⁸. After the training was concluded, the students who acted as SF and SP performed a 2nd consultation, with the same case and scenario. Thus, after the 1st and 2nd consultations, the question “**How was the experience with the consultation?**” was applied, in order to be responded in writing by the SF and SP.

Data analysis

Both for the treatment and the analysis of the data, the stages of content analysis theorized by Bardin²² were adopted. Among the modalities of this analysis, the thematic one was adequate to reach the established objective, since “the theme” (keywords or phrases) is commonly used as the Registration Unit (RU) to study motivations of opinions, attitudes, beliefs, trends [...]”²². This analysis resource was considered appropriate to support the notion of methodological cycle addressed in this research, where the experiences in the simulations, before and after the SPIKES protocol training, could allow the production of different views on the use of competencies related to effective communication. The analysis and

categorization was held individually and finalized in consensus by three researchers with expertise in the theme.

Finally, the researchers met with the main researcher to show the final categories, which were defined for validation of the collected data. The categories related to SF and SP emerged from the content of the students' responses.

The project of this study was registered in *Plataforma Brasil*, under nº 33098314.4.0000.5544, in compliance with the guidelines of the National Health Council, through Resolution 466/2012. It was received by the Research Ethics Committee (REC) and, after assessment, authorized through Opinion nº 1.649.349.

3 RESULTS

A total of 20 students acted as SF, 10 females and 10 males.

Data analysis took place in accordance with the steps of the thematic analysis technique, culminating in thematic categories that corresponded to the reports of simulated physicians (SF) and simulated patients (SP), at two different times: referring to the perceptions of the first and second consultations. In tables 1 and 2, the Registration Units (RU) are displayed, corresponding to each category that emerged from the speeches of SF and SP, respectively.

Table 1 – RU of the Thematic Categories Emerged from the Simulated Physicians to the question after each consultation: **“How was the experience with the consultation?”**

Thematic Categories	“n” of RUs in the 1 st moment (Assessment of the 1 st consultation)	“n” of RUs in the 2 nd moment (Assessment of the 2 nd consultation)
Simulated Medical Student's Self-Perception		
Feeling Nervousness/insecurity	16	03
Feeling – Tranquility/security	01	13
Feeling - Personal mobilization	07	0
Simulated Medical Student's Perception about the Educational Process		
Reflective learning	07	12

Table 2 – RU of the Thematic Category and subcategories, emerged from the SP students, after each consultation, to the question: “**How was the experience with the consultation?**”

Category Student’s Perception (SP) about the Simulated Physician (SF)”		
Subcategories	n” of RUs in the 1 st consultation	“n” of RUs in the 2 nd consultation
Empathetic welcoming	15	13
Effective communication	03	05
Nervousness/insecurity	04	04

The category referring to the SF student’s self-perception and its respective subcategories, displayed in Table 1, highlighted that the practice of simulation in transmitting bad news allowed reflections about the importance of developing communication skills. The testimonies related to this condition showed the difficulties in giving bad news and suggest that this practice needs care by those who have the knowledge and occupy the position of health professionals. The subcategories reflect the perception of the feelings of SF, before and after training with the SPIKES.

3.1 Feeling – Nervousness/insecurity

In the first consultation, the RUs that register the “feeling – nervousness/insecurity” stand out, revealing how difficult emotions arise in the face of technical unpreparedness. These can be seen in the following RU: “When assisting a patient with a difficult diagnosis like this, I felt powerless in the face of this situation (SF5)”; “I felt unprepared and nervous, since I didn’t know how to fully deal with the situation (SF7)”; “During the experience of communicating bad news, I felt bewildered as to how to hold the situation (SF10)”.

The feelings mentioned above are consistent with the content of the RUs in the category “Student’s perception (SP) about the Simulated Physician (SF)”, when they assess the service of SF, also before and after training, in the subcategory “Nervousness/insecurity” (Table 2). In this, significant contents are registered in the first consultation, related to the interference of the nervousness/insecurity feeling, perceived by SP and can be verified in the following excerpts: “I seemed very nervous about the situation, I didn’t seem prepared to give such strong news to a patient (SP02)”. “It was a very important experience, although they were very nervous (SP07)”; “G. was considerate, took the time to explain the terms to me, and he did his best to try to help me, even though he was nervous (SP03)”.

3.2 Feeling – Tranquility/security

Although SF did not feel completely secure, the content of RU suggested some difference in the second consultation, identified in the subcategory “Feeling – tranquility/security”, exemplified below: “It was a much better experience than the previous one! It’s great to have a sense of what to do, a sequence to act, makes us better prepared for these situations (SF5)”. “Today’s experience was smoother. I was already more secure about how I should proceed (SF10)”. This condition is supported by the content of the subcategory “Empathetic welcoming” (Table 2), from the perception of SP, in the second consultation, seen in the excerpts: “This time, the service was better, J. introduced himself, took time to ask questions about my status, my family, about hospitalization, he said that it is a suspicion and that it is nothing concrete. It was a good service (SP07)”; “The second doctor seemed much more interested in my understanding of the disease and my emotional state after the diagnosis (SP11)”; “Compared to the first week, the physician tried to find out a little more about my life and its influence on the disease. I felt more welcomed with the doctor’s behavior when he met me at the door and kept looking into my eyes (SP17)”.

3.3 Feeling – Personal mobilization

In this subcategory, it was possible to verify that even feelings not mentioned, nor treated as something to be reflected upon or taught in the training process, stand out as components of a reality where the emotional and sensitive dimension of human life is recognized. This is identified only in the first consultation, shown in the following RUs: “Initially, I felt bad for giving a diagnosis, or rather a diagnostic suspicion. But, when I read the entire diagnosis, I felt even worse, since the diagnosis reminded me of a family member who had coincidentally died from the same thing I diagnosed the patient (SF8)”; “I have difficulties in giving bad news, as I laugh endlessly regardless of what the other is saying or regardless of how serious the news is (SF9)”; “The desire, the instinct I had was to calm down the patient, hug him, comfort him as a friend. But, I should always remember that, as a physician, I could not assume the position of a friend (SF12)”.

3.4 Simulated Medical Student’s Perception about the Educational Process

Reflective learning has emerged in the context of the educational process. It is produced, fundamentally, from the observation of one’s own way of acting, supporting the creation of a personal way of acting that meets the present needs. As can be verified in the statements that follow, the students recognize that the experience stimulates critical and

reflective capacity, facilitating the learning process, even in the first consultation, still without the training: “The experience as a whole was constructive and pleasurable. I learned how important communication skills are, especially at the time of the 1st service (SF1)”;

“I hope I can improve my communication skills later on (SF4)”;

“I left the consultation wanting to learn a lot about this (SF7)”.

In the second consultation, the statements about reflective learning had greater resonance. The RUs that made up this category point to an increased reflection about their role as physicians at the moment of giving bad news, after completing the training. The content can be verified below: “I found my performance much better. “I considered my performance much better. I felt that the patient was more welcoming and had more space to ask questions (which didn’t happen in the first visit). As a whole, I learned a lot and gained important experience for my future profession (SF1)”;

“I would do more experiences like this one, since this model of two simulations with training between them served for me to identify my difficulties, learn to improve and simulate the skills learned, in a logical and intuitive order (SF3)”.

The perception of improvement in the service provided in the second consultation, as a reflection of successful learning, is identified by SP, through the subcategory “Effective communication”, where RUs express adequate communication and point out changes that reflect the learning obtained after training with the SPIKES, where know-how is perceived in SF. This can be seen in the following expressions: “He wanted to make sure that I understood what the disease was, he tried to give me support and offered me help. Moreover, he tried to find out about my life story (I03)”;

“In the second visit, the improvement in the language item was notable, since the doctor tried to explain with simple language and that would make any layman understand the problem and its consequences. I liked the way my doubts were resolved and the illness process explained (I14)”;

“In general, being a patient, he certainly leaves the consultation more enlightened and happier, even though he has a better understanding of the severity of the leukemia (I17)”. Accordingly, in the second consultation, SP can observe the recognition of an internal resource by SF, when conducting the consultation by noting the care with communication and with a beginning, middle and end script.

DISCUSSION

Results of studies have indicated that physician-patient communication should begin very early with medical students^{4,8,16}, considering that, as communication is a skill, it includes complex delicate, emotional and cognitive aspects. Thus, it has been increasingly evident that the development of this skill requires training and, due to its complexity, requires time and repetition¹. For Moral *et al.*, students who participate in training programs related to the development of CS show greater capacity in using these skills in clinical practice²³.

With this understanding, the design of this research was conducted. Through the obtained results, it could be verified that the simulation, as an active methodology, allowed the students to be involved as active subjects and not objects of action. Wang *et al.* also point out that a simulation-based medical education provides students with a greater ability to communicate with colleagues and teachers, and the acquisition of this skill can lead to humanistic care and better physician-patient communication²⁴.

When analyzing the RUs of students who worked as SF, it was observed that the mobilization of feelings such as nervousness and insecurity, present in the first consultation, gave way to tranquility and security in the second consultation. This fact was also perceived by SP, when they assessed the service as “Empathetic welcoming” conducted by SF, in the second consultation. It is known that experimentation in a simulated environment is an important stimulant for learning. To this end, pedagogical theater techniques⁸, which facilitate learning, have been used, such as role playing, realistic simulations with simulated patients and physicians (SP-SF), with filmed cases or not, discussion in small groups, reading of cases, films and tutorials²⁵.

In this context, research by Jianj, Shi and Cao²⁶ on the effectiveness of using dramas with clinical settings for teaching communication skills and physician-patient relationship revealed that medical students indicated that this resource helped them gain more confidence, better understand the physician-patient relationship and improve their clinical communication skills.

In the case in question, an educational action was applied between the two consultations, with the SPIKES protocol¹⁰ and the TBL methodology¹⁸⁻²⁰ by considering that,

with the use of this strategy, one learns in collaborative work and in theory based on meaningful learning²⁷.

Personal mobilization, by identification with the clinical situation shown in the simulation or by identification with the patient, was also observed in the first consultation, which was not identified in the second, probably because it is a situation already experienced and worked on by the educational action.

As could be seen in RUs, the students recognize that the experience stimulates critical and reflective capacity, facilitating the learning process, even in the first consultation, even without qualification or any training. In this sense, it is in line with Norman Gronlund, an educator specialized in defining that learning can take place in two scopes: domain learning and developmental learning. The first refers to the acquisition of the cognitive and procedural content domain, previously established; the second, in turn, comprises the learning attitudes and attitudes that go beyond the previously established domain²⁸.

By applying this theoretical understanding to the use of the SPIKES protocol, it is possible to understand a learning process that enabled students to creatively use the resources learned in their daily practice with patients, that is, to integrate the steps and recommendations of the protocol in the care of people that, by any chance, need to receive “bad news”. A basic learning that enables new mediations, as reality demands it²⁹.

In a simulation context, reflective learning is produced, fundamentally, from the observation of one’s own way of acting, supporting the creation of a personal way of acting that meets the present needs. The reflective look about oneself and one’s actions was evident since the first simulated consultation (moment 1), as can be verified with some excerpts of RUs shown in Table 2. Accordingly, it can be related that reflective learning is also the one that allows creativity and humanization in the use of the technical domain of contents and can only be built intermittently, through lived and understood experience^{28,29}. This teaching modality encourages students to reflect and makes them responsible for their own learning, giving a meaningful learning nature³⁰.

In the second consultation, the statements about reflective learning had a greater resonance, which points to an increased reflection about their role as physicians at the time of the bad news. These RUs reflect the concern with how to act and communicate the news more carefully. In this case, students felt more confident in their performance during the consultation. At the same time, they show how the protocol helped them to structure their

communication, allowing for a more logical and supported dialogue than in the first consultation³¹. Despite not feeling completely secure, the reports suggest some difference after the second consultation.

Thus, learning with this quality indicates a developmental behavior that goes beyond the teaching-learning process. These require a type of teaching through experiences that allow the inclusion and integration of the student in the process of reflecting about their feelings in the moments of their performance. It is then up to the facilitator/educator to develop teaching objectives and methodologies, with the management and the representation of these emotions that professional-relational life requires³². For Karniele-Miller, the same communication skills taught during the training process of physicians, related to physician-patient communication, should be used by educators to improve the reflective capacity of the student³³.

With respect to the use of the SPIKES protocol, this meant learning that allowed the students to repeat the steps of the protocol, adapting the theory learned in the curricular components of the college to the reality of emotions and feelings that arose at the moment when patients and families had their diagnoses revealed, with information that is imposed in the daily practice of physicians³⁴.

The effect of educational action applied to SF students was also shown in the responses of SP students. The key elements of an adequate consultation, with welcoming, effective communication and empathy were evident in the comparison of the speeches related to the second consultation, after the application of the educational action with those after the first consultation. Although the aspect of empathetic welcoming was present from the first consultation, SP students described qualitative improvement, as well as communication. This effect is in line with what is expected from an effective physician-patient communication during a consultation, recommended by the Calgary – Cambridge guide, enhanced by Kurtz *et al.*, when it enables the development of communication skills, aimed at a possible successful clinical practice, which were acquired from reflective learning provided by the simulated environment³⁵.

As limitations of this study, the absence of a control group to verify the effectiveness of the training should be considered. Weakness was also perceived in the performance of SP students, compromising realism. This fact finds resonance in a study carried out by Bagacean, Cousin, Ubertin *et al.*³⁶, when they performed simulated dramatization activities of students with a professional actor, and it was identified that the students' communication skills were

more adequate, when interacting with a professional actor, than with a fellow student. These authors concluded that the actors' flexibility in verbal and non-verbal communication, as well as their emotional commitment, seemed to generate more concentration in the learner.

It is concluded that the strategy used for the development of communication skills in relation to bad news showed evidence of short-term effectiveness, from the perspective of the participating students, when considering that the recognition of opportunity and learning with the applied strategy was present in the testimonies of SF and SP students, as well as the importance of developing communication skills for the medical professional.

REFERENCES

1. 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>.
2. 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.
3. 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>.
4. 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>.
5. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ*. 1997;156:1159–64.
6. Harrison ME, Walling A. What Do We Know About Giving Bad News? A Review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(7):619–26.
7. 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.
8. Kaufman A. *Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Editora Àgora; 1992.
9. Pimentel, Alessandra A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia (Natal)* [online]. 2007, v. 12, n. 2 [Acessado 1 Setembro 2021], pp. 159-168. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>. Epub 21 Jan 2008.
10. 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.

11. 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>.

12. Instituto Nacional do Câncer I. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.

13. 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>.

14. 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>.

15. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in US medical schools. *Med Educ.* 2014;48(1).

16. 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.

17. 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.

18. Hyrnchak P, Batty H. The educational theory basis of team-based learning. *Med Teacher.* 2012; 34:796-801.

19. Parmelee DX, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: a practical guide: AMEE guide n° 65. *Med Teach.* 2012; 34:275-87.

20. Burgess AW, McGregor DM, Mellis CM, Applying established Guidelines to team-based learning programs in medical schools: A systematic review. *Acad Med.* 2014; 19:1-11.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n° 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.

22. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1a ed. São Paulo: Edições 70 LTDA\Almedina Brasil. 2011.

23. Moral RD, Andrade-Rosa J, D. Molina, Barba EC, Torres LP, Martín DM. Effectiveness of a communication skills training program for medical students to identify patients communicative clues. *Patient Education and Counseling*, Volume 103, Issue 11, 2020, Pages 2384-2387, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.018>.

24. Wang, Shangqian MD, PhD a ; Ren, Xiaohan MS a ; Sim, junho MS b ; Wang, Wei MD a ; Huang, Huaxing MD b ; Qin, Chao MD, PhD a, * Exploração da educação médica baseada em simulação para alunos de graduação, *Medicina*: 21 de maio de 2021 - Volume 100 - Edição 20 - p e25982 doi: 10.1097 / MD.0000000000025982.

25. 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.

26. Jiang, Y., Shi, L., Cao, J. *et al.* Eficácia de dramas de cenário clínico para ensinar habilidades de comunicação e relacionamento médico-paciente. *BMC Med Educ* **20**, 473 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02387-9>.

27. Zimring F. Carl Rogers. Recife: Editora Massangana; 2010.

28. Gronlund NE. *Elaboração de testes para o ensino*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1974.

29. Cipriano L. *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. 7a edição. São Paulo: Cortez Editora.

30. Costa CL, Nicolás AM, Méndez JAG, Martínez MGA, Agea JLD. Enseñando con metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES ©). Un estudio cualitativo entre profesores y alumnos de grado en Enfermería. *Educación Médica*. vol. 20 (2019) pp: 52-58. Publicado por Elsevier. Acessado em 07 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181318301177>.

31. Cipriano L. *Avaliação da aprendizagem*. São Paulo: Cortez Editora.

32. Cipriano L. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 12a edição. São Paulo: Cortez Editora.

33 Karnieli-Miller O. Reflective practice in the teaching of communication skills, *Patient Education and Counseling*, Volume 103, Issue 10, 2020, Pages 2166-2172, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.021>.

34. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chil*. 2014;142(10):1306–15.

35. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003 Aug;78(8):802-9. doi: 10.1097/00001888-200308000-00011. PMID: 12915371.

36. Bagacean, C., Cousin, I., Ubertini, AH. *et al.* Paciente simulado e metodologias de dramatização para habilidades de comunicação e treinamento de empatia de alunos de graduação em medicina. *BMC Med Educ* **20**, 491 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02401-0>.

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 – Primeira Etapa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE E REVISÃO DE ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES E

Pesquisador: Marta Silva Menezes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21048719.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.716.766

Apresentação do Projeto:

A assistência biopsicossocial, centrada no paciente e nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais, figura como modelo que vem se constituindo no atual cenário da prática da medicina.

A medicina centrada no paciente possui dois componentes principais: o cuidado da pessoa e a identificação dos objetivos comuns entre médico e paciente quanto a doença e sua abordagem. Esses componentes abarcam as ideias e emoções do paciente e levam em consideração os desejos deste na abordagem do tratamento. Para que este modelo de assistência seja efetivo, fica clara a necessidade de uma comunicação eficaz, essencial para a compreensão do paciente e inclusão deste no processo terapêutico.

Contudo, apesar de o processo de comunicação ser notoriamente um importante elemento na prestação da assistência médica, e insuficiente o conhecimento de estratégias de comunicação por parte dos profissionais de saúde. Tentando minimizar este problema na realidade brasileira, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina foram instituídas pelo Ministério da Educação. No que diz respeito a este tema, destacam-se o estabelecimento da necessidade de desenvolvimento de habilidades específicas, como a aprendizagem de adequada comunicação com pacientes e seus familiares e colegas de trabalho, informando-os e educando-os através de técnicas acuradas habilidades de comunicação HbC .

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Continuação do Parecer: 3.716.766

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

Avaliar as estratégias para desenvolvimento de habilidades de comunicação e competência clínica na formação de estudantes de medicina.

Objetivo Secundario:

- 1) Identificar os componentes curriculares que abordam o tema desenvolvimento de habilidade de comunicação: consigo mesmo, com o paciente, com familiares, equipe (colegas e profissionais de saúde) e com a comunidade em geral, incluindo as mídias sociais na Escola Bahiana de Medicina;
- 2) Descrever as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de competências de comunicação no currículo do curso de medicina da referida Faculdade;
- 3) Avaliar percepção de professores, monitores e estudantes sobre técnicas para o desenvolvimento de competência em comunicação e clínicas;
- 4) Analisar a percepção imediata e tardia de estudantes sobre atividade para desenvolvimento de habilidade de comunicação de mas notícias;
- 5) Verificar a aquisição da habilidade para comunicação de mas notícias, logo após a aplicação da atividade e tardiamente;
- 6) Comparar a habilidade de comunicação de estudantes do internato, que anteriormente realizaram capacitação para comunicação de mas notícias no 3o semestre, e seus pares não submetidos;
- 7) Avaliar o índice de empatia dos alunos de medicina depois da exposição aos componentes curriculares de Desenvolvimento do Ciclo de Vida e Laboratório de Habilidades em Comunicacao;
- 8) Descrever a percepção de estudantes que participaram como paciente simulado na capacitação para comunicação e mas notícias;
- 9) Analise da estratégia para capacitação SPIKES-TBL para alunos professores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora considerado de risco mínimo, existe a possibilidade constrangimento e identificação de suas respostas. Para minimizar este risco o material resultante da pesquisa será analisado

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.716.766

exclusivamente pelos pesquisadores e arquivado em espaço específico do programa da IES proponente. Quando por registro virtual, serão arquivadas em HD externo do programa, sob responsabilidade do pesquisador principal. Os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do participante da pesquisa. Poderão ser aplicados questionários também por meio eletrônico, quando será oferecido o TCLE, somente após a sua leitura, a resposta ao questionário será considerada como aceitação em participar do estudo. As filmagens serão realizadas em estações previstas de avaliação do OSCE (avaliação regular do 10^º semestre), com conhecimento prévio e concordância dos estudantes. O material decorrente do estudo será avaliado pelos professores em sala de pesquisa da pós-graduação, onde se encontram arquivados. Os registros serão arquivados em armário destinado à pesquisa na Bahiana e os registros eletrônicos ficarão sob guarda do pesquisador principal por um período de 5 anos. Os questionários físicos serão triturados e os arquivos digitais deletados, após o período da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios diretos estão relacionados com a melhoria do conhecimento sobre o ensino de habilidades de comunicação pelos participantes da pesquisa. Como benefício indireto aos participantes, o aprimoramento da formação médica em habilidades de comunicação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Para melhor compreensão das estratégias utilizadas para o desenvolvimento de habilidade de comunicação na EBMSP, será realizada análise curricular e entrevista de professores.

1ª etapa – Identificação de ações curriculares para o desenvolvimento de comunicação.

- a) Desenho do estudo – Descritivo, prospectivo, quantitativo e qualitativo com análise documental.
- b) População - Coordenação do curso de medicina, professores do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e docentes responsáveis pelos componentes envolvidos com o desenvolvimento de habilidade de comunicação.
- c) Variáveis do estudo – Identificação de evidências de ensino de habilidade de comunicação e de cada um dos seus eixos - comunicação consigo mesmo, com o paciente, com familiares, equipe (colegas e profissionais de saúde) e com a comunidade em geral, incluindo as mídias sociais.

Estratégias utilizadas para o desenvolvimento dessa habilidade.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.716.766

d) Procedimentos utilizados – Grupo focal ou entrevista, com questões norteadoras buscando identificar os componentes curriculares envolvidos com o desenvolvimento de habilidade de comunicação. Assim como verificar a percepção dos docentes sobre o ensino dessa habilidade no curso médico. Com a definição dos componentes será realizada uma análise documental, utilizando ficha específica para coleta de informações e posteriormente entrevista com o docente responsável pelo componente, para melhor compreensão das estratégias aplicadas.

2ª etapa – Análise da ação educacional com comunicação de más notícias.

Os alunos, alvo da intervenção educacional realizada na primeira etapa desse estudo, serão acompanhados até o final do curso, quando será identificada a percepção dos mesmos sobre a retenção da habilidade de comunicação de más notícias ao longo do curso. Será também verificada a importância da capacitação para desenvolvimento da habilidade de más notícias logo após a capacitação, quando as filmagens obtidas das consultas simuladas serão avaliadas, de forma cega, por duplas de professores.

A avaliação da aquisição tardia será avaliada em avaliação simulada no OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 10º semestre. Os alunos do 1º semestre foram também submetidos, no projeto anterior, a grupo focal para o registro da percepção sobre a ação educacional.

a) Desenho do estudo – Descritivo, analítico, prospectivo e qualitativo.

b) População – Estudantes de medicina do 3º semestre, quando a etapa inicial do projeto foi realizada e 10º semestre em 2019.2. Estudantes de medicina participaram como pacientes atores da ação educacional inicial. Docentes convidados para participação em painel de avaliação.

c) Ações propostas – Análise do discurso das entrevistas gravadas e vídeos realizados na primeira etapa da pesquisa, que se encontram sob a guarda da pesquisadora. Será ainda realizada nova entrevista para verificar auto avaliação do estudante sobre sua habilidade de comunicação e a percepção da importância da capacitação anterior para o desenvolvimento dessa habilidade. Também será observada estação de comunicação de más notícias, a ser realizada no OSCE do 10º semestre de 2019.2, quando o grupo alvo da ação educacional ocorrida no 3º semestre e seus pares estarão concluindo o 10º semestre.

3ª etapa – Análise de estratégias para o desenvolvimento de competências clínicas.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.716.766

O módulo de Bases Semiológicas do componente Biofunção II, tem utilizado estratégias para o desenvolvimento de habilidade para coleta de exame clínico e realização de exame clínico. Serão avaliados registros já colhidos pelo componente e os que serão realizados de forma prospectiva. Todas as atividades já são realizadas pelo componente e avaliadas pelos estudantes. Verificar detalhamento no projeto geral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto: devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional;
- 2) Cronograma: Apresentado no projeto básico
- 3) Orçamento: apresentado no projeto básico, no valor de R\$ 11.300,00, financiamento próprio;
- 4) TCLE: devidamente ajustado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, este protocolo foi apresentado atendendo aos princípios da bioética que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos sendo passível a sua execução dentro da metodologia e objetivos propostos.

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.

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 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

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.716.766

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1309286.pdf	10/10/2019 12:56:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_geral_laboratorio_comunicacao_corrigido.docx	10/10/2019 12:54:26	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudantes_semiologia_monitores_corrigido.docx	10/10/2019 12:54:00	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudantes_paciente_simulado_corrigido.docx	10/10/2019 12:53:36	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudantes_docentes_corrigido.docx	10/10/2019 12:53:22	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudantes_coorte_corrigido.docx	10/10/2019 12:53:08	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudantes_controle_corrigido.docx	10/10/2019 12:52:47	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_docentes_painel_corrigido.docx	10/10/2019 12:52:30	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_docentes_NDE_corrigido.docx	10/10/2019 12:52:18	Marta Silva Menezes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	16/09/2019 10:14:51	Marta Silva Menezes	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1649349_E1.pdf	16/09/2019 10:06:38	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Questoes_norteadoras_docentes.docx	16/09/2019 10:05:51	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Questionario_semiologia.pdf	16/09/2019 10:04:46	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Questionario_OSCE.pdf	16/09/2019 10:03:25	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Questionario_avaliacao_painel_docen	16/09/2019	Marta Silva	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.716.766

Outros	tes.pdf	10:02:56	Menezes	Aceito
--------	---------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Novembro de 2019

**Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))**

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

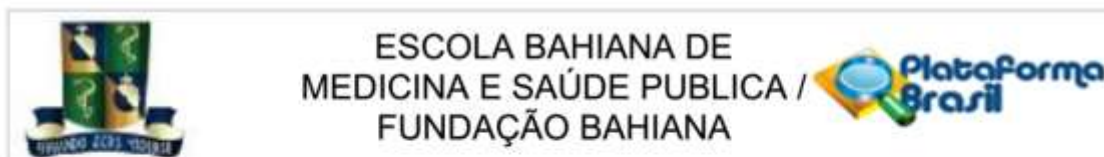
Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br

Anexo C – Parecer Consubstanciado do CEP - Segunda Etapa



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

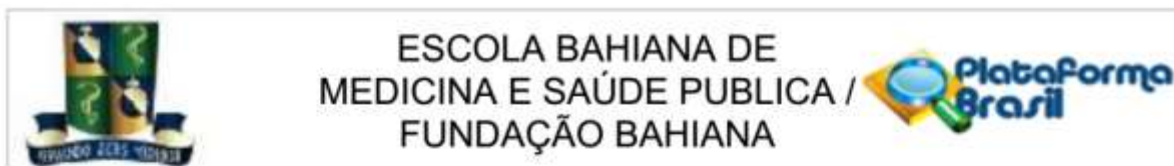
CEP: 40.050-420

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.

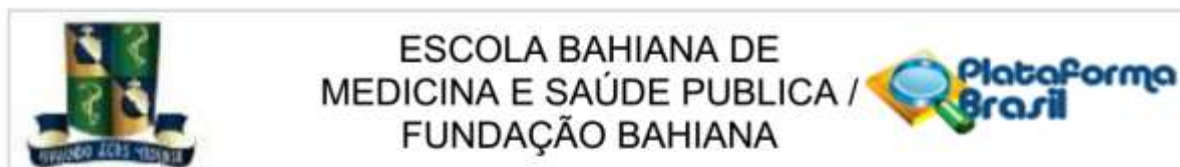
Benefícios:

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
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-2944

CEP: 40.050-420

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

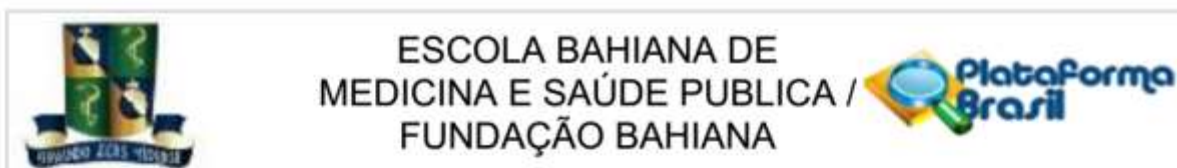
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

CEP: 40.050-420

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 2 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

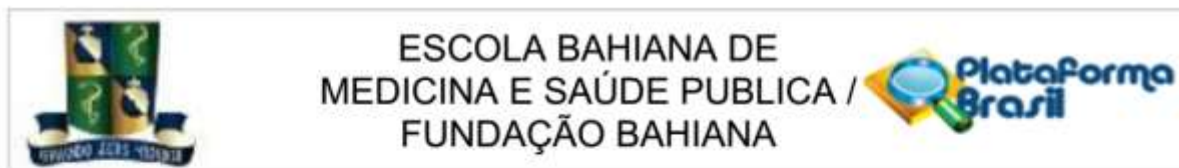
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-2944

CEP: 40.050-420

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
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-2944

CEP: 40.050-420

E-mail: cep@bahiana.edu.br

Anexo D – Declaração de tradução do artigo submetido

Carmela Carvalho
Tradução-Revisão-Normalização

TRANSLATION STATEMENTNatal/RN, October 05th, 2021.

Dear Sir or Madam,

In reference to the research paper on << **NOVICE MEDICAL STUDENTS' PERCEPTION ABOUT BAD NEWS TRAINING WITH SIMULATION AND SPIKES STRATEGY** >> in English, it was translated / revised by a native/ professional/English translator. The paper in English was reviewed in relation to syntax errors, grammatical concordance and content integrity. The corresponding author << **Mary Gomes Silva** >> as received a final version of this document, constituting the correct English usage, which conforms to the topic of interest.

Sincerely,



Teacher Carmela Carolina Alves de Carvalho
Graduated in Languages by UFRN.
Professional Registration n°. 86.912 SEDUC/RN

(84) 99957.0018

(84) 98847.9399

carmelacarvalho@gmail.com

carmela@carmelacarvalho.com

Rua Padre Anchieta, 1983-Candelária-Natal/RN-CEP: 59065-050

CNPJ:22.557.767/0001-59

Anexo E – Comprovante de submissão do artigo intitulado “Novice medical students’ perception about bad news training with simulation and spikes strategy”, na Revista Health

De: health <health@scirp.org>
Enviado: domingo, 9 de janeiro de 2022 06:57
Para: Carolina Villa Nova Aguiar - Prof. Psicologia <carolinaaguiar@bahiana.edu.br>
Assunto: Follow up on your submitted paper ID: 8205545

Dear Dr. Carolina Aguiar,

Hope you receive this letter in a wonderful mood.

I am Joanna Cheng, the managing editor of the journal *HEALTH*. Thank you for submitting the following paper to our journal; I would try my best to help you with all the procedures during the publication.
Paper ID: 8205545

Paper Title: NOVICE MEDICAL STUDENTS' PERCEPTION ABOUT BAD NEWS TRAINING WITH SIMULATION AND SPIKES STRATEGY

Your paper is being reviewed. It takes about 1-2 weeks to receive the review result. A paper can usually be published within 1-2 months. It is my great honor to cooperate with you this time.

Meanwhile, may I ask you whether you have **any other new papers** in hand or in preparation? Would you please send them to me **through this email directly**?

It will be easier for me to track your paper status for you. And I will make the best arrangement for you.

Last, may I know if you have a Wechat, Facebook, QQ number or some other Instant Messenger? Maybe you can add me as your friend for future easy communication? (Please see my signature)

Looking forward to hearing from you soon.

Please feel free to contact me if you have any questions.

Wish you a nice day!

Best regards,

Joanna Cheng
Managing Editor of HEALTH
QQ: 2902433389
Skype: papersubmission.nc@hotmail.com
Wechat: Editor_Joanna
Facebook: facebook.com/joanna.cheng.948
ISSN Print: 1949-4998; ISSN Online: 1949-5005

"Submit your new paper through [HEALTH Online Submission System](#) for a quick response."

Ativar o Wind
Acesse as configurações
Ativar o Windows