

Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina

Communication of bad news with standardized patients: a teaching strategy for medical students

Ana Paula Rosa Isquierdo¹  ana.isquierdo10@gmail.com
Giovana Ferreira de Freitas Miranda¹  giovanaffmiranda@gmail.com
Fernanda Cristine Quint¹  fernandac Quint@gmail.com
Ana Leticia Pereira¹  analeticiap42@gmail.com
Ursula Bueno do Prado Guirro¹  ursulaguirro@gmail.com

RESUMO

Introdução: A comunicação é intrínseca ao ser humano e necessária para a prática médica. Comunicar más notícias é uma das tarefas mais difíceis impostas aos médicos, e o aprendizado dessa habilidade deve fazer parte do ensino médico. O aprendizado de comunicação deve fazer parte desde a graduação médica.

Objetivo: Este estudo teve como objetivos avaliar a qualidade da comunicação de más notícias de estudantes de Medicina submetidos a cenários simulados com paciente padronizado (PP), proporcionar orientação e reavaliar a habilidade com intervalo de 30 dias.

Método: Os estudantes de Medicina foram submetidos, individualmente, a um cenário simulado de comunicação de más notícias com PP e avaliados por meio de um instrumento com 34 itens, no intervalo de 30 dias (oficinas D1 e D30). Após a simulação, realizou-se um debriefing com a presença da docente, dos auxiliares de pesquisa e dos atores, ressaltando os pontos positivos, os pontos a melhorar e a orientação baseada no protocolo SPIKES.

Resultado: Em D1, compareceram 60 estudantes, e, destes, 53 retornaram em D30. Em D1, o desempenho médio foi $0,44 \pm 0,22$; e, em D30, $0,71 \pm 0,15$ (intervalo de 0 a 1). O bom desempenho do estudante esteve correlacionado com a comunicação efetiva da má notícia e com o acolhimento do paciente ($p < 0,001$). Aqueles que não tiveram desempenho satisfatório em D1 puderam adquirir habilidades no primeiro momento, e 86,1% mostraram melhor desempenho em D30. Dos que já tinham obtido desempenho satisfatório em D1, 75% o mantiveram em D2. De acordo com a avaliação, 98,1% dos estudantes apreciaram o treinamento como um todo.

Conclusão: O treinamento em ambiente simulado permitiu o aprimoramento da habilidade de comunicação dos estudantes e mostrou ser uma ferramenta eficaz no ensino médico. A comunicação de más notícias foi melhorada no intervalo de 30 dias, por meio de treinamento em cenário simulado com PP, seguido de orientação e novo treinamento em 30 dias. Inserir estudantes na atividade e instruir sobre pontos fundamentais da comunicação de más notícias, por meio do debriefing coletivo, tornou os participantes mais qualificados.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Simulação de Paciente; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Communication is intrinsic to the human being and is necessary for medical practice. Communicating bad news is one of the most difficult tasks imposed on doctors and learning this skill must be part of undergraduate medical training.

Objective: To evaluate the quality of communication of bad news by medical students in simulated scenarios with a standardized patient (SP), to provide guidance and to reevaluate the skill after a thirty-day interval.

Method: Medical students were individually subjected to a simulated scenario of communicating bad news with SP and assessed according to a scoresheet containing 34 items, over a 30-day interval (workshops D1 and D30). In D1, 60 students attended and, of those, 53 returned in D30. In D1 and D30, after the simulation, a debriefing was carried out with the presence of the teacher, research assistants and actors, highlighting the positive points and where there was room for improvement, followed by the presentation of existing protocols.

Result: The average performance in D1 was 0.44 ± 0.22 and D30 0.71 ± 0.15 (range 0 to 1). Good performance was correlated with the communication of the bad news itself and the patient's reception ($p < 0.001$). Those who did not perform satisfactorily in D1, were able to learn from the first experience and 86.1% improved in D30. Of those who had already shown satisfactory performance in D1, 75% maintained it in D2. According to the assessment, 98.1% of the students enjoyed the training as a whole.

Conclusion: Training in a simulated environment allowed the improvement of the students' communication skills and proved to be an effective tool in medical teaching. The communication of bad news improved in the 30-day interval through training in a simulated scenario with PP, followed by guidance and further training after 30 days. Inserting students into the activity and instructing them on the fundamental points of communicating bad news through collective debriefing made the participants more qualified.

Keywords: Health Communication; Patient Simulation; Medical Education.

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A comunicação é intrínseca ao ser humano e necessária para a prática médica. Nas práticas em saúde, más notícias foram definidas pelas informações que afetam adversa e negativamente o curso de vida e a visão de futuro do paciente, e, geralmente, estão relacionadas com a informação do diagnóstico de doenças graves, complicações e morte¹⁻³.

Comunicar más notícias é uma das tarefas mais difíceis e estressantes impostas aos médicos, e estudos mostraram que os estudantes, médico residentes e profissionais formados não se sentiam preparados ou não foram treinados para essa habilidade ao longo da formação⁴⁻⁸.

O protocolo SPIKES² orienta os profissionais para a comunicação de más notícias. Trata-se de um acrônimo em que S (*setting up the interview*) significa realizar o planejamento para a conversa; P, (*perception*) observar a percepção do paciente; I (*invitation*), convidá-lo para a informação; K, (*knowledge*), passar o conhecimento; E (*emotions*), acolher as emoções; e S (*strategy and summary*), apresentar o resumo das estratégias terapêuticas. Entretanto, não pode ser interpretado como um protocolo fechado, mas como um norteador para a comunicação.

Contudo, um protocolo não é o suficiente para que a comunicação ocorra de maneira adequada. Os estudantes de Medicina e os médicos precisam ser capazes de informar e ao mesmo tempo permitir o momento de silêncio para que o paciente possa pensar, assimilar o que ouve e refletir. Ainda, precisam empregar a empatia, acolher pessoas que estão em vulnerabilidade e se deparam com informações relacionadas ao sofrimento, às doenças incuráveis e à morte. Um protocolo, se usado sem critério, tem o risco de desumanizar a prática profissional^{9,10}.

O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho de estudantes de Medicina submetidos a cenários simulados de comunicação de más notícias, com paciente padronizado (PP) e orientação por meio de *debriefing*, com intervalo de 30 dias. A hipótese deste estudo é de que os estudantes que receberam treinamento em comunicação de más notícias demonstrarão melhor desempenho em avaliação subsequente.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo respeitou as resoluções existentes de pesquisa em seres humanos e recebeu aprovação ética: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91407818.0.0000.0102). Todos os participantes eram voluntários, foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes

Todos os estudantes do curso de Medicina de uma

universidade pública brasileira foram convidados para participar das oficinas de comunicação de más notícias. Ainda que o número de alunos dessa universidade seja grande, apenas uma pequena parcela se interessou pelo treinamento que visava aprimorar a comunicação de más notícias. Foram excluídos apenas os menores de 18 anos e aqueles que não concordaram com os termos do estudo.

A universidade na qual os alunos estudavam apresenta uma grade curricular com métodos de ensino tradicionais. O aprendizado por meio de simulação é realizado apenas para aprendizados essencialmente técnicos, como intubação orotraqueal, introdução de sonda, entre outros da mesma categoria. No momento em que o treinamento ocorreu, a grade curricular ainda não apresentava a disciplina de Cuidados Paliativos, que pouco tempo depois passou a ser ofertada de maneira opcional para os alunos do oitavo período do curso. Outras disciplinas em que a prática de comunicação de más notícias pudesse ser abordada, como Oncologia ou Geriatria, também não fazem parte do currículo teórico do curso (ciclos básico e clínico). No ciclo de estágios (do nono ao 12º período), há apenas uma semana no estágio de geriatria e três dias no setor da oncologia, no nono período, e apenas uma semana no estágio de cuidados paliativos, incluída no estágio da clínica médica do décimo período. Dessa forma, entendemos que, pela quantidade mínima nos estágios que poderiam abordar a comunicação de más notícias, o treinamento realizado para a pesquisa não teve interferência de aprendizados prévios absorvidos na grade curricular do curso de Medicina. Ainda, é preciso reiterar que apenas seis alunos que participaram da pesquisa eram do quinto e do sexto ano, nos quais os estágios citados são realizados.

Instrumentos

Para avaliar a qualidade das cenas, as pesquisadoras desenvolveram um instrumento baseado em outros estudos de comunicação de más notícias existentes em cenários de simulação e instrumentos utilizados por eles como, *Calgary-Cambridge BBN checklist* e *The Communication Assessment Tool (CAT) completed by former-patient simulation participants (SPs) – SP-CAT6-8*. O instrumento desta pesquisa foi construído pelas autoras, revisado por avaliadores independentes (quatro médicos com experiência em cuidados paliativos e comunicação de más notícias) e testado nas simulações-piloto realizadas durante os ensaios dos atores. Realizaram-se pequenas correções que foram aprovadas pelos avaliadores. A versão final do instrumento é um *checklist* para avaliação do desempenho do aluno durante as simulações que contém 17 itens que são pontuados em “cumprido” (2 pontos), “cumprido parcialmente” (1 ponto) ou “não cumprido” (0 ponto), de forma

que a pontuação total pode variar de 0 a 34 pontos. Os itens que foram pontuados estão descritos nos resultados que apresentam o desempenho dos alunos no primeiro dia de oficina (D1) e após 30 dias (D30). Eles abordam a comunicação verbal e não verbal, levando em conta a percepção do paciente simulado e do avaliador presente na sala.

Experimento

Os participantes compareceram em duas oficinas, em datas previamente agendadas entre março e abril de 2019, com intervalo de 30 dias, que serão denominados D1 e D30, respectivamente, e participaram individualmente nos cenários simulados com o PP. Não houve qualquer ensinamento sobre comunicação de más notícias ou protocolos existentes antes de D1, para que se pudesse avaliar o desempenho inicial dos alunos. Os discentes foram informados que participariam de cenários simulados que abordavam a comunicação de más notícias e que deveriam ter foco na comunicação da forma que julgassem adequada, sendo permitido deixar as questões da condução clínicas ou cirúrgicas à parte.

Para as simulações, o participante era posicionado em frente ao consultório simulado e tinha até um minuto para ler as instruções afixadas na porta. Após um minuto, foram orientados a entrar quando quisessem e proceder à consulta com o PP, conversando com o/a ator/atriz como se fosse um paciente, da mesma maneira como fariam em consulta habitual. A simulação seria interrompida com um breve toque na porta quando completasse cinco minutos em D1 ou oito minutos em D30, mas o participante estava autorizado a interromper a consulta ou sair do consultório no momento que desejasse.

Dentro do consultório simulado, havia o PP e um observador silencioso, que estava posicionado atrás do estudante e não interferia na cena em nenhuma hipótese. Cabia ao observador avaliar as simulações com o instrumento desenvolvido.

Em D1, as informações afixadas na porta do consultório simulado foram: "Mariana, 24 anos. Veio na unidade de saúde há 20 dias e pediu exames de rotina e teste para HIV. Entre no consultório, observe o resultado e informe a notícia à paciente". Ao entrar no consultório simulado, o participante encontrava um consultório habitual (mesa, cadeiras e computador) e a PP sentada em uma cadeira na frente da mesa do médico. Ela permanecia calada, aguardando contato do médico. No computador havia o resultado "HIV positivo".

A PP de D1, Mariana, foi treinada para ter atitude rude, não cumprimentar o médico mesmo que ele apresentasse a mão, evitar contato visual e manter braços e pernas cruzados no primeiro minuto da cena. A partir do segundo minuto, se o médico fosse atencioso, Mariana seria um pouco menos rude

e mostraria sofrimento por meio das falas "E meu namorado vai pegar isso?" e "Isso vai sair de mim um dia?". Se o médico fosse agressivo, grosseiro ou insistisse em linguagem excessivamente técnica, Mariana aumentaria a agressividade de maneira proporcional. Se o médico mantivesse a serenidade e tentasse acolhê-la, Mariana compartilharia o sofrimento de ter sofrido um estupro. Se o médico usasse frases como "Vida normal" ou "Pessoas com HIV vivem normalmente", a PP responderia "Normal para quem?". A ideia era que Mariana estivesse em uma fase de negação ou raiva, assustada com a situação e, ainda, mostrasse sofrimento intenso devido à violência sexual. O objetivo primário dessa cena era que o participante conseguisse informar a má notícia claramente (diagnóstico HIV positivo) e o secundário era acolher a paciente na dimensão psicoemocional.

Em D30, as informações afixadas na porta do consultório simulado foram: "Caroline, 35 anos, é casada com Marcelo há oito anos. Procurou a unidade de saúde há um mês por dor de cabeça recorrente. Eles acreditam que é o momento de ter filhos e querem avaliar as condições clínicas. A paciente trouxe exames de imagem com o diagnóstico. Informe os resultados à paciente". Ao entrar no consultório, o médico se deparava com o casal de PPs sentado, e o exame de tomografia indicava "Tumor cerebral extenso. Doença grave. Indicação de tratamento cirúrgico, com grandes chances de sequelas. A morte em meses é previsível".

Os PPs de D30 foram orientados para que Caroline mantivesse a atitude muito simpática e sorridente, porém tímida e tendendo a ser ouvinte, enquanto Marcelo deveria ser educado e assertivo, de modo que a sua frequência de fala dominasse a cena. No primeiro minuto, os PPs deveriam ser amistosos, com muitas falas de Marcelo acerca do desejo de ser pai e do quanto amava Caroline; ele deveria pronunciar repetitivamente: "Tenho certeza que é uma dor de cabeça qualquer, não é mesmo, doutor(a)?" Marcelo deveria dificultar a cena por meio da fala excessiva e do otimismo, enquanto Caroline permaneceria calada, perdendo o protagonismo. Diante da tentativa de o estudante participante contar a má notícia, os PPs ouviriam atentamente, e Marcelo faria muitas perguntas: "Tem que operar?", "Ela vai engravidar rapidinho, né, doutor?" e "Tem cura?". Diante das negativas do médico, Marcelo ficaria irritado. Se o médico concordasse que a situação era favorável e deixasse de informar a gravidade/sequelas/morte, Caroline tentaria acalmar o marido com falas do tipo: "Deixe o médico falar, amor!". Se o médico mantivesse a serenidade e tentasse acolher o casal, Marcelo se acalmaria e permitiria que Caroline protagonizasse a cena. Se o médico empregasse frases como "Vai dar tudo certo" ou "Vamos torcer", o PP masculino responderia com agressividade exacerbada e

Caroline emudeceria. O objetivo primário era informar a má notícia ao casal (tumor cerebral, indicação cirúrgica, provável morte), e o secundário, conseguir acolher e protagonizar a PP Caroline, sem ignorar as muitas dúvidas do acompanhante.

Todos os estudantes participantes foram reunidos para o *debriefing* em grupo, guiado pela docente, com a presença dos alunos que realizaram a simulação, dos PPs e da equipe que participou da organização e da avaliação das simulações. O *debriefing* seguiu as fases analítica, descritiva e aplicativa^{11,12}. Não houve *debriefing* individual, e apenas características gerais das cenas foram citadas, sem expor os participantes. Todos os participantes foram estimulados a falar, comentar sobre a vivência e como se sentiram durante a oficina. Após a simulação em D1, foi apresentado o protocolo SPIKES, com exemplos de como poderia ser empregado na cena simulada daquele dia. No final dos encontros, tanto em D1 como em D30, os PPs se posicionaram entre os participantes e encenaram da maneira compreendida como mais adequada para aquela situação. A carga horária de cada oficina foi de quatro horas, compreendendo o preparo, as simulações acolhimento e o *debriefing*.

Os PPs deste estudo eram estudantes de Medicina com experiência prévia em teatro amador, que receberam treinamento em técnicas teatrais específicas para improvisação e simulação (30 horas). Ensaíram exaustivamente para que as cenas fossem semelhantes e tivessem os mesmos gatilhos. Para atingir os objetivos deste estudo, o roteiro foi direcionado pela docente e desenvolvido pelos atores.

Análise estatística

Os dados de avaliação das cenas foram coletados durante as encenações por um observador presente na sala de simulação, previamente treinado e que fazia parte da equipe. No final das oficinas, em D30, os participantes preencheram um questionário de opinião sobre elas. Os dados obtidos foram digitados em planilha eletrônica e submetidos a estudo com *software* estatístico R (R Core Team, 2018) versão 3.4.4. Os dados demográficos, de desempenho e percepção dos alunos quanto à experiência estão descritos em frequências absolutas e relativas. O escore de desempenho foi calculado pela fórmula = $[\text{escore} (0,1) = \text{escore} - \text{mínimo} (\text{escore}) / \text{máximo} (\text{escore}) - \text{mínimo} (\text{escore})]$. Para efeito de estudo estatístico, o desempenho foi padronizado no intervalo [0 a 1] ou de 0 a 100%. Considerou-se o desempenho por escores satisfatório quando $\geq 0,5$ ou 50%, e os escores foram comparados pelo teste de Wilcoxon. A correlação dos escores com os itens atingir os objetivos primário e secundário utilizou o teste exato de Fischer. O agrupamento dos indivíduos de acordo com escores foi descrito por meio de

frequências absolutas e relativas. Neste estudo, considerou-se significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra do estudo consistiu em 60 participantes em D1, dos quais 53 (88,3%) compareceram novamente em D30. A média de idade foi de $22,1 \pm 2,6$ anos, com 21 homens (35,0%) e 39 mulheres (65,0%). Com relação ao período do curso, 28 estudantes (46,7%) estavam no ciclo básico (primeiro e segundo anos); 26 (43,3%), no ciclo clínico-cirúrgico (terceiro e quarto anos); e seis (10%), no estágio (quinto e sexto anos). Nenhum dos participantes relatou ter recebido anteriormente treinamento prático ou de simulação na comunicação de más notícias.

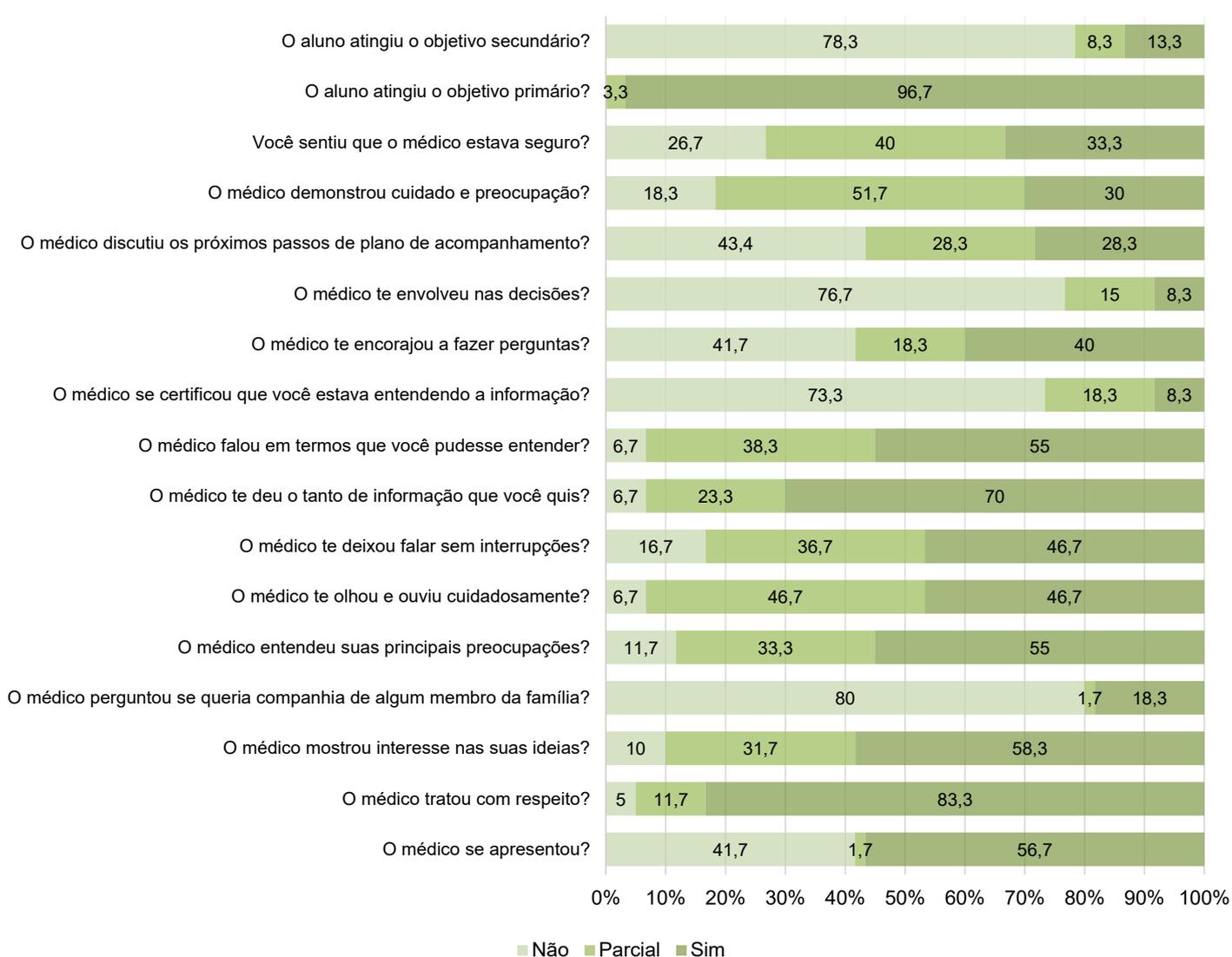
A pontuação média dos participantes em D1 foi de $19 \pm 6,1$, variando de 7 a 34; e em D30, de $26,4 \pm 4,1$, variando de 16 a 34. O desempenho em D1, por item avaliado, está descrito no Gráfico 1 e em D30 no Gráfico 2.

O escore médio de desempenho dos estudantes em D1 foi de $0,44 \pm 0,22$ e em D30 de $0,71 \pm 0,15$ (Gráfico 3), demonstrando que houve melhora desempenho em D30 e a diferença observada foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Considerou-se satisfatório o desempenho médio em D30, uma vez que foi $\geq 50\%$, de acordo com os critérios da pesquisa.

O desempenho por escores foi correlacionado com os itens do instrumento de avaliação, com atenção especial para os objetivos primários e secundários das cenas. Informar efetivamente a má notícia, que foi definido como objetivo primário, não esteve correlacionado com escores $\geq 50\%$ em D1 ($p = 1,0$) e em D30 ($p = 0,138$). Entretanto, cumprir o objetivo secundário, que foi definido por acolher as necessidades do paciente, esteve correlacionado com melhor desempenho tanto em D1 ($p = 0,003$) como em D30 ($p < 0,001$).

A trajetória do participante ao longo das duas oficinas está descrita na Tabela 1. Entre aqueles que não tiveram desempenho satisfatório em D1 (60,0%), 86,1% melhoraram em D30, e, mesmo entre aqueles que persistiram com escores insuficientes, pode-se observar que a pontuação obtida foi maior que a anterior. Já entre aqueles que tinham mostrado desempenho satisfatório em D1, 75% o mantiveram em D30. Entre os que faltaram em D30, a maioria já havia apresentado desempenho satisfatório em D1.

No final do treinamento em D30, os participantes foram convidados para avaliar a experiência como um todo, e 98,1% afirmaram que a apreciaram. Todos afirmaram que houve contribuição para o aprendizado de comunicação de más notícias, e 94,3% atribuíram nota máxima. A sensação de realidade durante as cenas foi unânime, e 75,5% atribuíram nota máxima. No entanto, quando questionados se sentiam-se

Gráfico 1. Percentual de estudantes de Medicina que obtiveram sim, parcial ou não em cada um dos itens avaliados no primeiro dia de simulação de comunicação de más notícias (D1)

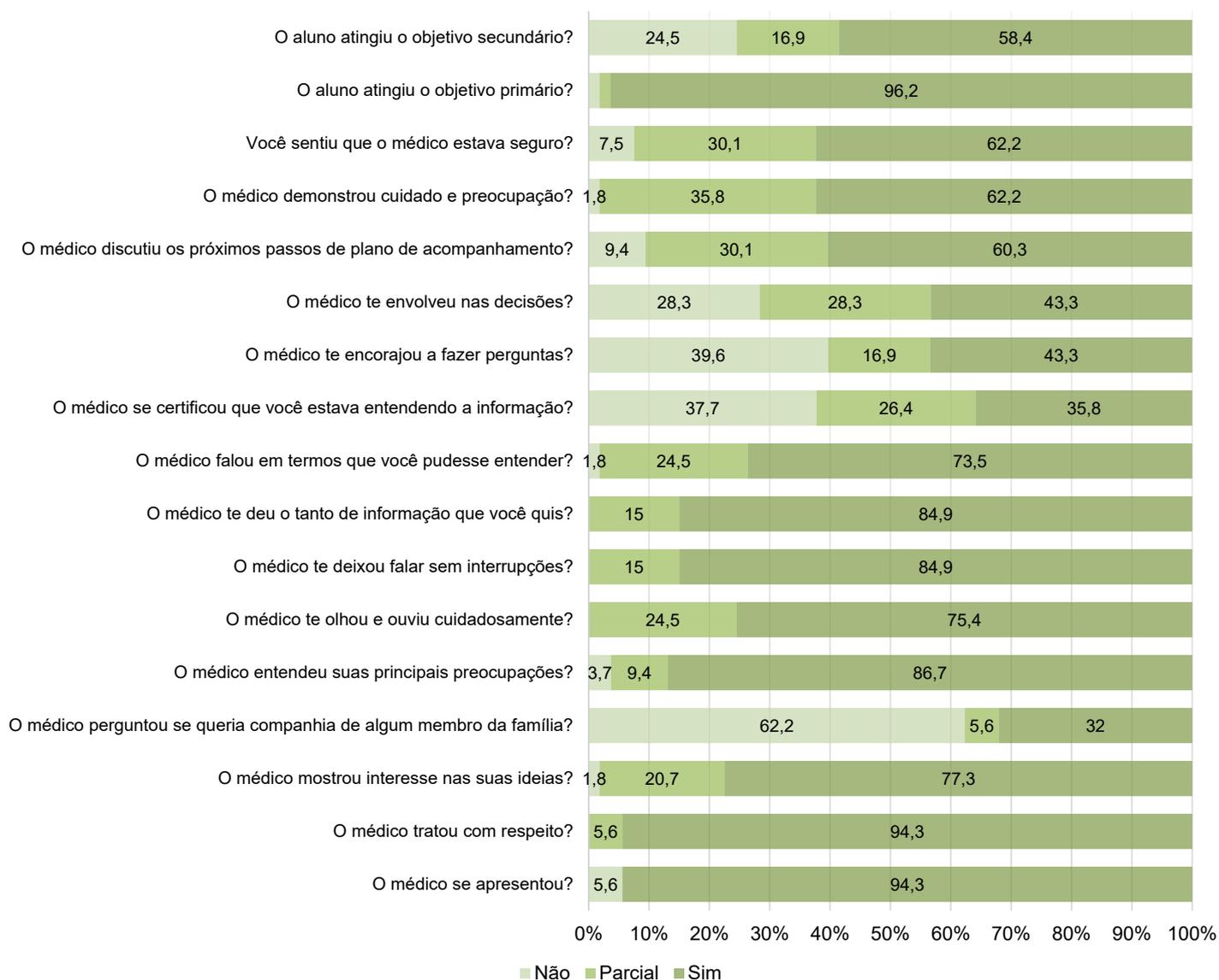
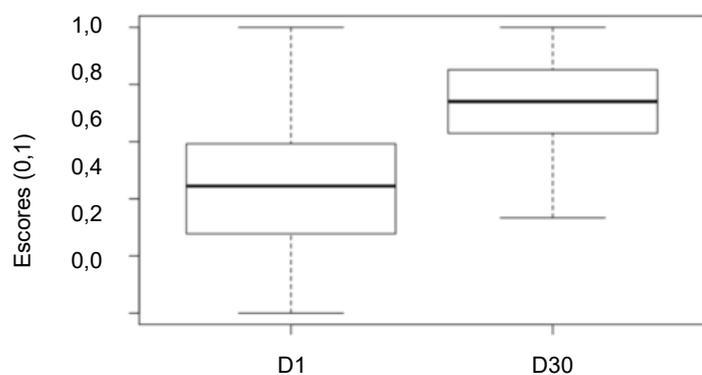
mais confortáveis para comunicar uma má notícia a partir desse momento, 28,3% afirmaram que o sentimento era o mesmo de antes do treinamento, 56,7% apontaram alguma melhora, e apenas 15,1% responderam que estavam confiantes.

DISCUSSÃO

A comunicação de más notícias é um momento crítico na relação médico-paciente. O paciente receberá uma informação que afetará negativamente o curso de sua vida, e compete ao profissional de saúde – geralmente o médico – ser o agente da má notícia¹⁻⁹. O momento da comunicação de más notícias foi descrito como um dos maiores geradores de estresse, ansiedade e sofrimento para os médicos, residentes e estudantes de Medicina durante a graduação¹³⁻¹⁶.

Apesar da importância da comunicação de más notícias para o médico no cotidiano da prática profissional,

raramente foi descrito na literatura um treinamento prático que permitisse a repetição e comparação ao longo do tempo, durante a formação médica. Porém, ao menos, o número de trabalhos sobre treinamentos práticos com avaliações pontuais tem se tornado cada vez mais frequentes. As habilidades de comunicação são essenciais para a formação e atuação em saúde, e é recomendado que haja processos de avaliação em ambiente simulado e na prática profissional¹⁷. No entanto, na avaliação da habilidade de comunicação de más notícias, é preciso saber o conhecimento prévio que o grupo possui. Cvengros et al.¹⁸ realizaram uma avaliação em comunicação de más notícias no oitavo e no último módulo de um curso de comunicação para estudantes de Medicina na fase anterior ao estágio do curso. A metodologia utilizada abordava discussão do tema, treinamento prévio, simulação com PP e *feedback* dos PPs e docentes, inclusive com o uso de gravações das simulações.

Gráfico 2. Percentual de estudantes de Medicina que obtiveram sim, parcial ou não em cada um dos itens avaliados na simulação de comunicação de más notícias após 30 dias da primeira (D30)**Gráfico 3.** Desempenho por escores obtidos pelos estudantes de Medicina nas simulações de comunicação de más notícias no primeiro dia (D1) e após 30 dias (D30)

Desempenho satisfatório quando $\geq 0,5$ ou 50%. Teste de Wilcoxon ($p < 0,001$).

Os alunos tiveram bom desempenho já na primeira simulação, mas constatou-se dificuldade com o tema “más-notícias”, e o *feedback* foi importante para o reconhecimento do que era necessário melhorar. Essa avaliação mostra a importância do treinamento em comunicação, no entanto apresenta o viés de conhecimento prévio, tanto pelos módulos anteriores do curso de comunicação como pela discussão e pelo treinamento prévios à simulação.

A concepção deste estudo partiu da identificação de que os estudantes de Medicina da universidade avaliada relataram se sentir despreparados para a comunicação de más notícias e por esses alunos não apresentarem oportunidade de conhecimento prévio durante a graduação, o que levou as autoras a idealizar esta pesquisa no ambiente da simulação, evitando inserir pacientes reais em situação de vulnerabilidade apenas com o objetivo de aprendizado discente.

Tabela 1. Agrupamento por escore de desempenho, que variam entre 0 e 1, obtido por estudantes de Medicina na primeira simulação de comunicação de más notícias (D1), com divisão subsequente por escore obtido na segunda simulação após 30 dias (D30) e subsequente qualificação em desempenho melhor, igual ou pior em D30 em relação a D1, por análise individual do desempenho de cada aluno

D1		D30		Comparação de escore em D30 em relação a D1	
Escore	n (%)	Escore	n (%)	Desempenho	n (%)
< 0,5	36 (60,0)	Faltou*	2 (5,5)	-	
		< 0,5	3 (8,3)	Melhor	3 (8,3)
				Igual	0 (0,0)
				Pior	0 (0,0)
≥ 0,5	24 (40,0)	≥ 0,5	31 (86,1)	Melhor	
		Faltou*	5 (20,85)	-	
		< 0,5	1 (4,1)	Pior	
		≥ 0,5	18 (75,0)	Melhor	12 (50,0)
				Igual	2 (8,3)
				Pior	4 (16,6)

*Alunos que não realizaram a segunda simulação (D30) por faltarem no dia estabelecido.

Desempenho satisfatório quando $\geq 0,5$ ou 50%.

Cálculo de desempenho: $[\text{escore } (0,1) = \text{escore} - \text{mínimo (escore)} / \text{máximo (escore)} - \text{mínimo (escore)}]$.

A boa comunicação é a base da relação médico-paciente favorável, proporcionando ao mesmo tempo informação adequada, acolhimento, empatia e menor sofrimento possível ao paciente^{9,19}. De acordo com o Código de Ética Médica²⁰, informar é um dever do médico e um direito do paciente. Não informar um paciente consciente sobre sua condição de saúde, além de antiético, pode ser danoso. Apenas o paciente informado poderá fazer escolhas autônomas, alinhadas com os próprios valores e sua história de vida^{19,21,22}.

É necessário introduzir metodologias de ensino estimulantes para estudantes e professores, possíveis de ser executadas e replicadas, financeiramente viáveis e que sejam capazes de ensinar a competência proposta. Ainda, é necessário aperfeiçoar as competências desejáveis aos estudantes ao longo da formação conforme as novas experiências e desafios se apresentam. Finalmente, é fundamental criar um ambiente seguro para o processo de ensino e aprendizagem durante a graduação^{16,18,23-26}.

Há algumas metodologias para aprimorar a habilidade de comunicação, como o *role-play* e a prática com pacientes padronizados simulados. A técnica de *role-play* aborda a representação de papéis entre as pessoas da dinâmica, com a observação de colegas e tutores da atividade. Engelhorn²⁷ afirmou que esse método foi útil para o ensino da anamnese e bem-aceito pelos estudantes de Medicina brasileiros da pesquisa, que ressaltaram a importância do ambiente simulado, para que a confiança seja alcançada antes de se falar com um paciente real. No entanto, o ensino proporcionado por

um ambiente simulado com PPs treinados, como em Parikh et al.⁵ e Hawkins et al.²⁸, propicia um ambiente mais realista e de maneira semelhante para todos os que são submetidos ao treinamento, mostrando-se uma técnica eficaz para o treinamento de habilidades de comunicação em medicina. Além disso, a técnica de simulação com PP tende a ser considerada mais útil que o formato *role-play* pelos próprios participantes, como em Park et al.²⁹, em que 43% dos médicos de emergência submetidos às abordagens de comunicação de más notícias apontaram a simulação como o item mais útil; 14%, o formato de *role-play* ou dramatização; 36%, ambas as metodologias; e apenas 7%, as palestras.

Ainda sobre metodologias existentes, podemos citar as gravações das simulações que são utilizadas no *debriefing*. Bagnasco et al.³⁰ adotaram essa técnica em sua dinâmica com estudantes e afirmaram que estratégias de simulação contribuem para o aprimoramento da habilidade de comunicação, do pensamento crítico e do raciocínio clínico dos alunos. Karam et al.³¹ avaliaram residentes de anestesiologia em encontros com pacientes simulados com gravações em vídeo, antes e depois da intervenção (palestras, dramatização e discussões em grupo), e constataram melhor desempenho na segunda simulação. Cogitou-se o uso dessa estratégia para este estudo, no entanto foi decidido que não seria utilizada pelo custo envolvido nessa metodologia e pela limitação de tempo e do número de pesquisadores, o que impediria a qualidade necessária para a abordagem tratada aqui.

O primeiro desafio encontrado na pesquisa foi avaliar

a cena, pois não existia um instrumento disponível. Essa dificuldade foi encontrada também por Yuan et al.³², que examinaram a habilidade de comunicação de más notícias em residentes do setor de emergências pediátricas e optaram por uma ferramenta que avaliava cinco domínios (definição de cenário, comunicação de más notícias, levantamento de preocupações, fornecimento de informações e considerações gerais). Em nosso estudo, houve a necessidade de desenvolver um questionário estruturado, objetivo, que permitisse a fácil e rápida utilização durante a própria simulação por diferentes avaliadores treinados. Sabe-se que desenvolver e validar um instrumento de pesquisa é tarefa para um tipo de estudo específico^{33,34}, e tal proposta não fazia parte do desenho desta pesquisa. Assim, como o instrumento desenvolvido foi adequado ao objetivo deste estudo, as autoras o consideraram um marco inicial, mas que poderá ser aprimorado. Ainda, considerou-se que o instrumento também pudesse servir de roteiro educativo para que os estudantes se apropriassem dos itens ali descritos e os aplicassem na prática médica em momentos de comunicação.

Dessa maneira, o desenvolvimento do instrumento de avaliação das cenas se baseou em estudos semelhantes^{6,8,9,23,24}, sendo o mais importante aquele descrito por Trickey et al.⁶. Com as adaptações necessárias, as correções e o apoio dos médicos avaliadores, o instrumento utilizado nesta pesquisa foi desenvolvido. É importante ressaltar que a inclusão dos objetivos primários e secundários das cenas no instrumento de avaliação foi essencial para direcionar os estudantes à real necessidade da abordar a comunicação da má notícia propriamente dita (primário) e às demandas que um paciente traz consigo na consulta (secundário).

Inicialmente, acreditava-se que a comunicação seria de maior qualidade se o paciente recebesse a informação e, ao mesmo tempo, tivesse suas demandas atendidas. De acordo com os dados obtidos neste estudo, comprovou-se que apenas transmitir a má notícia não torna a comunicação qualificada, mas, quando os participantes observaram o PP, eles acolheram as necessidades do paciente, ou seja, o objetivo secundário foi atingido, o que resultou em melhora no desempenho. Dessa maneira, atingir o objetivo secundário pode ser considerado um marcador de qualidade da comunicação. E nisso reside a importância de entender as necessidades da pessoa e a vulnerabilidade em que se encontra^{8,9,21,23,35}.

Os estudantes que tiveram desempenho satisfatório em D1 e compareceram em D30 demonstraram escores mais elevados e foram considerados mais qualificados. Entretanto, 71,4% daqueles que faltaram à oficina D30 já haviam mostrado desempenho satisfatório em D1 e, provavelmente, não se sentiram estimulados o suficiente para comparecer novamente.

Em estudos futuros, seria importante compreender melhor como motivar os estudantes no necessário processo de educação continuada por toda a vida profissional. Entre os estudantes que demonstraram desempenho insuficiente em D1, foi surpreendente a melhora em D30: 86,1% daqueles que foram considerados insuficientes em D1 obtiveram escores suficientes em D30. Pode-se afirmar que o treinamento em comunicação no ambiente de simulação, *debriefing* e orientação foi capaz de melhorar a habilidade de comunicação em más notícias na amostra estudada.

O desempenho, em termos de escores, melhorou entre D1 e D30 de maneira significativa. As principais características deste estudo foram as seguintes: engajar os estudantes no próprio aprendizado, torná-los conscientes das potencialidades e dificuldades, permitir o aprendizado em ambiente seguro e fazê-los repetir as atividades até que ganhassem confiança. No estudo de Chumpitazi et al.³⁶, a simulação e o *debriefing* proporcionaram aos residentes de emergência pediátrica maior conforto e habilidade mais eficaz para que eles pudessem lidar com as emoções ao comunicarem más notícias. Contudo, a abordagem realizada em nosso trabalho ainda não foi o suficiente para que a maioria dos participantes se sentisse confiante, e, possivelmente, será necessário ampliar a pesquisa, promover mais repetições e aperfeiçoar o treinamento.

Instruir os pontos fundamentais da comunicação de más notícias por meio do *debriefing* foi adequado e tornou os participantes mais qualificados. De maneira semelhante, em Servotte et al.²⁶, itens que englobamos em nosso *debriefing*, como informações de comunicação de más notícias e protocolo SPIKES, entre as duas simulações avaliadas, melhoraram de maneira significativa o desempenho dos alunos nas simulações em comunicação de más notícias. Karam et al.³¹ também obtiveram melhor desempenho na segunda simulação após intervenção com palestras, dramatização e discussões em grupo. Assim, compreendemos que a habilidade de comunicação pode ser aperfeiçoada por meio da metodologia proposta, que mostrou alto valor didático. Ensinar comunicação não se faz apenas de maneira teórica. Há a necessidade de prática, repetição, observação, reflexão e desenvolvimento contínuos. Tornar-se competente é compreender o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes^{37,38}.

O *debriefing* é o compartilhamento de uma experiência vivenciada por um grupo, com a intenção de aprendizado ou aperfeiçoamento a partir da experiência. É o momento fundamental para o aprendizado e deve ser conduzido por profissionais experientes^{17,25,39}. Compete ao facilitador do *debriefing* mediar as três fases com os estudantes: analítica, descritiva e aplicativa¹⁰⁻¹². De maneira geral, o *debriefing* começa na fase analítica, quando a equipe apoiada pelo facilitador

reconstrói e analisa o que foi vivenciado coletivamente. Nessa fase, cada membro ouve as experiências e é convidado a pronunciar a própria, de forma que a análise se organiza a partir do grupo. Na segunda fase, a descritiva, os membros são estimulados a apontar o que foi positivo diante da experiência própria e do grupo. Todos devem ser envolvidos, e o facilitador deve ter o cuidado de não permitir que os participantes mais frágeis se caíem ou que sejam julgados pelo grupo. É o momento de aprender com os acertos e erros próprios ou do grupo, sem exposição que fragilize. Na última fase, a aplicativa, o instrutor estimulará o grupo a fazer melhor num próximo momento a partir da experiência coletiva.

Durante o *debriefing*, os estudantes participantes, em sua maioria, ficaram surpresos ao descobrirem que existia o protocolo SPIKES¹⁻³ que poderia auxiliar a comunicação de más notícias. Os participantes precisam ser realmente estimulados a apresentar os pontos positivos da experiência vivenciada, e a construção coletiva deve ser facilitada pelo docente. É notável como os estudantes ouviram as sugestões que vieram dos PPs e como os atores se sentiram em relação aos participantes, e envolvê-los no *debriefing* foi, talvez, a maior aquisição neste estudo e melhorou a experiência como um todo. Foi preciso inserir na discussão as crenças dos próprios estudantes sobre o dever do médico de informar, o respeito ao desejo (ou não) do paciente em receber a informação e a comprovação de que eles compreenderam a informação.

O intervalo de 30 dias entre os treinamentos foi proposital e teve a intenção de permitir a compreensão das atividades, a redução do estresse/ansiedade gerados e até o esquecimento da técnica protocolar, com a possibilidade de reforço cognitivo do aprendizado num segundo momento. Com isso, evitou-se tornar a comunicação uma atividade mecânica ou protocolar. As autoras desejavam que os estudantes compreendessem a comunicação como um processo natural, informativo e empático, em que o paciente é informado da má notícia e, diante das necessidades apresentadas, será acolhido e direcionado nos próximos passos.

O cenário simulado é apenas uma forma de ensino na educação médica, especialmente importante na formativa⁴⁰. Questionou-se qual seria a evidência do ensino por meio de simulação^{41,42}, e a literatura descreveu que, desde que a introdução seja educacionalmente bem estruturada, os ganhos são reais. Estudos em cenários de comunicação de más notícias apontaram para a incorporação da estratégia de ensino na educação médica⁴⁻¹⁰. Entretanto, cabe ressaltar que as metodologias dos estudos são distintas, o que dificulta a comparação e a replicação das estratégias. O que se observou neste estudo foi que a introdução dos PPs rompeu com a rotina dos estudantes e trouxe novos desafios a todos.

Ainda houve o ganho ético, pois não foi necessário expor pessoas reais a momentos de vulnerabilidade apenas para o aprendizado acadêmico. Este pode ocorrer inicialmente na simulação, e, quando o estudante estiver mais preparado, será inserido na prática real.

Houve necessidade de desenvolver roteiros relevantes e treinar os atores amadores para que as respostas (verbais, não verbais e comportamentais) fossem realmente padronizadas e verossímeis com a prática médica, e, ainda, que os cenários fossem reprodutíveis entre os diferentes participantes nas oficinas. Pode-se afirmar que treinamento dos atores foi exaustivo, porém de grande valia e merece ser estimulado.

A maior parte da amostra de atores foi constituída de estudantes do primeiro ao quarto ano, e houve baixa adesão daqueles que estavam no estágio. Houve a tentativa de inclusão, com agendamento das oficinas aos sábados, mas sem sucesso, e apenas seis estudantes do estágio aceitaram participar. Dessa maneira, não foi possível avaliar se os estudantes no final do curso teriam desempenho diferente do restante da amostra. Dos poucos participantes do estágio, nenhum relatou que teria recebido treinamento prático em comunicação anteriormente. Tal dado é preocupante e correlaciona-se com os dados observados na literatura: os médicos raramente foram capacitados para a comunicação de más notícias. Há a probabilidade de que a perda da empatia ao longo da formação médica esteja associada com a menor procura por atividades relacionadas ao cuidado^{9,21,35}.

Como em toda pesquisa, esta também mostrou limitações. Toda atividade realizada em tempo real, como a simulação com PP, tem a possibilidade de não ocorrer exatamente igual. Para reduzir esse viés, as cenas tinham limites claros e foram treinadas exaustivamente pelos atores. Entretanto, quando se escolhe não utilizar técnicas estáticas, há o benefício de simular situações mais próximas da realidade, em ambiente controlado e sem expor pacientes reais a médicos em treinamento. Nesta pesquisa, os PPs foram estudantes de Medicina que receberam treinamento em técnicas de teatro e improvisação. Tal iniciativa foi devida à escassez de recursos financeiros e se mostrou viável, apesar de consumir bastante tempo e envolver uma equipe numerosa.

A construção do instrumento para avaliar as cenas foi desafiadora, pois há muitos pontos a serem observados e, por vezes, sobrepostos. Por exemplo, o item “cuidados e respeito” está intimamente relacionado com “olhar e ouvir com atenção”, e a cumprir esses itens possivelmente levará o participante ao “objetivo secundário da cena”. As pesquisadoras compreenderam que mais importante do que traduzir e validar o instrumento talvez seja aplicá-lo de acordo com os objetivos de ensino e pesquisa, e ter o cuidado de usar a mesma medida

em todas as avaliações. Uma saída para a dificuldade de avaliar quesitos subjetivos foi incluir o item parcial, além do binário e extremo “cumpru” ou “não cumpru”.

CONCLUSÃO

O treinamento de estudantes de Medicina em ambiente simulado com PP, no intervalo de 30 dias, e a apresentação de pontos fundamentais da comunicação de más notícias ou notícias difíceis, por meio do *debriefing* coletivo, permitiram o aprimoramento da habilidade de comunicação, a qual é uma ferramenta eficaz no ensino médico. Neste estudo, atingir a habilidade de acolhimento do paciente na dimensão psicoemocional pode ser considerado um marcador de qualidade da comunicação.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Ana Paula Rosa Isquierdo participou da revisão de literatura, do planejamento do projeto, da coleta de dados e da passagem deles para o Excel, da avaliação dos resultados, da criação de gráficos no Excel, da discussão dos resultados, da elaboração do manuscrito e da adequação às normas da revista. Ursula Bueno do Prado Guirro orientou o trabalho e participou da revisão de literatura, do planejamento do projeto, da coleta de dados, da avaliação e discussão dos resultados, e da elaboração do manuscrito. Giovana Ferreira de Freitas Miranda, Fernanda Cristine Quint e Ana Leticia Pereira participaram da revisão de literatura, da coleta de dados, da avaliação e discussão dos resultados, e da elaboração do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka A. Spikes – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- Buckman R. Practical plans for difficult conversations in medicine – strategies that work in breaking bad news. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.
- Johnson EM, Hamilton MF, Watson RS, Claxton R, Barnett M, Thompson AE, et al. An intensive, simulation-based communication course for pediatric critical care medicine fellows. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(8):e348-e355.
- Parikh PP, White MT, Smith L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res*. 2017;211:172-7.
- Trickey AW, Newcomb AB, Porrey M, Piscilani F, Wright J, Graling P, et al. Two-year experience implementing a curriculum to improve residents' patient-centered communication skills. *J Surg Educ*. 2017;74 (6):e124-e132.
- Berney A, Carrard V, Mast M, Bonvin R, Stiefel F, Bourquin C. Individual training at the undergraduate level to promote competence in breaking bad news in oncology. *Psychooncology*. 2017;26(12):2232-7.
- Sombra Neto LL, Silva V, Lima C, Moura H, Gonçalves A, Pires A, et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):260-8 [acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000200260&lng=en&nrm=iso.
- Laughy W, Grandal N, Stockbridge C, Finn G. Twelve tips for teaching empathy using simulated patients. *Med Teac*. 2019;41(8):883-7.
- Melo M, Magalhães A, Silva N, Liu P, Cerqueira Filho L, Gresta M, et al. Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. *Rev Méd Minas Gerais*. 2016;26:e-1805 [acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2086>.
- Grant VJ, Robinson T, Catena H, Eppich W, Cheng A. Difficult debriefing situations: a toolbox for simulation educators. *Med Teach*. 2018;40(7):703-2.
- Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: a critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simul Healthc*. 2016;11(3):209-17.
- Studer RK, Danuser B, Gomez P. Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: a critical literature review. *Int J Psychophysiol*. 2017;120:14-22.
- Shaw J, Brown R, Heinrich P, Dunn S. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):203-8.
- Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1255-9.
- Jacques AP, Adkins EJ, Knepl S, Boulger C, Miller J, Bahner D. Educating the delivery of bad news in medicine: preceptorship versus simulation. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2011 July;1(2):121-4.
- Rocha S, Romão G, Setúbal M, Collares C, Amaral E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):236-45. doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154.
- Cvengros J, Behel J, Finley E, Kravitz R, Grichanik M, Dedhia R. Breaking bad news: a small-group learning module and simulated patient case for preclerkship students. *MedEdPORTAL*. 2016;12:10505.
- Pellegrino E, Thomasma D. Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2018.
- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 2018 [acesso em 6 nov 2020]. Disponível em: www.portal.cfm.org.br.
- Roselló FT. Antropologia do cuidar. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
- Beuchamp TL, Chidress JF. Princípios de ética médica. 3a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2013.
- Bonamigo E, Destefani A. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev Bioét*. 2010;18(3):725-42 [acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/596.
- Kim L, Hernandez B, Lavery A, Denmark TK. Stimulating reflective practice using collaborative reflective training in breaking bad news simulations. *Fam Syst Health*. 2016;34(2):83-91.
- Karkowsky C, Chazotte C. Simulation: Improving communication with patients. *Semin Perinatol*. 2013;37(3):157-60.
- Servotte JC, Bragard I, Szyld D, Van Ngoc P, Scholtes B, Van Cauwenberge I, et al. Efficacy of a short role-play training on breaking bad news in the emergency department. *West J Emerg Med*. 2019 Oct 14;20(6):893-902.
- Engelhorn C. O Uso do role-play no ensino da técnica de anamnese e de habilidades de comunicação para estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(3):178-83. doi: 10.1590/1981-52712015v43n3rb20180243.
- Hawkins U, Tredgett K. Use of high-fidelity simulation to improve communication skills regarding death and dying: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(4):474-8.

29. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock*. 2010 Oct;3(4):385-8.
30. Bagnasco A, Pagnucci N, Tolotti A, Rosa F, Torre G, Sasso L. The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. *BMC Med Educ*. 2014;14:106.
31. Karam VY, Barakat H, Aouad M, Harris I, Park YS, Youssef N, et al. Effect of a simulation-based workshop on breaking bad news for anesthesiology residents: an intervention study. *BMC Anesthesiol*. 2017 June 14;17(1):77.
32. Yuan YY, Scott S, Van Horn N, Oke O, Okada P. Objective evaluation of a simulation course for residents in the pediatric emergency medicine department: breaking bad news. *Cureus*. 2019 Jan 16;11(1):e3903.
33. Boparai JK, Singh S, Kathuria P. How to design and validate a questionnaire: a guide. *Curr Clin Pharmacol*. 2018;13 (4):210-5.
34. Edwards P. Questionnaires in clinical trials: guidelines for optimal design and administration. *Trials*. 2010;11:2.
35. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86 (8):996-1009.
36. Chumpitazi CE, Rees CA, Chumpitazi BP, Hsu DC, Doughty CB, Lorin MI. Creation and assessment of a bad news delivery simulation curriculum for pediatric emergency medicine fellows. *Cureus*. 2016 May 1;8(5):e595.
37. Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Allesandrini CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação de professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Penso; 2002.
38. Scallon G. Avaliação da aprendizagem numa abordagem por competências. Curitiba: PUCPRESS; 2017.
39. Qureshi A, Zehra T. Simulated patient's feedback to improve communication skills of clerkship students. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):15.
40. Hillier M, Williams TL, Chidume T. Standardization of standardized patient training in medical simulation. Treasure Island, FL: StatPearls; 2020.
41. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria Jr S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med*. 2009;76(4):330-43.
42. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med*. 2011;86(6):706-11.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.