

Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) remoto para avaliar comunicação de más notícias em projeto universitário

Remote Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to evaluate bad news communication in a university project

Gabrielle Justiniana Fontes Rocha¹  gabrielle.rocha.114@ufrn.edu.br
Beatriz de Oliveira Sena¹  beatriz.sena.085@ufrn.edu.br
Carolina Mendes Pereira¹  carolina.mendes.016@ufrn.edu.br
Simone da Nóbrega Tomaz Moreira¹  simone.nobrega@ufrn.br

RESUMO

Introdução: As instituições de educação médica, historicamente, possuem falhas no incentivo ao desenvolvimento de competências em comunicação dos seus discentes, sobretudo dentro da comunicação de más notícias. O projeto “Dying: a human thing”, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), complementa o ensino das habilidades de comunicação de notícias difíceis com metodologias ativas de ensino e avaliação por meio de simulações virtuais.

Objetivo: Este estudo teve como objetivos avaliar o desempenho dos discentes participantes do projeto “Dying: a human thing” no OSCE remoto e caracterizar a percepção dos estudantes sobre o próprio desempenho nas simulações virtuais.

Método: Trata-se de um estudo com metodologia mista, quantiquantitativa, de caráter descritivo e exploratório. Foram incluídos na etapa quantitativa os estudantes participantes do projeto “Dying: a human thing” na edição 2021.2, que tiveram seu desempenho em comunicação de más notícias avaliado por um mesmo *checklist*, em dois OSCE *online* diferentes, separados por uma capacitação acerca do protocolo SPIKES, a fim de estabelecer uma análise comparativa entre as simulações. O *checklist* foi preenchido por professores capacitados sobre esse tema. Incluíram-se na etapa qualitativa, por conveniência, aqueles alunos que responderam a um roteiro semiestruturado para a análise de sua experiência nas simulações. A análise quantitativa ocorreu de forma não paramétrica, e, para o conteúdo qualitativo, as descrições dos discentes foram organizadas por categorias temáticas de acordo com o método de Minayo.

Resultado: Observou-se melhora nas pontuações dos discentes após a capacitação virtual em comunicação de más notícias, sendo o OSCE remoto uma ferramenta adequada para mensurar o desempenho dos participantes desse projeto de extensão. Os principais sentimentos despertados nesse contexto foram medo e angústia diante desse contexto comunicativo.

Conclusão: A comunicação de más notícias ainda é um desafio na prática médica e precisou ser realizada por meios virtuais durante a pandemia causada pelo Sars-CoV-2. Desse modo, aliar o desenvolvimento de habilidades comunicativas à familiarização com o modelo remoto é fundamental para a educação dos futuros médicos.

Palavras-chave: Educação Médica; Acolhimento; Humanização da Assistência; Telemedicina; Competência Clínica.

ABSTRACT

Introduction: Historically, medical education institutions have failed to encourage the development of their students' communication skills, especially in terms of communicating bad news. The “Dying: a Human Thing” project, carried out at the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), complements the teaching of difficult news communication skills with active teaching and assessment methodologies through virtual simulations.

Objective: This study aimed to evaluate the performance of students participating in the “Dying: a Human Thing” project in the remote OSCE, as well as to characterize the students' perception of their performance in virtual simulations.

Method: This is a quantitative, qualitative, descriptive and exploratory study. Students participating in the “Dying: a Human Thing” project in the 2021.2 edition were included in the quantitative stage, and their performance in communicating bad news was evaluated by the same checklist, in two different online OSCEs, separated by training on the SPIKES protocol, in order to establish comparative analysis between the simulations. The checklist was completed by teachers trained on the topic. Those students who responded to a semi-structured script to analyze their experience in the simulations were included in the qualitative stage to their discretion. Quantitative analysis was conducted in a non-parametric way, and, for the qualitative content, the students' descriptions were organized by thematic categories according to Minayo's method.

Results: There was an improvement in the students' scores after virtual training in breaking bad news, with the remote OSCE being an adequate tool to measure the participants' performance in this project. The main feelings aroused in this context were fear and anguish in the face of this communicative context.

Conclusion: Communicating bad news is still a challenge in medical practice and had to be carried out by virtual means during the SARS-CoV-2 pandemic. Thus, combining the development of communication skills with familiarization with the remote model is essential for the education of future physicians.

Keywords: Medical education; Communication; Professional-Patient Relations; Telemedicine; Clinical Competence.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Cristiane Barelli.

Recebido em 17/03/24; Aceito em 11/11/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Apesar da evidente importância da comunicação na prática em saúde, poucas instituições de ensino médico oferecem treinamento voltado ao desenvolvimento das habilidades e competências comunicativas de seus futuros profissionais. Dessa forma, em situações delicadas, como aquelas que envolvem a comunicação de más notícias, o sofrimento gerado não se limita a quem recebe a informação dolorosa, mas também atinge quem a informa, diante da dificuldade imposta por esse diálogo. Além disso, por vezes, tal experiência influencia fortemente o vínculo da relação médico-paciente¹.

Diante desse contexto, cabe destacar ainda o panorama produzido pela pandemia da covid-19: as severas restrições às visitas hospitalares de familiares exigiram que inúmeras conversas difíceis ocorressem a distância. Isso foi capaz de revelar novas dificuldades e reforçou a falta de treinamento pertinente às habilidades em comunicação necessárias a esse contato^{2,3}.

Desde 2013, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) conta com o projeto de extensão “Dying: a human thing”, vinculado à International Federation of Medical Students’ Association (IFMSA) Brazil, para complementar o ensino acerca das habilidades em comunicação, sobretudo das más notícias. No início de 2020, pelo cenário de distanciamento social, foi adaptado ao formato virtual e se propôs a sanar, também, os questionamentos recentes impostos pela pandemia dentro das competências comunicativas.

O projeto conta com mesas-redondas voltadas para a temática de comunicação de notícias difíceis e duas simulações no modelo *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), intercaladas com uma capacitação acerca do protocolo SPIKES⁴. A primeira simulação tem a proposta de avaliar o discente em situação prática de comunicação de uma má notícia, a partir de vivências que teve antes do projeto; e a segunda, voltada para a consolidação do aprendizado e a análise da evolução das habilidades comunicativas.

A partir dessas proposições, apesar de o OSCE ter reconhecido valor como método avaliativo pela literatura científica nas escolas médicas, nota-se que não há dados ou publicações que demonstrem seu impacto quanto ao desenvolvimento de habilidades voltadas à comunicação na forma remota, especialmente da forma como é promovido pela ação de extensão em questão. Com base no exposto, este artigo buscou avaliar o desenvolvimento das habilidades em comunicação por meio da aplicação do OSCE remoto, dentro do projeto de extensão “Dying: a human thing” da UFRN, assim como compreender a percepção dos discentes acerca do seu desempenho nas simulações virtuais.

MÉTODO

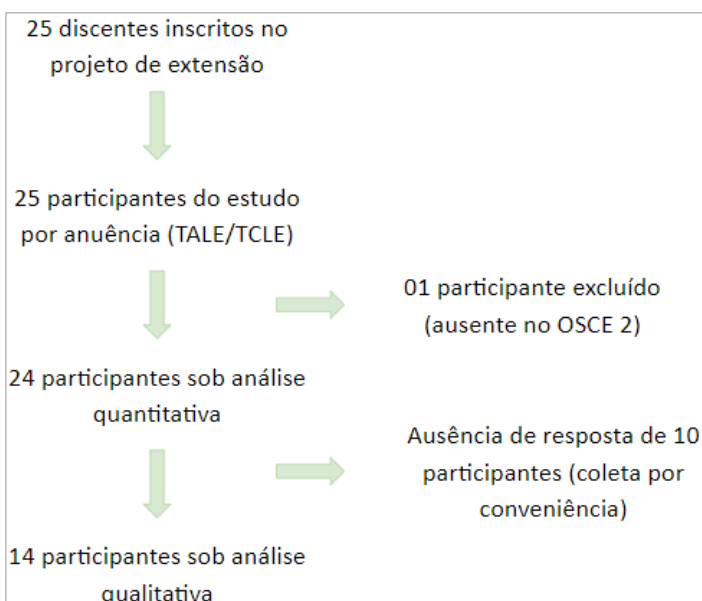
Trata-se de um estudo com abordagem metodológica mista, quantiquantitativa, de caráter descritivo e exploratório. Adotou-se o seguinte critério de inclusão na pesquisa: ser estudante de Medicina da UFRN participante da edição 2021.2 do projeto “Dying: a human thing”. Foram excluídos aqueles que não participaram de alguma das etapas de pesquisa. Assim, a perspectiva quantitativa envolveu a participação de 24 alunos, enquanto a qualitativa compreendeu 14 participantes.

Em relação à abordagem quantitativa, a coleta de dados se deu em dois momentos: durante a primeira simulação, que precedeu a capacitação dos participantes sobre o protocolo SPIKES, e durante a segunda simulação.

Entre as duas simulações, foi instituída uma capacitação com o objetivo de oferecer suporte teórico para a simulação posterior e a análise comparativa. O treinamento dos alunos consistiu em uma aula expositiva *online* de duas horas, que abordou detalhadamente cada etapa do protocolo SPIKES por meio da discussão de casos clínicos. A aula foi ministrada por uma médica especializada em comunicação de más notícias, proporcionando aos alunos a oportunidade de compartilhar experiências e esclarecer dúvidas.

A simulação remota se estruturou da seguinte forma: convidou-se individualmente cada participante para uma sala virtual na plataforma digital utilizada, na qual foi recebido por um organizador, membro da coordenação discente da ação de extensão, um professor do curso de Medicina da UFRN vinculado ao projeto e um(a) ator(atriz). Na sala, recebeu, via *chat* virtual, um caso clínico fictício – adaptado para o diálogo por videochamada – e a conduta, a qual consistia em uma

Figura 1. Participantes incluídos por etapa da pesquisa.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

notícia difícil a ser informada para o intérprete, que seria o paciente ou seu familiar.

Antes das simulações, os atores participaram de reuniões individuais com membros do projeto de extensão para que pudessem receber instruções detalhadas sobre os casos clínicos. Durante essas reuniões, apresentaram-se os cenários que seriam simulados, e se direcionaram as possíveis reações emocionais e os diálogos a serem empregados. Esse preparo garantiu a consistência das expressões consistentes em cada simulação, embora ainda tivessem liberdade para atuar. No primeiro OSCE, foi abordado o caso de um(a) paciente de 68 anos que necessitava de intubação orotraqueal devido à insuficiência respiratória causada pela covid-19. Os objetivos da simulação incluíam a comunicação do procedimento, o esclarecimento de dúvidas e o acolhimento do(a) filho(a) do(a) paciente. O segundo OSCE tratou de um paciente de 66 anos que faleceu após reanimação cardiorrespiratória, também em

decorrência da covid-19. O principal objetivo era comunicar, por videochamada, ao filho do paciente o falecimento do pai. Em ambas as simulações, o estudante atuou como o médico responsável pelos pacientes.

Realizou-se a leitura do caso em um minuto, e, imediatamente após, a conversa entre o(a) ator(atriz) foi iniciada, com duração de cinco minutos. De forma simultânea, o professor avaliador preenchia o roteiro estruturado via Formulários Google. Este foi elaborado de forma inédita, sem validação prévia, uma vez que estava inserido em uma nova realidade da comunicação: a demanda de distanciamento social e o uso de plataformas digitais para comunicação de notícias difíceis. Entretanto, foi baseado em questões referentes à avaliação da comunicação de más notícias propostas pelo protocolo SPIKES, associadas às diretrizes globais em comunicação e atualizações sobre comunicação de notícias difíceis virtualmente (Quadro 1).

Quadro 1. Checklist avaliativo.

CATEGORIA	SIM (1)	NÃO (0)
INTRODUÇÃO		
1) Perguntar se o paciente ou familiar ouve e vê bem o seu interlocutor;		
2) Apresentar-se ao paciente ou familiar		
3) Perguntar ou confirmar o nome do paciente ou familiar		
4) Perguntar como o paciente ou familiar está		
PREPARAÇÃO DO AMBIENTE		
1) Verificar a disponibilidade do paciente ou familiar e se o ambiente é confortável para a conversa para a conversa		
2) Oferecer integrar outro ente querido na chamada		
3) Posicionar a câmera de modo a realizar contato visual com o paciente ou familiar		
PERCEPÇÃO DO PACIENTE OU FAMILIAR		
1) Perguntar o que o familiar ou paciente sabe sobre o quadro clínico em questão		
2) Demonstrar interesse na informação dada pelo paciente		
3) Ouvir o interlocutor (não interromper ou completar a frase)		
CONVITE		
1) Advertir ao paciente ou familiar que as más notícias estão chegando		
2) Questionar se o paciente ou familiar quer receber a notícia		
INFORMAÇÃO		
1) Fornecer a informação de forma fracionada		
2) Explicar em linguagem acessível (evitar jargões médicos, por exemplo)		
3) Evitar frases vagas ou ambíguas		
4) Verificar se o paciente ou familiar compreende a informação		
5) Reforçar a informação principal		
ACOLHIMENTO DAS EMOÇÕES		
1) Permitir a expressão do familiar ou paciente, evitando interrupções e oferecendo silêncio		
2) Utilizar linguagem não-verbal para demonstrar acolhimento (balançar a cabeça, aproximar-se da câmera, manter contato visual)		
3) Demonstrar preocupação e sinceridade (tom de voz, gestos, escuta ativa)		
4) Manejar a reação do paciente ou familiar (respostas empáticas)		
RETOMADA E ENCERRAMENTO		
1) Questionar se o paciente deseja falar sobre o tratamento, se houver		
2) Criar um plano conjunto para seguimento		
3) Perguntar se há alguma dúvida que possa esclarecida		
4) Disponibilizar-se para outras conversas e/ou sugerir rede de apoio		
5) Realizar fechamento da conversa		

Nota. Demonstração da estrutura do checklist avaliativo utilizado pelos profissionais nas simulações^{4,5,6}.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A pontuação contabilizada pelo *checklist* poderia variar de 0 a 26 pontos, sem variação decimal (cada habilidade, se realizada, era contabilizada como 1 ponto; se não, 0 ponto). Foi considerado o total de pontos obtidos pelo estudante na primeira e na segunda simulação para a análise comparativa. O desempenho de cada estudante foi analisado pelo mesmo professor avaliador em ambas as simulações.

A etapa qualitativa da coleta de dados ocorreu após ambas as simulações, por meio de um roteiro com questões abertas. O roteiro foi disponibilizado via Formulários Google (Quadro 2) após a finalização do segundo OSCE e ficou disponível por duas semanas. Todos os participantes foram convidados a preencher o roteiro em questão, por conveniência, com adesão completamente voluntária a essa etapa.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada separadamente entre as perspectivas da pesquisa. Na abordagem quantitativa, analisaram-se os dados a partir do *software* IBM SPSS Statistics v24, e realizou-se a análise de normalidade a partir do teste de Shapiro-Wilk. Este demonstrou distribuição característica de variável paramétrica para os dados do primeiro OSCE e não paramétrica para os dados do OSCE subsequente. Assim, efetuou-se a descrição do conjunto das variáveis como não paramétricas a partir de mediana e valores mínimo e máximo. A análise comparativa foi feita a partir do teste de Wilcoxon. A evolução do desempenho de cada discente, quantificada como nota, de acordo com o número de acertos, constituiu a variável independente, enquanto as pontuações em cada habilidade compuseram as variáveis dependentes neste estudo.

No âmbito qualitativo, as respostas presentes no questionário subjetivo foram organizadas e codificadas na perspectiva de agrupar os relatos que apresentem similaridades entre opiniões e percepções, de modo a serem analisadas por meio de núcleos temáticos, como proposto por Minayo et al.⁷. Mais adiante, apresentam-se as falas dos discentes que são identificados com a letra A, acrescida de um número arbitrariamente atribuído – por exemplo: o aluno 1 será identificado como A1.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Os participantes do estudo estavam matriculados, principalmente, nos cinco períodos iniciais do curso de Medicina, sendo 79,17% da amostra do primeiro ao terceiro período, com 16,67% no quarto período e 4,17% do quinto. Houve predominância significativa do sexo feminino entre os participantes, sendo 62,5% da amostra, com 37,5% do sexo

Quadro 2. Roteiro semiestruturado.

1.	Nome
2.	Período acadêmico
3.	Idade
4.	Como você avalia seu desempenho na primeira simulação de comunicação de más notícias?
5.	Como você avalia seu desempenho na segunda simulação de comunicação de más notícias?
6.	Comparando a sua primeira simulação e a sua segunda, quais habilidades em comunicação de más notícias você percebeu ter melhorado?
7.	Dentre as habilidades em comunicação de más notícias desenvolvidas durante o projeto “Dying”, você notou a permanência da dificuldade em alguma, após ambos os OSCE?
8.	Quais vantagens e desvantagens você apontaria em relação à realização do OSCE virtualmente?
9.	Como você acha que o OSCE impactou o seu aprendizado dentro da comunicação de más notícias?

Fonte: Elaborado pelas autoras.

masculino. A média de idade entre eles foi de 20,7 anos, com desvio padrão de 1,6 ano.

Análise quantitativa

A mediana da pontuação total dos discentes no segundo OSCE foi superior à do primeiro ($p < 0,001$), assim como as medianas por domínio (Tabela 1). Ainda que alguns domínios tenham permanecido com a mesma mediana, a significância estatística leva em consideração, também, o aumento geral de pontuação naquela categoria, de modo que pode haver constância no valor supracitado e, mesmo assim, melhora diferencial no grupo, representada pelo valor de p . Os únicos domínios que não possuíram evolução com significância estatística (sendo essa estabelecida quando o valor de $p < 0,05$) foram o convite e o acolhimento das emoções. Vale ressaltar que o valor de p é calculado a partir da relação entre as medianas do OSCE 2 em comparação com o OSCE 1.

Houve aumento explícito da pontuação total dos estudantes, individualmente, entre as simulações (Gráfico 1). Percebe-se que apenas quatro estudantes (16,7%) não obtiveram desempenho superior no segundo OSCE, sendo um deles constante entre as simulações.

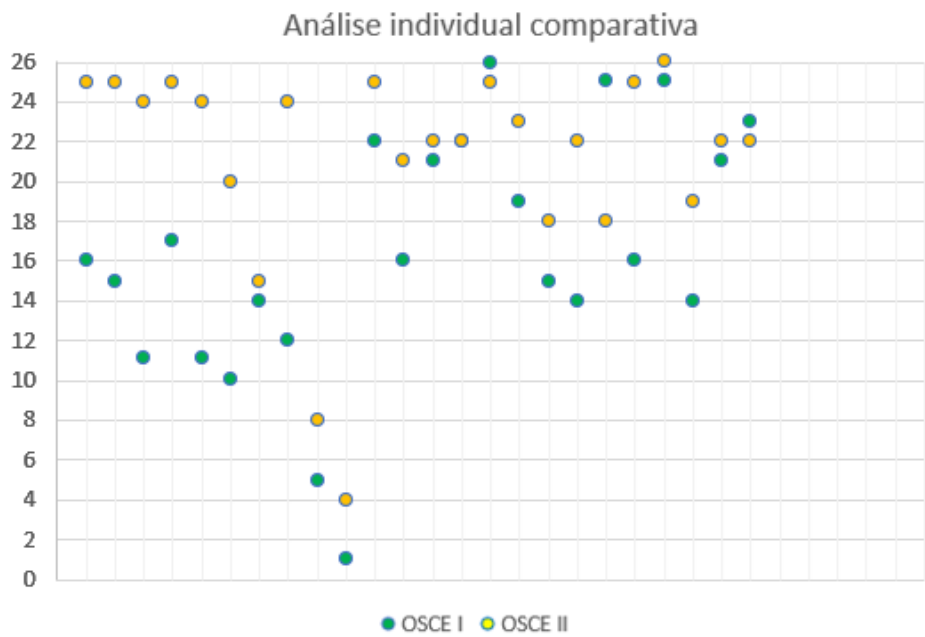
Por meio da estratificação das pontuações de cada discente por habilidade (Tabela 2), percebem-se variações significativas nos índices de acerto – com até 220% de melhora, se se compararem os índices entre a primeira e a segunda simulação. Apenas três habilidades não passaram por aumento do índice supracitado, das quais duas tiveram porcentagem negativa, e uma, neutra.

Tabela 1. Valores de mediana da pontuação geral dos estudantes por domínio, com significância estatística de cada modificação e valores máximo e mínimo possíveis de cada segmento avaliativo.

	Mediana das pontuações		Valor de P	Pontuação mínima		Pontuação Máxima		Pontuação mínima	Pontuação máxima
	OSCE 1	OSCE 2		OSCE 1	OSCE 2	OSCE 1	OSCE 2		
Total	16	22	p < 0,001	1	1	25	26	0	26
Introdução	3	3	p = 0,031	0	1	4	4	0	4
Preparação do ambiente	1	2,5	p = 0,008	0	0	3	3	0	3
Percepção do paciente ou familiar	2	3	p = 0,001	0	1	3	3	0	3
Convite	1	1	p = 0,062	0	0	2	2	0	2
Informação	3,5	5	p = 0,007	0	0	5	5	0	5
Acolhimento das emoções	4	4	p = 1,000	0	0	4	4	0	4
Retomada e encerramento	3	4	p = 0,015	0	0	5	5	0	5

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Gráfico 1. Análise da pontuação total em cada OSCE por estudante.



Nota. Os pontos em um mesmo segmento vertical representam o desempenho de um mesmo estudante em cada simulação. A presença de um único ponto significa a mesma pontuação em ambos os OSCE.
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Tabela 2. Percentual de estudantes que pontuaram em cada habilidade, no primeiro e no segundo OSCE, e comparação entre as simulações.

Categorias	Índice de acertos		
	OSCE I	OSCE II	Variação
<i>Introdução</i>			
1) Perguntar se o paciente ou familiar ouve e vê bem o seu interlocutor.	37,50%	41,67%	11,11%
2) Apresentar-se ao paciente ou familiar.	66,67%	91,67%	37,50%
3) Perguntar ou confirmar o nome do paciente ou familiar.	70,83%	91,67%	29,41%
4) Perguntar como o paciente ou familiar está.	66,67%	83,33%	25,00%

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Categorias	Índice de acertos		
	OSCE I	OSCE II	Variação
<i>Preparação do ambiente</i>			
1) Verificar a disponibilidade do paciente ou familiar e se o ambiente é confortável para a conversa.	41,67%	70,83%	70,00%
2) Oferecer a possibilidade de integrar outro ente querido na chamada.	20,83%	66,67%	220,00%
3) Posicionar a câmera de modo a realizar contato visual com o paciente ou familiar.	75,00%	91,67%	22,22%
<i>Percepção do paciente ou familiar</i>			
1) Perguntar o que o familiar ou paciente sabe sobre o quadro clínico em questão.	33,33%	87,50%	162,50%
2) Demonstrar interesse na informação dada pelo paciente.	83,33%	95,83%	15,00%
3) Ouvir o interlocutor (não interromper nem completar a frase).	87,50%	100,00%	14,29%
<i>Convite</i>			
1) Advertir ao paciente ou familiar que as más notícias estão chegando.	50,00%	79,17%	58,33%
2) Questionar se o paciente ou familiar quer receber a notícia.	41,67%	58,33%	40,00%
<i>Informação</i>			
1) Fornecer a informação de forma fracionada.	62,50%	75,00%	20,00%
2) Explicar em linguagem acessível (evitar jargões médicos, por exemplo).	79,17%	87,50%	10,53%
3) Evitar frases vagas ou ambíguas.	79,17%	83,33%	5,26%
4) Verificar se o paciente ou familiar compreende a informação.	54,17%	75,00%	38,46%
5) Reforçar a informação principal.	45,83%	83,33%	81,82%
<i>Acolhimento das emoções</i>			
1) Permitir a expressão do familiar ou paciente, evitando interrupções e oferecendo silêncio.	70,83%	87,50%	23,53%
2) Utilizar linguagem não verbal para demonstrar acolhimento (balançar a cabeça, aproximar-se da câmera, manter contato visual).	87,50%	79,17%	-9,52%
3) Demonstrar preocupação e sinceridade (tom de voz, gestos, escuta ativa).	95,83%	91,67%	-4,35%
4) Manejar a reação do paciente ou familiar (respostas empáticas).	91,67%	91,67%	0,00%
<i>Retomada e encerramento</i>			
1) Questionar se o paciente deseja falar sobre o tratamento, se houver.	41,67%	66,67%	60,00%
2) Criar um plano conjunto para seguimento.	45,83%	75,00%	63,64%
3) Perguntar se há alguma dúvida que possa ser esclarecida.	70,83%	79,17%	11,76%
4) Disponibilizar-se para outras conversas e/ou sugerir rede de apoio.	70,83%	83,33%	17,65%
5) Realizar fechamento da conversa.	58,33%	83,33%	42,86%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Análise qualitativa

A partir da análise dos resultados, emergiram três núcleos temáticos: experiência dos participantes diante do OSCE remoto; aprendizado a partir do OSCE, com o enfoque nos métodos avaliativos discutidos; e simulações remotas: facilidades e dificuldades.

Experiência dos participantes diante do OSCE remoto

Foram relatados sentimentos como nervosismo e insegurança na experiência do primeiro OSCE, como observado nas falas a seguir:

Na primeira simulação, fiquei muito nervosa e sem saber como reagir diante das inúmeras possibilidades de roteiros (A7).

Me senti extremamente ansiosa e insegura, pois nunca tinha participado de uma [sic] OSCE e não sabia como agir diante do paciente ainda mais diante da má notícia, mas passei por essa experiência e fico feliz de ter me exposto a ela (A8).

Os discentes também notaram melhora no campo da autoconfiança e redução da ansiedade no segundo OSCE, a partir da experiência do primeiro, além de maior bagagem teórico-prática:

Nesse momento ainda me sentia ansiosa e nervosa, mas definitivamente mais preparada para a OSCE. Ainda cometi erros, mas saí feliz, pois sabia que tinha evoluído (A8).

A minha segunda simulação do Dying foi bem tranquila e tive segurança para transmitir a má notícia de forma completa e empática (A9).

Já conseguia estruturar um certo “roteiro” com os passos que eu deveria seguir para dar a má notícia da melhor maneira possível (A12).

Além disso, os participantes referiram o benefício das experiências do projeto no processo de desenvolvimento de suas habilidades em comunicação de más notícias:

Com certeza evoluíram bastante, uma vez que as rodas de conversas tornam o aprendizado muito mais atrativo, pois com as mais diversas experiências trocadas conseguimos uma noção mais ampla do que funciona ou não na hora da comunicação de más notícias (A11).

Apesar de ainda achar [a comunicação de más notícias] um desafio, esse projeto consegue ir nos colocando nesse contexto com a preparação e amplificando a empatia e a compreensão dos sinais dados pela pessoa com quem estamos conversando que são fatores cruciais na hora da comunicação (A14).

Aprendizado a partir do OSCE remoto

Diante das simulações, os participantes relataram melhora na compreensão do protocolo SPIKES, tanto acerca da sua utilidade quanto da forma de sua aplicação. Ao mesmo tempo, eles notaram a demanda de adaptação do próprio protocolo e da associação entre esse meio técnico e a empatia:

Entendi que a comunicação de más notícias vai além de um algoritmo (A5).

Percebi que a arte de dar más notícias passa muito mais sobre o aspecto humano de acolher o outro do que o aspecto meramente técnico (A8).

Aqui, pude [aprender], principalmente, sobre humanidade – no sentido de aguçar a sensibilidade do falar e ser capaz de acolher a dor que não é só minha. Creio que por estarmos num curso da saúde, lidando diretamente com vidas, já deveria ser requisito o desejo de acolher a dor do outro... Mas fomos capazes de conhecer e evoluir a técnica desse acolhimento enquanto estudantes e futuros profissionais (A7).

A melhora citada foi ainda mais proeminentemente associada à capacitação sobre o protocolo SPIKES durante o projeto:

A aula sobre o protocolo SPIKES ministrada, após a primeira simulação, foi altamente transformadora,

uma vez que trouxe uma série de esclarecimentos e novas perspectivas para a abordagem na comunicação de más notícias (A9).

Agora o protocolo faz bem mais sentido para mim, então penso que conseguirei dar más notícias de forma mais acertada (A3).

Os alunos também destacaram a relevância do OSCE, como ferramenta avaliativa prática, para seu processo de ensino-aprendizagem, como visto em:

Acredito que o OSCE foi fundamental, visto que habilidades de comunicação possuem um cunho prático no aprendizado muito importante e que sem oportunidades como essa dificilmente eu teria como consolidar meus conhecimentos, ver o que, realmente, aprendi e também ter um feedback do que melhorar (A13).

Dentro da simulação, relatou-se a relevância do feedback: “Na segunda [simulação] já se tem o feedback da primeira, nos dá uma noção de como melhorar essa comunicação” (A14).

Por fim, o OSCE foi considerado um meio de avaliação que coloca o discente como protagonista de seu processo, sobretudo pelo seu caráter prático:

A OSCE nos coloca em uma posição atuante, nos testando e possibilitando-nos uma experiência já em um período inicial do curso. Uma ferramenta essencial para nosso aprendizado, que nos antecede situações reais (A12).

A OSCE foi fundamental para a evolução do aprendizado, pois a teoria é importante, mas sem a prática se torna inútil (A8).

Eu sinto que, como toda habilidade, quanto mais praticamos e mais vivenciamos situações diferentes, aprendendo a melhor forma de se adaptar e desempenhar essa habilidade em várias situações, mais nos tornamos capazes e habilidosos. Dessa forma, acredito que o Dying ajudou muito na melhora, aprendizado e aperfeiçoamento da arte de dar más notícias (A13).

Acho que desenvolvi uma habilidade que talvez só com o tempo iria desenvolver caso não tivesse o Dying, além de errar diversas vezes até acertar como entregar (A2).

Simulações remotas: facilidades e dificuldades

Os participantes elencaram como facilidades da comunicação remota a possibilidade de interagir a partir de local cômodo, de experienciar a telemedicina:

A prática de comunicação online se mostrou prática e acessível por promover a possibilidade de nos conectar sem a dificuldade dos deslocamentos, possibilitando um maior aproveitamento do tempo (A9).

O OSCE online também apresenta facilidades, como permitir o treinamento na telemedicina, que é uma realidade que, cada vez mais, impõe-se aos médicos (A3).

Em contraponto, foram apontadas como dificuldades as eventuais instabilidades de rede de internet e as interferências do ambiente físico que sedia essa interação:

Acredito que uma dificuldade inerente ao OSCE online esteja relacionada a eventuais instabilidades de rede e demais desafios do ensino à distância, como a necessidade de gerenciar interrupções geradas pelo fato de os alunos estarem em ambiente doméstico (A3).

A conexão pode ser instável e dificultar a comunicação entre o médico e paciente por possíveis delays (A12).

O OSCE online acaba limitando a experiência completa da comunicação, como olhar nos olhos do paciente, apertar sua mão ou dar um afago no ombro após uma expressão de tristeza (A5).

A experiência acerca das emoções foi citada em algumas falas como facilidade e, em outras, como dificuldade, como ilustrado em:

A análise da postura corporal e expressão facial é menos rigorosa, por conta das limitações de câmera, o OSCE online pode dar brecha para impessoalidade (A4).

A modalidade remota traz uma certa proteção no sentido de disfarçar um pouco o nervosismo (A5).

Um OSCE online cumpre o papel comunicativo das más notícias, mas ainda assim sinto que falha no exercício de lidar com o paciente e transmitir e absorver as emoções do mesmo, elementos que presencialmente devem ser muito mais visíveis (A1).

Tal dualidade em relação a esse quesito chegou a ser motivadora de angústia, a qual foi sintetizada no relato a seguir:

Tenho o receio que, futuramente, o OSCE online possa dificultar minha interação presencial, porque a comunicação online, de certa forma, permite uma blindagem emocional do profissional de saúde, tornando o processo comunicativo mais “fácil” e prático. Isso pode comprometer o preparo para lidar, de maneira fisicamente completa, com a parte emocional presente na comunicação de más notícias. Tenho medo de ter uma dificuldade futura de lidar com o OSCE no “olho no olho” (A9).

DISCUSSÃO

A comunicação entre médico e paciente, essencial para a construção do vínculo de cuidado, frequentemente suscita diálogos emocionalmente difíceis envolvendo informações que podem alterar a vida e a perspectiva de futuro do paciente¹. Nesse contexto de más notícias, a

transmissão de informações gera sofrimento, também, em quem a informa⁸.

Apesar das atuais iniciativas de projetos de extensão nesse sentido, o esforço institucional para preparar seus futuros profissionais é historicamente deficitário, dentro da estrutura curricular obrigatória⁹. Isso é, inclusive, reconhecido pelos profissionais atuantes e tem consequências sérias: os discentes não aprendem a refletir sobre as próprias emoções, nem sobre a percepção dos pacientes e de seus familiares, o que se amplia para uma prática sem focar a qualidade das relações interpessoais¹⁰. O ensino de habilidades técnicas parece ser priorizado em relação ao ensino voltado às competências comunicativas¹¹, embora estas possam ser ensinadas e aprendidas sobretudo por meio de metodologias ativas de ensino e avaliação que contem com o engajamento dos estudantes¹².

Dentre essas metodologias e do contexto em que foram pensadas, este estudo evidencia o OSCE, o qual consiste em um exame clínico estruturado, realizado para testar os conhecimentos e permitir um *feedback* da *performance* do aluno¹³. Pelo contexto sanitário, ele precisou ser realizado remotamente. Considerou-se a experiência dos estudantes do curso de Medicina dentro desse panorama comunicativo de notícias difíceis, por meio das simulações virtuais, de modo a contribuir para a reflexão acerca das melhores estratégias de ensino e avaliação alinhadas ao objetivo de otimizar o panorama profissional dentro da medicina humanizada.

Dentro dessa proposta, a análise objetiva da evolução dos estudantes, por meio do questionário estruturado, foi dividida em domínios, que representaram a ordem dos passos propostos pelo protocolo SPIKES, e subdividida em habilidades, as quais deveriam fazer parte da comunicação de más notícias qualificada. Em relação às categorias, não houve diferença estatisticamente relevante quanto ao índice de pontuação para “convite” e “acolhimento das emoções”, enquanto foi registrada melhora significativa para “introdução”, “preparação do ambiente”, “percepção do paciente ou familiar”, “informação” e “retomada e encerramento”.

Sob um ponto de vista mais detalhado, as habilidades com melhora mais expressiva, como visto na Tabela 2, foram “apresentar-se ao paciente ou familiar”, “oferecer integrar ente querido à chamada”, “perguntar o que o paciente ou familiar sabe do quadro clínico em questão”, “advertir que más notícias estão chegando”, “reforçar a informação principal” e “criar plano conjunto de seguimento”. O *feedback* realizado após as simulações possui influência significativa para o alinhamento dessas condutas; e, diante dessas competências citadas, é possível perceber que a melhora é essencial para oferecer maior autonomia para o paciente/familiar. A possibilidade de

escolha de integrar alguém na chamada e a criação ou não um plano de tratamento – por exemplo – são meios de colocar o paciente como protagonista de seu processo em saúde, de modo a facilitar, até mesmo, a adesão dele aos processos terapêuticos^{14,15}.

Não foi constatada diferença quanto à habilidade “manejar a reação do paciente ou familiar”, mas deve-se ressaltar que o seu índice de acerto permaneceu elevado (91,6%). Nesse mesmo domínio de acolhimento das emoções, estão presentes as duas habilidades que tiveram redução do índice de acerto entre os OSCE (“utilizar linguagem não verbal para demonstrar acolhimento” e “demonstrar preocupação e sinceridade”). Assim, deve-se pensar se a capacitação teórica sobre os protocolos é, de fato, eficaz em desenvolver nos discentes a dimensão da relevância da disponibilidade emocional para esse momento tão difícil. Na verdade, deve-se perceber que as metodologias práticas de ensino e avaliação conseguem suscitar de maneira mais realística as competências necessárias a esses discentes, como dito anteriormente pelos participantes da pesquisa.

A respeito da pontuação total, o desempenho global dos estudantes teve melhora estatisticamente significativa após a capacitação teórica, com aumento da mediana de 16 pontos, no primeiro OSCE, para 22 pontos, no segundo ($p < 0,001$). Isso se associa, também, a uma melhora significativa dos discentes diante de suas pontuações individuais, como demonstrado no Gráfico 1. Também houve mudança de característica de distribuição das variáveis analisadas: paramétricas no primeiro OSCE e não paramétricas no segundo OSCE, com disposição das notas tendendo a valores mais expressivos.

Isso reforça a capacidade de desenvolvimento dos discentes dentro do seu processo de aprendizado das competências comunicativas¹² e demonstra a relevância deste estudo para reforçar essa possibilidade, inclusive diante de capacitações e simulações virtuais para, praticamente, todas as habilidades avaliadas – ainda que as relacionadas às competências emocionais tenham apresentado maior dificuldade.

A vertente qualitativa deste estudo, por sua vez, possibilitou compreender a percepção dos discentes quanto à experiência simulada de informação de más notícias provocada pelo projeto em questão, seguindo os núcleos temáticos “experiência”, “aprendizado” e “facilidades e dificuldades do formato *online*”. Observou-se que essa vivência provocou, como principais sentimentos, a angústia e o medo. Isso corrobora as análises da literatura vigente na medida em que os médicos sabidamente consideram o momento de dar uma má notícia propenso à insegurança e à perda da postura equilibrada e profissional¹⁶. Isso ainda foi agravado pelo fato de que a maioria dos participantes cursava os períodos iniciais da graduação e,

consequentemente, estava pouco preparada para esse tipo de conduta, tanto em termos teóricos quanto práticos.

Dentro desse contexto de educação baseada em momentos práticos, os estudantes pontuaram, repetidamente, como a simulação foi relevante para colocá-los como atuantes em seu treinamento. E esse deve ser o eixo basilar da educação médica, pois, à medida que se pratica, o conhecimento é estruturado por meio da teoria aplicada, o que possibilita questionamentos, dúvidas e, sobretudo, problematizações acerca das diferenças entre o que se deve fazer e o que, de fato, pode ser feito continuamente¹⁷. Exemplo disso é que, por meio dessa aplicabilidade, houve uma melhora significativa da compreensão sobre o protocolo SPIKES, como relatado pelos participantes, mesmo após uma capacitação teórica.

No momento das simulações, como parte das maiores dificuldades encontradas, temos aspectos intrínsecos ao meio virtual em que foram realizadas, como a instabilidade da internet e dificuldades com áudio e câmera. Essas questões foram tidas como limitantes e capazes de interferir, diretamente, na qualidade da comunicação. Entretanto, as habilidades da equipe pesquisadora com a plataforma utilizada e a disponibilidade para sanar dúvidas foram utilizadas para contornar tais problemas.

Ao discorrerem sobre o OSCE, os discentes tiveram dificuldade, especialmente, para as respostas às emoções no diálogo realizado em meio virtual, visto que o distanciamento físico limita as possibilidades de manifestações de apoio e empatia¹⁸. O contato visual, a postura diante da câmera e o tom de voz foram aspectos muito relevantes para contornar esse problema, mas exigiam habilidades pouco trabalhadas dentro da graduação com esses discentes. Isso se mostrou tanto entre as percepções dos estudantes quanto pelo fato de esse quesito não ter apresentado variação estatística significativa de melhora na segunda simulação em comparação com a primeira.

A literatura corrobora esse panorama na medida em que se traz a necessidade de compensar o distanciamento social a partir da comunicação verbal, de expressões faciais e da manutenção da linguagem corporal, ainda que por trás das câmeras¹⁹. Por isso, o treinamento direcionado com exposição prática é essencial, como demonstrado no presente estudo. Além disso, independentemente da continuidade das demandas de distanciamento social – segundo o curso da pandemia de covid-19 –, a telemedicina ganhou espaço no mercado de trabalho médico, e os discentes também devem estar capacitados a se inserir nesse meio¹⁹. Assim, estudar uma forma de melhorar a educação médica com as ferramentas disponíveis atualmente é imperativo.

Com base no conjunto de informações previamente expostas, observa-se que as diversas facilidades e dificuldades

do formato virtual não possuem impacto tão substancial sobre a maioria dos aspectos envolvidos na comunicação de más notícias, de modo que essa modalidade de capacitação se torna viável e útil para o ensino dentro dessa temática^{13,20}. Tornar os estudantes mais seguros e empáticos para comunicar más notícias, virtual ou presencialmente, é um meio de desenvolver confiança dentro da relação entre médico e paciente, já que é um dos pilares da comunicação – sobretudo em uma profissão em que os desfechos são múltiplos, bem como os impactos na vida de quem é cuidado¹⁴.

Por isso, o estudo destaca que o treinamento desses discentes também pode ser realizado em meio virtual, dadas as necessidades impostas pela pandemia e pelo novo mercado médico, mas, sobretudo, pelo paciente inserido em ambos os contextos. É um meio de ensino e avaliação congruente e reprodutível, capaz de permitir que os estudantes analisem o próprio desempenho e consolidem o aprendizado, embora persista uma lacuna no preparo postural e emocional desses discentes, que pode ser aprimorada com o uso dessa metodologia.

No ensejo da análise desses resultados, é oportuno reforçar que este estudo possui limitações. Relativamente a essa questão, destacamos a quantidade restrita de participantes, explicitando inclusive a posse de dispositivos eletrônicos e acesso à internet por meios próprios como fator determinante para possibilitar a participação no projeto, devido ao contexto social do período da pandemia de covid-19. Ainda nessa ótica, ressaltamos a ausência de validação prévia do *checklist* adaptado em face do contexto de distanciamento sem precedentes até o momento em questão. Ademais, pontua-se a modalidade escrita para coleta de dados na fase qualitativa da pesquisa – no que compete à possível interferência da adaptação do discurso para transmissão em palavras e ao resumo das impressões dos participantes em caracteres. Tais fatos tornam oportunos maiores estudos a respeito da capacitação de estudantes de Medicina para a comunicação de más notícias de forma *online*.

CONCLUSÃO

As dificuldades relativas à comunicação de más notícias são negligenciadas tradicionalmente pelas escolas médicas, e a chegada da pandemia causada pelo Sars-CoV-2 demonstrou lacunas ainda mais significativas, como o despreparo profissional para a comunicação em meio virtual. Essas adversidades, somadas, permitiram a criação de condutas heterogêneas e sem base científica integral, que tiveram impactos frequentemente traumáticos tanto para o profissional que comunicou uma notícia difícil como para o paciente ou familiar que a recebeu. Logo, é necessário intervir no processo de educação dos futuros médicos, a fim de ampliar a qualidade

das relações médico-paciente e torná-los capazes de lidar com o sofrimento, muitas vezes inerente ao processo de cuidado.

Neste estudo, essa intervenção é realizada, e se verifica a melhora de desempenho dos discentes, de modo a ressaltar o fato de que as habilidades em comunicação, bem como a postura empática – tão central na perspectiva de acolhimento e fortalecimento da relação médico-paciente –, podem, sim, ser treinadas e aprimoradas, inclusive virtualmente. Desse modo, destaca-se a necessidade de aliar o ensino presencial ao remoto na oferta mais ampla de capacitações no âmbito da comunicação de más notícias pelas instituições de educação médica. Com tais mudanças, será possível incrementar a formação dos futuros profissionais, ainda que no formato *online*.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Gabrielle Justiniana Fontes Rocha, Beatriz de Oliveira Sena e Carolina Mendes Pereira participaram da submissão do estudo ao Comitê de Ética, da pesquisa bibliográfica, da aplicação do questionário, da compilação dos dados e da elaboração do manuscrito. Simone da Nóbrega Tomaz Moreira participou da Submissão do estudo ao Comitê de Ética, da pesquisa bibliográfica, da aplicação do questionário e da compilação dos dados, e supervisionou todas as etapas do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

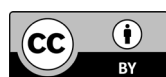
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.
Research data is available in the body of the document.

REFERÊNCIAS

1. Camargo N, Lima MG de, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT de. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev Bioét*. 2019;27(2):326-40.
2. Collini A, Parker H, Oliver A. Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *Emerg Med J*. 2020;38(2):151-4.
3. Back A, Tulskey JA, Arnold RM. Communication skills in the age of covid-19. *Ann Intern Med*. 2020;172(11):759-760.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globler G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
5. Stamer T, Essers G, Steinhäuser J, Flägel K. From summative MAAS Global to formative MAAS 2.0 – a workshop report. *GMS J Med Educ*. 2023;40(1):9.
6. Vitto C, Del Buono B, Daniel L, Rivet E, Cholyway R, Santen SA. teaching toolbox: breaking bad news with virtual technology in the time of covid. *J Cancer Educ*. 2022;37(5):1429-1432.
7. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. A análise de dados em pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2010.

8. Monteiro DT, Quintana AM. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016;(4)32.
9. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS de, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):52-7.
10. Borges MS, Freitas GF, Gurgel WG. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus*. 2012;6(3):113-26.
11. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: a literature review. *J Palliat Med*. 2016;19(1):101-7.
12. Kaplonyi J, Bowles KA, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, et al. Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Med Educ*. 2017;51(12):1209-19.
13. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975;22;1(5955):447-51.
14. Pimentel, LCMA. Comunicação de notícias difíceis na formação médica: desenvolvendo competências relacionais. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
15. Casalvara VJ, Scorsolini-Comin F, Corsi CAC. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Rev. Abordagem Gestál*. 2019;25(1):92-102.
16. Prado AJF do, Silva EA, Almeida VA de, Fráguas Júnior R. Ambiente médico: o impacto da má notícia em pacientes e médicos – em direção a um modelo de comunicação mais efetivo. *Rev Med*. 2013;20;92(1):13.
17. Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. Editora Fap-Unifesp; 2008(1)101-115.
18. Hauk H, Bernhard J, McConnell M, Wohlfarth B. Breaking bad news to cancer patients in times of covid-19. *Support Care Cancer*. 2021;29(8):4195-4198.
19. Miao JH. Adapting medical education initiatives through team-based e-learning, telemedicine objective structured clinical exams, and student-led community outreach during the covid-19 pandemic. *JMIR Med Educ*. 2021;7(2):e26797.
20. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing communication skills of medical students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) – a systematic review of rating scales. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152717.



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.