

Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?

Breaking Bad News: Is the Medical Student Ready?

Luis Lopes Sombra Neto¹
Vanessa Lauanna Lima Silva¹
Carolina Dornellas Costa Lima¹
Hannah Torres de Melo Moura¹
Ana Luiza Mapurunga Gonçalves¹
Adriana Pinheiro Bezerra Pires¹
Veruska Gondim Fernandes¹

RESUMO

Nas últimas duas décadas, ocorreram mudanças curriculares nos cursos de Medicina com o objetivo de formar profissionais humanizados e capazes de atender às demandas atuais. No contexto desse novo modelo, ressalta-se a importância do ensino de comunicação da má notícia na graduação, habilitando acadêmicos a atuar de maneira empática e eficiente. O conteúdo carregado de emoção reforça a necessidade de o médico se preparar adequadamente para saber lidar com as reações dos pacientes e com os próprios sentimentos. Este artigo é um estudo transversal que avaliou, por meio de checklist, a habilidade de comunicação da má notícia apresentada por acadêmicos de Medicina do ciclo pré-clínico em prova prática no modelo Objective Structured Clinical Examination (Osce). Foram avaliados 119 alunos do quarto semestre do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, dos quais 67% obtiveram desempenho global superior ou igual a 90%. A maior dificuldade observada foi em realizar um “anúncio breve” do problema ao transmitir a má notícia, com 35,3% de erro. Em contrapartida, os estudantes foram eficazes em não “dourar a pílula” ao comunicarem o diagnóstico, quesito que obteve índice absoluto de acertos. Além disso, foi analisada a capacidade dos alunos em identificar a influência dos sintomas na vida do paciente, por meio dos estágios do luto de Kübler-Ross e da escala de desempenho clínico Eastern Cooperative Oncology Group (Ecog), obtendo uma porcentagem de acertos de 84,1%. Embora o desempenho global tenha sido avaliado como excelente, estudantes de Medicina do ciclo pré-clínico mostram-se hesitantes em suas primeiras consultas e no primeiro contato com os pacientes, em especial naqueles de forte conteúdo emocional, fato que ficou evidente ao se identificarem as principais falhas cometidas pelos discentes durante a prova prática de comunicação da má notícia. Dessa forma, com o intuito de aprimorar essa habilidade tão importante para a prática médica, reforça-se o uso de nossas experiências de ensino-aprendizagem, como pacientes atores, treinamento entre os pares, abordagem de protocolos padronizados e reflexões acerca da importância dessas estratégias no ensino da má notícia.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Medicina.
- Ensino.
- Relações Médico-Paciente.
- Comunicação.
- Competência Clínica.

ABSTRACT

KEYWORDS

- Medical Education.
- Medicine.
- Communication.
- Teaching.
- Doctor-patient relationship.
- Clinical competence.

Over the last two decades, curriculum changes and developments have taken place at medical schools, aimed at humanizing medical training. It is believed that this will enable these professionals to meet the current demands of the changing health care system. Within context of this new approach, one can highlight the importance of methods of breaking bad news being included in undergraduate medical training. This will aid students to act empathetically and efficiently in not only this specific situation, but all situations. Emotionally-loaded content reinforces the need for student medics to be adequately prepared to know how to deal with both the reactions of patients and their own feelings. This article consists of a cross-sectional study, in which we evaluated the ability of delivering bad news and the communication skills of medical students. The students were from a preclinical science training course and analyzed by means of a checklist during an OSCE (Objective Structured Clinical Examination). A sample consisting of 119 second-year students from the University of Fortaleza medical school was evaluated, of which 67% reported an overall performance of greater than 90%. The greatest difficulty observed when breaking bad news was their making of a “brief announcement” at the beginning of the consultation (35.3%). However, the students were efficient at not “sugarcoating” the bad news, with none of the students failing in this aspect of the evaluation. Furthermore, the ability of identifying the influence of the symptoms in the patient’s life using the Kübler-Ross model of grief and loss and Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) scale was assessed, with 84.1% of the students identifying it correctly. Therefore, in order to improve this essential skill in medical practice, one can underline the importance of drawing on personal experiences in teaching-learning, as patient actors, of training among peers, of an approach that includes standardized procedures and reflections on the importance of these strategies in teaching how to break bad news.

Recebido em: 14/09/2016

Aprovado em: 04/03/2017

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, são crescentes as mudanças que vêm ocorrendo na graduação em Medicina em busca de uma formação acadêmica mais humanizada. Além disso, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina propõem a associação da teoria e da prática e o desenvolvimento de habilidades com a capacidade de transformar a realidade¹. Esse cenário tornou essencial a inclusão de novos assuntos na formação acadêmica dos futuros médicos e a busca por estratégias inovadoras para a capacitação profissional^{2,3}.

Nesse contexto, encontra-se a habilidade de comunicação de más notícias, situação em que o médico se encontra na obrigação de transmitir uma notícia que irá modificar negativamente a vida do seu paciente⁴. A maneira como ela é transmitida interfere diretamente na relação médico-paciente; no modo como o indivíduo lida com o diagnóstico; na esperança desenvolvida após a notícia; nos relacionamentos pessoais e familiares; na busca por melhor qualidade de vida; e na adesão ao tratamento.

Por se tratar de um momento tão delicado da consulta médica, muitos profissionais da saúde descrevem dificuldades no momento da comunicação. Observa-se preocupação

com a forma como a má notícia afetará o paciente; receio de causar dor e sofrimento ao indivíduo; culpabilização por parte do paciente em seu diagnóstico; incerteza do sucesso terapêutico; e diversas reações emocionais desencadeadas pela nova informação^{5,6}.

Na tentativa de facilitar a transmissão de más notícias, tornando o processo mais didático, Buckman publicou, em 1992, o protocolo *Spikes*, que, até hoje, é o mais adotado na literatura internacional sobre o tema^{7,8}. Tal protocolo refere-se a um acrônimo em inglês que preconiza seis etapas a serem seguidas para facilitar o momento da transmissão da má notícia. A primeira, *Setting up*, refere-se à preparação de um ambiente privado e acolhedor, além da maneira como o próprio médico irá se apresentar ao paciente. A segunda, *Perception*, observa o que o indivíduo sabe sobre seu diagnóstico e prognóstico. Em seguida, a etapa *Invitation* avalia o quanto o paciente deseja saber sobre seu diagnóstico, sua capacidade e seu preparo emocional para receber a informação. O quarto ponto, *Knowledge*, consiste na informação referente à notícia propriamente dita, de forma compreensível, realista e acolhedora. No quinto momento, *Emotions*, o médico deve lidar com as diversas emoções do indivíduo de maneira empática, independentemente

da reação apresentada. Por fim, na fase *Strategy and Summary*, devem ser consideradas as estratégias terapêuticas e o prognóstico para uma adequada orientação, minimizando a ansiedade do paciente, mostrando as reais possibilidades de tratamento e buscando a confiança necessária para que o paciente adira ao tratamento⁹⁻¹¹.

Destaca-se ainda que a comunicação da má notícia pode ser subdividida em três fases seguindo o modelo de Vrolijk *et al.*¹²: (1) transmitir a má notícia imediatamente – etapa em que a notícia deve ser precedida por um breve anúncio, sendo então comunicada de forma tranquila, clara e compreensiva, seguida por um momento de pausa para dar ao paciente a oportunidade de uma reação inicial; (2) responder às reações – fase que tem o objetivo de oferecer espaço ao paciente para reagir e responder a essas reações emocionais de modo apropriado, parafraseando o conteúdo da fala e refletindo os sentimentos expostos; (3) procurar soluções e aconselhar – momento de traçar um plano conjunto e resumir o que foi decidido, garantindo também a chance de responder perguntas que possam aparecer posteriormente^{12,13}.

Nessas etapas, podem ocorrer equívocos caso não haja preparo adequado do médico. Durante a fase 1, por exemplo, a tendência a adiar a comunicação, falando inicialmente sobre generalidades, pode tornar ainda mais difícil a comunicação da má notícia, erro chamado de adiamento ou evitação. Já na etapa 2, pode-se “dourar a pílula”, salientando que há vantagens na má notícia. É um equívoco comum, que pode trazer como consequências agressão tardia e sentimento de não ser levado a sério por parte do paciente. Por fim, ao longo da fase 3, devido ao desejo do médico de melhorar a situação e procurar soluções, uma possível consequência é que ele dê ao paciente pouco tempo para lidar com suas emoções, passando rápido demais à fase 3 ou dando muitas informações ao mesmo tempo¹³.

Além da habilidade de transmitir a má notícia, todo profissional de saúde deve ficar atento às características apresentadas pelos pacientes. No intuito de caracterizar as diferentes reações frente a doenças graves e de prognóstico reservado, Kübler-Ross, em 1992, classificou os estágios semelhantes apresentados pelos pacientes em: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação¹⁴. Além disso, existem escalas de avaliação de desempenho clínico, especialmente desenvolvidas para pacientes oncológicos, como a proposta pelo *Eastern Cooperative Oncology Group (Ecog)* em 1982 e utilizada por profissionais da saúde para avaliar a forma como a doença interfere funcionalmente na vida do indivíduo¹⁵.

Tão importante quanto conhecer o passo a passo preconizado para a comunicação da má notícia é que o médico disponha de outras habilidades para diminuir a tensão do momen-

to e desenvolver de maneira satisfatória a relação com o seu paciente. Realizar escuta ativa, fazer contato visual, buscar a congruência verbal e não verbal com gestos de apoio são estratégias que demonstram dedicação e cuidado, contribuindo para um vínculo médico-paciente empático¹⁶.

Ademais, um bom diálogo entre profissional de saúde, paciente e sua família é de extrema importância, uma vez que reforça a possibilidade de maior adesão do enfermo à terapêutica sugerida, bem como aumenta a tolerabilidade aos efeitos adversos que dela possam decorrer. A confiança que advém de um bom relacionamento proporciona melhora da qualidade de vida, já que o paciente se sente amparado não só por seus familiares, mas por toda a equipe de saúde¹⁷.

Mesmo diante dessa realidade, o ensino dessa prática nas escolas médicas ainda não está presente em diversas matrizes curriculares. Além disso, por se tratar de um assunto ainda pouco difundido na realidade brasileira, poucas pesquisas e trabalhos nacionais foram realizados. Demonstra-se, dessa forma, a importância de novas pesquisas e discussões sobre a habilidade de comunicação de más notícias para uma boa prática médica³. Portanto, é imperativo que os acadêmicos de Medicina sejam capacitados a discutir e lidar com essa situação que servirá de base na formação médica, independentemente da especialidade escolhida¹⁸.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal quantitativo desenvolvido pelos monitores do módulo de Habilidades Médicas IV, que integra a grade curricular obrigatória referente ao quarto semestre do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob a supervisão e a orientação dos professores do módulo. Os dados do estudo são alusivos a 50 alunos que passaram pelo quarto semestre em 2014.1 e a 69 alunos em 2014.2, totalizando 119 acadêmicos avaliados.

No início do estudo, os discentes assistiram a aulas teóricas semanais e participaram de simulações práticas sobre o assunto da comunicação da má notícia, inclusive com pacientes atores e treinamento em pares, durante aproximadamente um mês.

No final do semestre, os estudantes realizaram uma prova prática em que tinham a tarefa de comunicar o diagnóstico de câncer com mau prognóstico a um paciente ator. Essa prova seguiu o modelo *Objective Structured Clinical Examination (Osce)*, que envolve uma variedade de habilidades clínicas e de comunicação avaliadas por meio de estações. Nessas estações, os professores avaliadores observaram e registraram o desempenho dos examinados por meio de um *checklist* previamente estruturado (Tabela 1), elaborado pelos docentes da disciplina por meio do referencial teórico utilizado neste estudo.

TABELA 1

Checklist utilizado na avaliação da habilidade de comunicação da má notícia dos discentes da disciplina Habilidades Médicas IV no ano letivo de 2014

| Parâmetros avaliados | Valor |
|---|-------|
| 1. Apresentou-se ao paciente e o cumprimentou | 0,1 |
| 2. Mostrou-se interessado em saber a evolução da doença desde a última consulta | 0,2 |
| 3. Fez anúncio breve do problema (introdução curta) | 0,2 |
| 4. Fez escuta ativa (contato visual, expressão facial, vocalizações, gestos demonstrando interesse e respeito) | 0,2 |
| 5. Informou o resultado de maneira adequada: com linguagem clara e acessível, pausada e compreensível | 0,2 |
| 6. Demonstrou tranquilidade ao informar o resultado | 0,2 |
| 7. Fez o silêncio necessário para a reação do paciente | 0,2 |
| 8. Fez explicação curta com as informações necessárias: possibilidade de terapia | 0,2 |
| 9. Fez explicação curta com as informações necessárias: possibilidade de cura | 0,2 |
| 10. Realizou escuta ativa | 0,2 |
| 11. Refletiu sentimentos/parafraseou as palavras do paciente | 0,2 |
| 12. Ofereceu conforto ao paciente | 0,2 |
| 13. Não cometeu erros: dourar a pílula (insistindo em apresentar o "lado bom" da situação ou diminuindo o problema) | 0,1 |
| 14. Não cometeu erros: evitação (não adiou ou evitou a comunicação) | 0,2 |
| 15. Não cometeu erros: autoenforcamento | 0,1 |
| 16. Não cometeu erros: ausência de clareza | 0,1 |
| 17. Não cometeu erros: interromper o paciente | 0,2 |
| 18. Manteve as esperanças do paciente | 0,5 |
| 19. Foi empático com o paciente | 0,5 |
| 20. Perguntou se o paciente tem dúvidas | 0,1 |
| 21. Colocou-se à disposição para posteriores dúvidas | 0,1 |
| 22. Discutiu a marcação de consulta de retorno | 0,1 |
| 23. Anunciou o fechamento da consulta | 0,1 |
| 24. Despediu-se de forma adequada | 0,1 |
| 25. Caracterizou a repercussão dos sintomas para o paciente (impacto em suas atividades diárias) | 0,5 |

No *checklist* elaborado foram incluídos aspectos de empatia durante a comunicação da má notícia e quesitos com o objetivo de avaliar o cumprimento das etapas propostas pelo protocolo *Spikes* ao longo do atendimento simulado, as quais foram divididas da seguinte forma: *Strategy* – itens 1, 2 e 3; *Perception* e *Invitation* – item 4; *Knowledge* – itens 8, 9, 14, 15, 16 e 17; *Emotions* – itens 10, 11, 12, 13 e 19; *Strategy and Summary* – itens 20, 21, 22, 23 e 24. Ao todo, 25 itens foram abordados.

A pontuação total do instrumento de avaliação variava de zero a cinco pontos, distribuídos entre os itens de forma que cada qual valia 0,1, 0,2 ou 0,5 pontos. As maiores pontuações eram atribuídas aos itens que consideravam aspectos de caracterização da repercussão dos sintomas na vida do paciente e discurso voltado a manter esperanças reais acerca do diagnóstico e tratamento propostos.

A soma das pontuações obtidas nos itens foi então julgada como o desempenho global dos estudantes no *Osce*. Para analisar esse dado, foram considerados excelentes rendimentos iguais ou superiores a 90%, correspondentes a escores $\geq 4,5$; bons aqueles entre 80% e 90% (escores entre 4,0 e 4,4); regulares as pontuações situadas entre 70% e 80% (escores de 3,5 a 3,9); e ruins as menores que 70% do total, o equivalente a escores $\leq 3,4$ pontos.

Além dos quesitos avaliados por meio desse *checklist*, foi proposto aos alunos que identificassem no final da simulação o estágio do luto vivido pelo paciente segundo o modelo de Kübler-Ross e a sua funcionalidade por meio da escala de performance *Ecog*. Essa avaliação, entretanto, foi realizada apenas com os estudantes do semestre 2014.2, utilizando-se uma amostra de 69 indivíduos.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética, em cumprimento à resolução da Portaria 196/96, sob o Parecer nº 1310546, os pesquisadores tabularam e analisaram os dados utilizando o programa Epi Info versão 3.5.2. A privacidade e o sigilo das informações coletadas foram respeitados por todos os pesquisadores envolvidos.

Por meio dessa análise, propõe-se estimar as principais dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de Medicina na comunicação da má notícia, avaliar as estratégias de ensino e aprendizado relacionadas ao tema e contribuir para o aperfeiçoamento dessa habilidade durante o ensino médico.

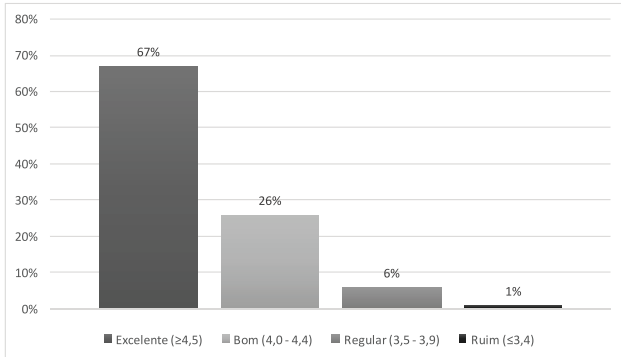
RESULTADOS

Analisando-se o desempenho global dos 119 alunos incluídos no estudo, observou-se que 67% foram capazes de obter escores excelentes, enquanto apenas 7% dos estudantes, um total absoluto de 8, tiveram rendimento considerado regular ou ruim (Gráfico 1). Da amostra, 16% dos indivíduos concluíram o teste com nota máxima ($n = 19$), e nenhum dos estudantes obteve pontuações inferiores à metade, sendo a nota mínima encontrada equivalente a 68% do total. A média de desempenho dos estudantes foi excelente, uma vez que correspondeu a 90% do total de pontos da avaliação.

Ao se explorarem separadamente os quesitos do *checklist*, observou-se que o item com maior número de acertos se enquadrava na etapa *Emotions* do protocolo *Spikes*. O item que

GRÁFICO 1

Desempenho global na prova prática de comunicação da má notícia dos discentes da disciplina Habilidades Médicas IV no ano letivo de 2014 (semestres 2014.1 e 2014.2)



avaliava os estudantes quanto ao erro “dourar a pílula” foi contemplado com índice absoluto de acertos, ou seja, nenhum aluno comunicou a má notícia ao paciente ator com eufemismos inapropriados acerca do diagnóstico. Em contrapartida, durante a etapa *Knowledge*, 35,3% dos estudantes não realizaram um “anúncio breve” no início da consulta, item que obteve o maior número de erros na avaliação.

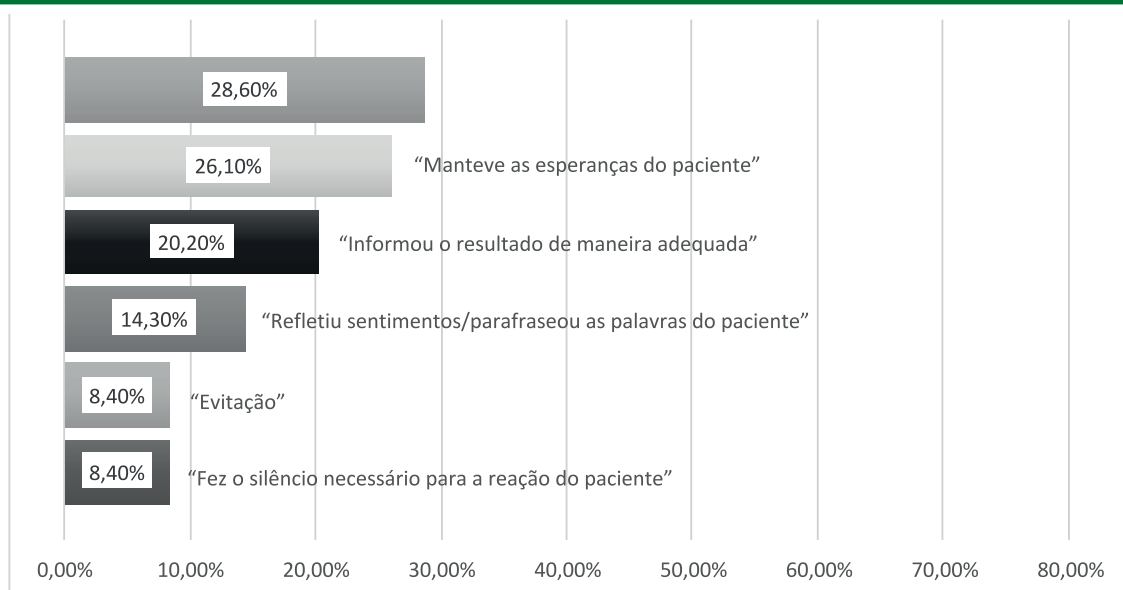
Entre as demais exigências do *checklist*, outros cinco itens avaliados tiveram índice de acertos maior ou igual a 95% e abordavam perguntas acerca de dúvidas do paciente (item 20), com 99,2% de acerto e atitudes como se mostrar à disposição do paciente para um contato posterior (item 21), não interromper o paciente (item 17), não se autoenforçar durante a comunicação da má notícia (item 15) e explicar de forma breve as informações necessárias acerca da possibilidade de cura (item 9), com 95% de acertos.

No tocante aos erros cometidos, o segundo e terceiro itens com maior número de equívocos, percentuais de 28,6% e 26,1%, ocorreram, respectivamente, nos momentos de oferecer conforto ao paciente após a comunicação da má notícia (item 12) e de manter as esperanças do paciente quanto às perspectivas do futuro (item 18). Além destes, outro item que também apresentou mais de 20% de erro foi o de informar o resultado de exames que confirmavam o diagnóstico ruim (item 5), sendo praticado por 20,2% dos alunos (Gráfico 2).

Outros aspectos do estudo foram a classificação do estágio de luto e perdas segundo o modelo de Kübler-Ross e a escala de performance *Ecog* do paciente simulado, em que foi considerada apenas uma resposta correta para ambos, representando escores de zero ou um ponto. Em ambos os quesitos, 84,1% dos estudantes foram capazes de identificar o proposto.

GRÁFICO 2

Principais erros cometidos na prova prática de comunicação da má notícia dos discentes da disciplina Habilidades Médicas IV no ano letivo de 2014 (semestres 2014.1 e 2014.2)



DISCUSSÃO

O protocolo *Spikes* como instrumento de comunicação da má notícia em muito contribuiu para a formação de um estudante de Medicina. O método permite que a exposição das informações seja mais fluida e eficiente, sendo especialmente útil no início da prática médica¹⁹. A relação médico-paciente diante de diagnósticos graves e incuráveis tem se tornado um tema contemplado na atualidade da medicina humanizada e centrada na pessoa. A maneira como este assunto é abordado interfere diretamente na qualidade desta relação²⁰.

Observou-se que os alunos foram prolixos no momento de fazer um anúncio breve da má notícia e que apresentaram também maior índice de falhas no conforto ao paciente após transmitir a má notícia. Tal fato pode ser explicado por se tratar de um atendimento simulado em uma avaliação por meio de *Osce*, o que tem como aspecto negativo o elevado grau de ansiedade provocado durante o exame. Essa ansiedade, assim como a fadiga estudantil, preconceitos pessoais de cada aluno e lapsos de memória ao longo do teste, influencia a confiabilidade do acadêmico diante do exame, levando os alunos a falarem mais do que o necessário na tentativa de acalmar os ânimos e devido à perda da espontaneidade^{21,22}.

A análise dos dados demonstra que a maioria dos alunos obteve desempenho satisfatório em comunicar a má notícia, uma vez que 93% deles apresentaram escores considerados bons e excelentes na avaliação. Esse resultado se deve em parte à ênfase dada a este tema na graduação de Medicina nesta faculdade, o que diverge dos dados da literatura atual, que revela uma abordagem deficitária dos aspectos psicológicos e despreparo para lidar com a problemática da morte e de doenças terminais²³⁻²⁹. Corroborando este panorama, um estudo realizado em 2010 na Índia com 16 alunos do último ano de Medicina mostrou que os temas mais citados como deficitários pelos acadêmicos foram habilidades de comunicação, em especial escuta empática e comunicação da má notícia³⁰.

Entre as dificuldades apresentadas, sobressaiu não conseguir manter as esperanças do paciente frente à situação simulada, sem, entretanto, dar falsas ideias da realidade que ele enfrentaria. Além disso, foram observadas dificuldades ao comunicar o diagnóstico devido à “evitação” em expressá-lo e a não conseguir refletir os sentimentos do paciente, que se encontrava em sofrimento psíquico após transmitida a má notícia. Tal fato pode decorrer da negação da vulnerabilidade pessoal e emocional do aluno incentivada pela antiga escola médica, uma vez que o sofrimento frente à doença seria visto como covardia ou fraqueza²¹.

Além disso, muitos profissionais de saúde acreditam que o processo de morrer naturalmente torna o indivíduo depri-

mido, experimentando desconforto em acompanhar as fases finais da vida daquele que vive este processo³¹. Isto demonstra que tais conceitos estão também arraigados na sociedade, pois mesmo alunos de uma faculdade que utiliza a nova metodologia, focando desde os primeiros semestres a relação médico-paciente e a humanização da medicina, não conseguiram realizar a comunicação da má notícia de forma plena.

Julga-se, ainda, a capacidade de percepção dos alunos acerca do estágio de aceitação da doença de acordo com Kübler-Ross¹⁴, constatando bom desempenho. O entendimento destes estágios é importante para a formação de um acadêmico de Medicina, pois, conhecendo a síndrome do luto, descrita pela mesma autora, encontra-se apto a comunicar a má notícia de forma mais suave e, portanto, menos traumatizante, bem como a lidar com os estágios pelos quais o paciente passa, principalmente o da negação e o da raiva, muitas vezes direcionada ao médico.

Durante o *Osce*, também se preconizou que os estudantes conhecessem a avaliação da qualidade de vida funcional em paciente terminal por meio da escala de *Ecog*¹⁵. Neste aspecto, os alunos apresentaram bom grau de discernimento da escala, fato crucial para uma correta abordagem e seguimento do paciente em sua fase terminal.

Há mais de uma década, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina preconizam o ensino voltado para a relação médico-paciente, uma vez que a literatura evidencia o benefício que tal prática fornece ao médico e ao paciente¹. Devido à importância de fortalecer esse laço e na tentativa de corrigir essa falha curricular, treinamentos de estratégias de comunicação da má notícia estão sendo realizados também no âmbito da residência médica^{32,33,34}.

Wouda e Wiel²⁹ compararam as habilidades de comunicação de alunos de Medicina com as de residentes e médicos especialistas. Observaram no estudo a importância de exercitar habilidades de comunicação e atingir proficiência ainda na graduação, pois os anos de prática clínica se mostraram insuficientes para tornar os médicos mais hábeis que os acadêmicos no momento de dar uma notícia ao paciente. Observaram que o mais relevante era a competência inata do profissional caso não tivesse vivenciado treinamentos adequados na graduação²⁸. Reed *et al.*³³ corroboram essa ideia ao demonstrarem que a melhora da performance dos residentes perdeu após a intervenção realizada.

Por ser uma habilidade comportamental, treinamentos práticos como os desenvolvidos neste trabalho são essenciais para a aquisição de competência durante a comunicação com o paciente. Outros estudos que visavam à avaliação do ensino dessas habilidades foram conduzidos, como os de Garg *et al.*³⁵

e Vetto *et al.*³⁶, que realizaram treinamentos com acadêmicos de Medicina nos anos pré-clínicos. O *Osce* é atualmente considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliar as habilidades e as competências clínicas dos estudantes de Medicina e também para certificação e avaliação de profissionais médicos já em atividade³⁷. Rosenbaum *et al.*²⁵ reportam um aumento na confiança dos estudantes após aulas e treinamentos com paciente ator.

Nesta intervenção, destaca-se a importância de uma relação médico-paciente eficaz, fundamental no processo de comunicação da má notícia, em que o médico deve estar capacitado a lidar com todas as formas de sofrimento do indivíduo, envolvendo uma relação direta e motivadora do ser que cura com as dores do ser que sofre³⁸.

CONCLUSÃO

Comunicar uma má notícia é uma situação intrínseca à rotina do médico independentemente de sua especialidade e representa uma das tarefas mais desafiadoras da prática clínica. Estudantes de Medicina do ciclo pré-clínico se mostram hesitantes em suas primeiras consultas e no primeiro contato com os pacientes, em especial nos momentos que envolvem assuntos de forte conteúdo emocional, fato que ficou evidente ao se identificarem as principais falhas cometidas no estudo.

Enfatiza-se a importância de preparar o acadêmico de Medicina para ser o comunicador dessa informação desde o início de sua formação, sendo imperativo que as universidades invistam em métodos para capacitar seus estudantes nessa habilidade. Convém dispor de estratégias adequadas que propiciem ao aluno manejar o estresse inerente em abordar situações delicadas. A sistematização com o uso de *checklists* e protocolos como o *Spikes* são bons exemplos de instrumentos que ajudam a reduzir a ansiedade durante uma consulta em que seja necessário comunicar uma má notícia.

Reforça-se o benefício do aluno em dispor de um espaço de treinamento com simulações realizadas com pacientes atores e com os pares por meio das quais possa praticar e receber *feedbacks* dos professores sobre a comunicação da má notícia. Assim, será possível aperfeiçoar as principais dificuldades apresentadas, como as que foram analisadas neste trabalho. Dessa forma, o futuro médico desenvolve maturidade para saber conduzir tais situações de maneira adequada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina

e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11.

2. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev Bioética*, Vol 18, No 3. 2010;18(3):725–42.
3. Jucá NBH, Gomes AM de A, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. A Comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34 (1): 57–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100007&nrm=iso
4. Silva Borges M, Freitas G, Widoberto G A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6 (3): 113-126.
5. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev da SBPH* 2007; 10:53–63. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&nrm=iso
6. Perosa GB; Ranzalini PM. Capacitação do Médico para Comunicar Más Notícias à Criança. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32 (4):468–473.
7. Buckman R. *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press 1992.
8. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober 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.
9. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16:1457–65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700081&nrm=iso
10. 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;35:52–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100008&nrm=iso
11. Kelley, AM; Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med* 2015; 373: 747-55. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404684>

12. Vrolijk A, Dijkema MF, Timmerman G. Communication models. A programmed instruction. Alphen aan den Rijn: Samson, 1972.
13. Molen, HT. Habilidades de transmissão de más notícias. In: Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier 2007. pp 78-88.
14. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
15. Oken M, Crech RH, Tormey DC, Horton JM, Davis TEM, McFadden ETE, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Vol. 5, American Journal of Clinical Oncology 1982; 649-56.
16. Silva VCE Da, Zago MMF. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. Rev Bras Enferm 2005; 58(4):476-80.
17. Araujo J.A. Leitão E.M.P. Comunicação de Más Notícias: Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) 2012; 11.
18. Stiefel F, Bourquin C, Layat C, Vadot S, Bonvin R, Berney A. Medical Students' Skills and Needs for Training in Breaking Bad News. J Cancer Educ 2013;28(1):187-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-012-0420-6>
19. Shetty A a, Shapiro J. How To Break Bad News – Tips And Tools For Resident Physicians. J Med Educ Perspect 2012; 1(1):20-4.
20. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
21. Simões JC. Síndrome de Luto. Med Res Rev 2014; 16 (2): 122-126.
22. Turner, J., DANKOSKI, M. Objective Structured Clinical Exams: A Critical Review. Family Medicine 2008; 40 (8): 574-578.
23. Perosa GB, Ranzani PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias às crianças. Rev Bras Educ Med 2008; 32 (4): 468-473.
24. Maguire P, Rutter D. Training medical students to communicate. In: Bennet AE, editor. Communication between doctors and patients. Oxford: Oxford University Press; 1976:45-74.
25. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching Medical Students and Residents Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. Acad Med 2004; 79(2):107-17.
26. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. Med Educ 2001;35:197-205.
27. Chandawarkar RY, Ruscher KA, Krajewski A, et al.: Pre-training and post training assessment of residents' performance in the fourth accreditation council for graduate medical education competency: Patient communication skills. Arch Surg 2011;146:916-921.
28. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II. Most young doctors are bad at giving information. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 292: 1576-8.
29. Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students: residents and consultants. Patient Educ Couns 2012;86:57-62.
30. Ganesh, A, Ganesh, G. (2010). Reflective writing by final year medical students: lessons for curricular change. Natl Med J India 2010; 23(4):226-30.
31. Da Silva, RC; Hortale, VA. Cuidados paliativos oncológicos: para o debate de diretrizes nesta área. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.
32. Schellenberg KL, Schofield SJ, Fang S, Johnston WSW. Breaking bad news in amyotrophic lateral sclerosis : The need for medical education 2014;(May 2013):47-54.
33. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Patient Education and Counseling Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents : A feasibility study of an educational intervention. Patient Educ Couns 2015; 98(6):748-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.015>
34. Ann A, Karen M, Berman M, Nisson P, Rhodes SM, Min AA. Social worker assessment of bad news delivery by emergency medicine residents : a novel direct-observation milestone assessment. Intern Emerg Med.2016; 11(6):843-52.
35. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. CMAJ 1997;156:1159-64.
36. Vetto JT, Elder NC, Toffler WL, Fields SA. Teaching medical students to give bad news: does formal instruction help? J Cancer Educ 1999; 14(1):13-7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10328318>
37. Amaral F, Troncon L. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (Osce). Rev Bras Educ Méd 2007; 21 (1): 81-89.
38. Bezerra APP et al. Plano de Ensino módulo 19: Habilidades Médicas IV Curso de Medicina. Fortaleza: Fundação Edson Queiroz, 2016.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luis Lopes Sombra Neto: coordenação do estudo, redação e revisão do artigo original. Vanessa Lauanna Lima Silva: tabulação e análise dos dados, redação e revisão do artigo original. Carolina Dornellas Costa Lima: análise dos dados e redação

do artigo original. Hannah Torres de Melo Moura: análise dos dados e redação do artigo original. Ana Luiza Mapurunga Gonçalves: análise dos dados e redação do artigo original. Adriana Pinheiro Bezerra Pires: orientação do estudo e revisão do artigo. Veruska Gondim Fernandes: orientação do estudo e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesses. Todos os autores deste artigo participaram do Programa de Bolsas de Monitoria Voluntária (Promov), vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (Unifor) no ano letivo de 2014. Os primeiros cinco autores, graduandos em Medicina, participaram

como monitores da estratégia Habilidades Médicas IV, pertencente à grade curricular do quarto semestre do curso de Medicina da Unifor, sendo orientados pelos outros dois autores, docentes da estratégia em questão. O trabalho desenvolvido ao longo do ano letivo de 2014 originou este artigo original.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luis Lopes Sombra Neto
Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321
Edson Queiroz – Fortaleza
CEP 60811-905 – CE
E-mail: luisneto88@hotmail.com