



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**AValiação de Intervenção Pedagógica com
USO DE “ROLE PLAY” PARA TREINAMENTO DE
HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO**

Camila Carneiro da Silva

Salvador (Bahia)
Janeiro, 2017

Universidade Federal da Bahia
Sistema de Bibliotecas
Biblioteca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira

C289 Silva, Camila Carneiro.
Avaliação de intervenção pedagógica com uso de
“role play” para treinamento de habilidade de
comunicação / Camila Carneiro da Silva – 2017.

50 fl.

Orientador: Lara Torreão.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Palavras-chaves: 1. Educação médica. 2. Más notícias. 3. Comunicação. 4. Notícias difíceis. I. Torreão, Lara, A. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Avaliação de intervenção pedagógica com uso de “role play” para treinamento de habilidade de comunicação.

CDU:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA COM USO DE “ROLE PLAY” PARA TREINAMENTO DE HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

Camila Carneiro da Silva

Professor orientador: **Lara de Araújo Torreão**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Janeiro, 2017

Monografia: *Avaliação de intervenção pedagógica com uso de “role play” para treinamento de habilidade de comunicação*, de **Camila Carneiro da Silva**.

Professor orientador: **Lara de Araújo Torreão**

COMISSÃO REVISORA:

- **Lara de Araújo Torreão** (Presidente, Professor orientador), Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Cláudia Bacelar Batista**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ____ de _____ de 2017.

A má notícia é que somos finitos, ou a má notícia é que, talvez, não tenhamos sido educados para viver a vida, em toda sua grandeza e beleza?
(Extraído do texto “Comunicação de Más Notícias”, de Maria Julia Paes da Silva)

Aos Meus Pais, Maria Evani e Orlando Messias.

EQUIPE

- Camila Carneiro da Silva, estudante de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: camilaeta@gmail.com.
- Professor orientador: Lara Torreão, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: laraat@hotmail.com.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ A Deus.
- ◆ À minha Professora orientadora, Lara Torreão, pela presença constante e por se tornar um exemplo de pessoa, pesquisadora e médica.
- ◆ À minha família, pela compreensão em cada ausência.
- ◆ Ao meu marido, pelo apoio e ajuda. Sendo uma fonte de aprendizado e crescimento.
- ◆ Às minhas “coleguinhas” por fazerem dessa trajetória mais leve e doce.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	11
V. RESULTADOS	13
VI. DISCUSSÃO	26
VII. CONCLUSÃO	35
VIII. SUMMARY	36
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
X. ANEXOS	39
•ANEXO I: Questionário	39
•ANEXO II: Termo de aprovação parecer consubstanciado do CEP	41
•ANEXO III: Termo de consentimento livre e esclarecido	42

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 – Matriz Curricular FMB

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade dos participantes das oficinas

Gráfico 2 – Ano em curso ou tempo de formação dos participantes

Gráfico 3 – Experiência dos alunos durante a graduação sobre “notícias difíceis”

Gráfico 4 – Experiência dos alunos em comunicar ou presenciar a comunicação de más notícias

Gráfico 5 – Experiência dos alunos em comunicar ou presenciar a comunicação de más notícias

Gráfico 6 – Avaliação dos alunos quanto ao conteúdo da oficina

Gráfico 7 – Avaliação dos alunos quanto ao seu envolvimento durante a atividade

Gráfico 8 – Avaliação dos alunos quanto ao impacto da oficina em seus conhecimentos e/ou habilidades

TABELAS

Tabela 1 – Áreas de interesse

Tabela 2 – Comentário ou sentimento

Tabela 3 – Comentário ou sentimento

Tabela 4 – O que foi melhor nesta atividade

Tabela 5 – O que faria atividade ainda melhor (formato, conteúdo, material, método)

I. RESUMO

Introdução: Bonamigo e Destefani (2010), conceituam má notícias como aquelas informações que modificam radicalmente e negativamente a ideia que o paciente faz de seu futuro. A comunicação de más notícias é uma habilidade clínica essencial devendo ser ensinada aos graduandos em medicina. Ao comunicar uma má notícia, o profissional deve ser capaz de dar espaço, tempo, para que o indivíduo seja capaz de expressar seus sentimentos, agindo com empatia, respeitando as vontades do paciente. Em consonância com o que é proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, foi implantado na FMB-UFBA a oficina de treinamento de comunicação de notícias difíceis. **Metodologia:** esta atividade é desenvolvida com alunos do internato em medicina, membros de ligas e residentes em pediatria. Faz parte do Eixo Ético Humanístico. Sendo utilizada a técnica de role play em ambiente simulado e o protocolo SPIKES. Os participantes foram expostos a um questionário de avaliação ao final da atividade. **Resultados:** 71 pessoas participaram da pesquisa. 59% tem entre 21 e 25 anos e a mesma porcentagem esta no 6º ano da graduação. A maioria, 27%, tem como área de interesse pediatria. Mais de 60% afirmou nunca ter tido nenhuma formação sobre comunicação de notícias difíceis. 25% informou nunca ter informado ou presenciado a comunicação de uma notícia difícil. E 56% nunca recebeu uma má notícia, na condição de paciente ou acompanhante. 99% dos entrevistados julgaram o conteúdo da oficina como adequado, 100% afirmou estar envolvido na atividade e acreditam que seus conhecimentos aumentaram como resultado da atividade. **Discussão:** a formação na FMB apresenta-se técnica/biológica, limitando o debate sobre habilidades de comunicação. A dramatização é um recurso psicodramático que expõe os acadêmicos a medos e ansiedades característicos do encontro médico-paciente. A atividade possibilita que o estudante compreenda as tensões que surgem ao se comunicar uma má notícia. **Conclusão:** a oficina mostrou-se satisfatória para os participantes e a metodologia ativa, com uso de role play e do protocolo SPIKES, válida para o treinamento de habilidades em comunicação. Faz-se necessário o uso de tais atividades em outros momentos da graduação na FMB. **Palavras-chave:** educação médica, más notícias, comunicação, notícias difíceis.

II. OBJETIVO

A. GERAL:

- Analisar a experiência dos alunos após o curso de treinamento de “comunicação de notícias difíceis”.

B. ESPECÍFICOS:

- Examinar a satisfação dos alunos após o treinamento na oficina de “comunicação de notícias difíceis”.
- Comparar o conteúdo dos alunos pré e pós o curso de treinamento “comunicação de notícias difíceis”.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O ato de cuidar é uma condição inerente aos seres humanos e se inicia ao valorizar o semelhante e ouvir atentamente as demandas. Esses singelos atos podem não ser exercidos, sendo substituídos pela incapacidade humana e ética de lidar com o sofrimento alheio. A avaliação das relações interpessoais é muito significativa, pois, as atividades de cuidado estão no escopo dos profissionais de saúde¹. A relação médico-paciente é o grande desafio da humanização no encontro clínico².

O treinamento de habilidades de comunicação vem sendo incentivado nas Diretrizes Curriculares de 2001 e reiteradas nas Diretrizes de 2014 em todas as áreas de assistência, gestão e educação em saúde. As diretrizes recomendam desenvolver tais competências a partir de práticas contextualizadas e construir estratégias e metodologias ativas com base nas necessidades e experiências reais³.

Embora a comunicação em si faça parte do cotidiano dos acadêmicos, professores, equipe médica e dos pacientes, é pouco formalizado o ensino desta habilidade, deixando o empirismo como o método principal. A boa comunicação influencia positivamente na relação médico-paciente, melhorando o vínculo e a adesão terapêutica.

Os profissionais de saúde, às vezes, são mensageiros de “más notícias” ou “notícias difíceis”, daquelas que não gostamos de comunicar e não gostaríamos de receber, que nos deparam com a filosofia e finitude da vida, ou notícias que alteram a perspectiva de futuro do indivíduo, como uma doença crônica ou a falha de um tratamento⁴. A transmissão de más notícias é um processo estressante, em especial, quando o profissional é inexperiente, o paciente é jovem e as possibilidades de tratamento são limitadas⁵.

A formação médica é voltada ao curar, são ensinadas todas as formas de remediar a doença ou a morte, mas pouco é abordado sobre como lidar, como promover uma morte serena, como realizar cuidados paliativos, ou conviver com o luto³ e também como se comunicar com os pacientes nestas condições de sofrimento. Essa falta de treinamento em habilidades de comunicação e o receio dos alunos e profissionais médicos constituem-se como as principais razões na falha da transmissão de más notícias. Isso é fruto da pouca ênfase no estudo da ética e da relação medico-paciente que se verifica nas escolas médicas ao longo do tempo.

Como consequência dessa comunicação inadequada, muitos doentes são colocados à margem do seu processo, diagnóstico e terapia, sendo-lhes negado o direito de escolha⁴.

O modo como a informação é passada afeta a compreensão da notícia, modifica a satisfação que o paciente tem sobre o cuidado médico, seu nível de esperança, sua adaptação psicológica subsequente. Se o médico tem dificuldade em dar a má notícia e compartilhar as decisões pode incorrer no erro de expor os pacientes a tratamentos duros além do desejo do indivíduo, na falsa ideia de ajudar⁵. Justificando assim a necessidade de se discutir e ensinar a comunicação de más notícias na graduação médica.

Bonamigo e Destefani (2010) conceituam más notícias como aquelas informações que modificam radical e negativamente a ideia que o paciente faz do seu futuro. Diante do valor da vida, a possibilidade da morte ou um grave problema de saúde pode findar planos e sonhos. O momento do recebimento da notícia é crucial, pois mudará toda a perspectiva de futuro do indivíduo⁶. Há de se considerar também, a questão subjetiva de quem recebe a má notícia, pois para o emissor uma informação cotidiana pode não parecer ruim, mas se o receptor a interpreta como tal, então torna-se uma má notícia, a exemplo da suspensão da alta médica, ou da possibilidade adiada de um exame específico.

Pitombo et al afirmam que o profissional é quem primeiro recebe a má notícia e deve estar preparado para esta, pois tem a função de comunicar aos pacientes e familiares diante de ambientes pouco favoráveis a despeito de agendas lotadas. A comunicação de notícias difíceis se constitui o ato de trabalhar com a verdade que é construída no encontro, no qual o paciente deve ser colocado como sujeito participante, protagonista de sua vida, trabalho e morte⁷.

A reação do paciente é imprevisível, e muitas vezes os médicos são incapazes de identificar e reagir de maneira adequada. A má notícia não se configura como um fracasso, e não deve ser encarada dessa maneira nem pelo profissional, nem pelo paciente. O médico deve ser capaz de decodificar e acolher seus próprios sentimentos diante dessa situação. Encarando medos e fragilidades, o médico pode reconhecer e controlar, agindo com empatia e colocando-se disponível a reação dos pacientes, os ajudando como for possível⁸.

A empatia pode ser entendida como o ato de prestar atenção, ouvir e verbalizar sensivelmente⁴. Empatia é a capacidade de compreender a qualidade da

experiência do outro. Na comunicação de más notícias, a empatia, muitas vezes, pode ser vista no simples ato de manter-se em neutralidade e silêncio. É necessário ser empático com a realidade da pessoa a ser cuidada, legitimar seus desejos, sofrimentos e vontades, assegurando a qualidade do cuidado¹.

A palavra comunicação deriva do latim *communicare*, que significa "tornar comum", "partilhar", "conferenciar"⁹. Geralmente, o conceito de comunicação aplica-se à troca de informações sob a forma de uma mensagem. A partilha de experiências, sensações e emoções é, igualmente, ato comunicativo.

A comunicação se estabelece através de dois indivíduos: emissor – aquele que expressa a informação, e receptor – quem ouve e processa a informação; e em duas partes: o conteúdo, ou seja, a informação que é transmitida, e o sentimento, expresso mesmo que inconscientemente. O paciente é sensível a essas duas esferas, sentindo-se seguro com informações claras, além de acolhido ao ser recebido com empatia. A completude dessas dimensões pode ser percebida ao se emitir o mesmo conteúdo: “sinto muito”, com fisionomia séria, na troca de olhares e oferecendo um toque, quando dito isso de maneira apressada, andando, sem dar tempo a expressão do paciente. A dimensão não verbal garante a qualidade da relação⁴.

Outro fator imprescindível é avaliar o quanto o indivíduo quer ou não saber. Primeiramente, ouvir. É fundamental que a verdade seja dita, mas ela não precisa ser depositada sobre o sujeito, sem saber se ele quer e se é o momento adequado de dizer. Segundo Silva (2012), “a eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância”.

A comunicação efetiva é uma competência clínica essencial ao médico⁸. Podendo ser ensinada, aprendida e sendo definida como o procedimento médico baseado na intersubjetividade, resultado da relação entre pessoas num espaço de promoção de acolhimento, dialogo e entendimento mútuo¹⁰.

O ensino das habilidades de comunicação deve ocorrer ao longo da graduação médica, em diversos contextos de ensino, com uso de metodologias ativas¹². Entre essas técnicas encontram-se o role play, a dramatização, entre outras⁷. O uso de protocolos, como o SPIKES, que norteiam a vivência prática em associação com metodologias ativas tem apresentado bons resultados no desenvolvimento de habilidades de comunicação.

O protocolo Spikes, foi criado por Buckman, em 1990, com o intuito de reduzir as dificuldades na comunicação de más notícias em oncologia, hoje é uma

referência internacional². Estando baseado em seis passos, com o mnemônico SPIKES. O primeiro refere-se ao planejamento da entrevista (S- “*setting up the interview*”), sendo a preparação do profissional ao escolher as palavras e o local da conversa. O segundo passo é a avaliação da percepção do paciente sobre sua saúde e doença (P- “*perception*”). A terceira etapa é o “convite” (I- “*invitation*”) no qual avalia-se o quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. A quarta etapa baseia-se em dar a informação ao paciente (K- “*knowledge*”), que é a transmissão da notícia, propriamente dita. O quinto passo deve ser a abordagem das emoções dos pacientes com respostas afetivas e empáticas (E- “*emotions*”). Por fim, o sexto passo é a estratégia e resumo (S- “*strategy and summary*”), onde são discutidos os planos terapêuticos, prognósticos, ou ações posteriores ao fato⁵.

O protocolo SPIKES é uma ferramenta útil na comunicação de más notícias, e se refere a preparação do médico para a comunicação de determinada notícia. Ele ressalta a importância de se verificar o quanto de consciência o paciente tem sobre o seu estado, o quando deseja saber sobre seu agravo, a comunicação propriamente dita, com palavras claras, sem uso excessivo de linguagem técnica, avaliando constantemente a compreensão do paciente. O médico continua sendo capaz de responder empaticamente a reação apresentada pelo paciente, e esclarecendo dúvidas e as possibilidades terapêuticas⁸.

O uso de estratégias educacionais de simulação tem sido difundido na literatura médica, em especial para o ensino de habilidade de comunicação¹². Isto porque tais ações inserem o aluno numa vivência prática assistida e comentada, contribuindo para o processo de aprendizagem.

A dramatização, por permitir a troca de papéis, é um recurso psicodramático que expõe os acadêmicos à angústia, medos e ansiedades características do encontro médico-paciente. Por ser um exercício, essa atividade possibilita que o estudante compreenda as tensões que surgem ao se comunicar uma má notícia¹². A análise da função da dramatização no ensino da comunicação de más notícias permite avaliar se a oficina é funcional, se aumenta a consciência e a sensibilidade dos estudantes, além de possibilitar analisar quais os sentimentos apresentados pelos alunos ao interpretar médicos e pacientes, diante da eminência da sua formação. A inversão de papéis contribui para o desenvolvimento da empatia e solidariedade.

A técnica de role play consiste no convite aos participantes a atuarem como personagens específicos, num determinado contexto. Segundo a literatura, a associação de aula teórica sobre o protocolo SPIKES e técnicas experimentais como “role play” e dramatização podem aumentar a confiança dos estudantes e profissionais na comunicação de más notícias^{2, 5, 6, 8, 10, 11}. O uso dessas ferramentas tem sido incentivado pelos órgãos normalizadores da formação médica no país.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014, propõem que o egresso da faculdade de medicina tenha:

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano³.

Na seção I, relativa a atenção à saúde, o artigo F recomenda que o aluno de medicina possa desenvolver habilidades de comunicação.

[...] possa desenvolver habilidades de comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.

Há ainda recomendações sobre o ensino da comunicação nas questões relativas à gestão e à educação em saúde. As diretrizes recomendam desenvolver tais competências a partir de práticas contextualizadas e construir estratégias e metodologias ativas com base nas necessidades e experiências reais¹⁰.

Em relação a metodologia de ensino as DCN afirmam no artigo 29 que a estrutura da graduação deve:

[...] II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão; III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais e ambientais; V - inserir o aluno,

desde o início do curso e ao longo de todo o processo da Graduação de Medicina, nas Ciências Humanas e Sociais em atividades práticas que sejam relevantes para a sua futura vida profissional.

A relação medico-paciente tem sido estudada de diferentes pontos, no campo acadêmico, porém, ao contrário das disciplinas técnicas, essa temática não possui livros didáticos que norteiem a prática dos alunos. Caracterizando-se como uma temática marginal ao ensino da medicina formal, baseado no modelo biologista. A inserção desse debate se dá no seio de disciplinas optativas ou caracterizadas como menos importantes, como sociologia e antropologia médica¹³. Na FMB, esse debate é feito no eixo ético humanístico e as habilidades de comunicação tem ainda menos destaque.

Partindo do princípio que a habilidade de comunicação pode ser observada e treinada em ambientes reais e simulados e a experiência prática pode ser adquirida através de várias estratégias metodológicas, optamos por trabalhar más notícias utilizando o protocolo SPIKES em ambientes simulados denominados de Role Play, com posterior avaliação reflexiva.

IV. METODOLOGIA

IV.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo realizado através de um questionário semi-estruturado, aplicado após a intervenção pedagógica “Oficina de notícias difíceis”.

IV.2. População de estudo

Graduandos da FMB, alunos de Ligas acadêmicas, residentes de pediatria, médicos que realizam o treinamento.

IV.3. Intervenção

A oficina de notícias difíceis é uma intervenção pedagógica composta de 2 partes, a saber: na 1ª parte, é feita uma aula de 40 minutos apresentando a sistemática do protocolo SPIKES. Em seguida, é realizada a apresentação de trechos de filmes com cenas de comunicação de más notícias com discussão dos alunos da aplicação do protocolo, além de fatores que facilitam e que dificultam esta comunicação identificando nos trechos dos filmes.

Na 2ª parte, a turma é dividida em 3 grupos. Cada grupo realiza uma dramatização com a técnica de Role-play, com casos e roteiros previamente selecionados de situações difíceis como notícia de morte, de palição exclusiva e diagnósticos inesperados, entre outros com avaliação reflexiva e *feedback* dos alunos após cada cena (*debriefing*).

O questionário semi-estruturado sobre a experiência dos alunos com o tema é aplicado ao final da oficina. São utilizados dados demográficos, idade, semestre em curso ou tempo de formação, área de desejo ou atuação. Dados de satisfação obtidos através da aplicação de questionário no modelo de escala Likert. Informações de conteúdo, coletadas com a avaliação quantitativa e qualitativa (análise de conteúdo).

IV.4. Descrição do cenário

Corroborando com o perfil médico, proposto pelas DCN, foi implantado na FMB-UFBA a oficina de treinamento de comunicação de notícias difíceis, no ano de 2013. Esta atividade é desenvolvida com alunos do sexto ano de medicina, integrantes de Ligas acadêmicas, residentes de pediatria, e médicos de outras especialidades e faz parte de atividade do Eixo Ético-humanístico. Acontecem, em média, três oficinas por semestre, com cerca de 20 alunos cada. Esta oficina é coordenada pela Profa Lara Torreão e auxiliada pelas profas Fátima Diz e Ana Paola Robatto. Nesta atividade, a técnica utilizada é a do *role play* em ambiente simulado.

A oficina é uma intervenção pedagógica composta de 2 partes, a saber: 1ª parte – expositiva do protocolo SPIKES e análise de trechos de filmes (O óleo de Lorenzo e Um Golpe do Destino) que mostram cenas de comunicação de uma má notícia com discussão dos alunos de fatores que facilitam e que dificultam esta comunicação.

2ª parte – Dramatização com a técnica de Role-play, com casos e roteiros previamente selecionados com avaliação e *feedback* dos alunos após a cena.

Os alunos são divididos em três grupos, sendo alocados com as professoras em estações distintas. Em cada sala é realizado uma cena, os alunos são convidados, voluntariamente a interpretarem o papel de “médico”, “paciente”, “acompanhante” e os demais são os observadores. Ao fim da atividade, todos são convidados a expressar sua opinião e sentimentos da experiência. E o processo se repete nas demais salas.

O presente trabalho tem o objetivo de avaliar a satisfação e o conteúdo dos alunos que realizaram a oficina de treinamento de comunicação em notícias difíceis realizadas por docentes. Embora a satisfação seja habitualmente relatada após as oficinas, nunca havia sido mensurada ou registrada, além de coletar sugestões de melhoria.

IV.5. Questões éticas

O sigilo dos alunos é preservado, não sendo necessária a identificação no questionário. O presente trabalho foi submetido, em 23 de Julho de 2016, e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Bahia (56806616.4.0000.5577), em 15 de Agosto de 2016.

V. RESULTADOS

A partir da data de aprovação no CEP, foram realizadas 6 oficinas, com 80 pessoas, ao todo. Destas, foram 58 internos, todos os internos que passaram pelo rodízio de pediatria, membros da Liga de Medicina Intensiva, 8 membros, e 14 médicos residentes. Sendo que 71 pessoas responderam o questionário, 3 já haviam respondido (internos e ligantes) e 6 preferiram não participar. Os alunos que não responderam e os que já haviam participado, foram excluídos da análise. Consideramos a amostra significativa por acolher todos as pessoas disponíveis no período de análise, entre a aprovação do CEP e a apresentação dos resultados.

Observou-se que 59% dos participantes possuem entre 21 e 25 anos de idade (**GRÁFICO 1**), cerca de 81% ainda estão na graduação e 19% já são médicos formados (**GRÁFICO 2**).

GRÁFICO 1 – Idade dos participantes das oficinas

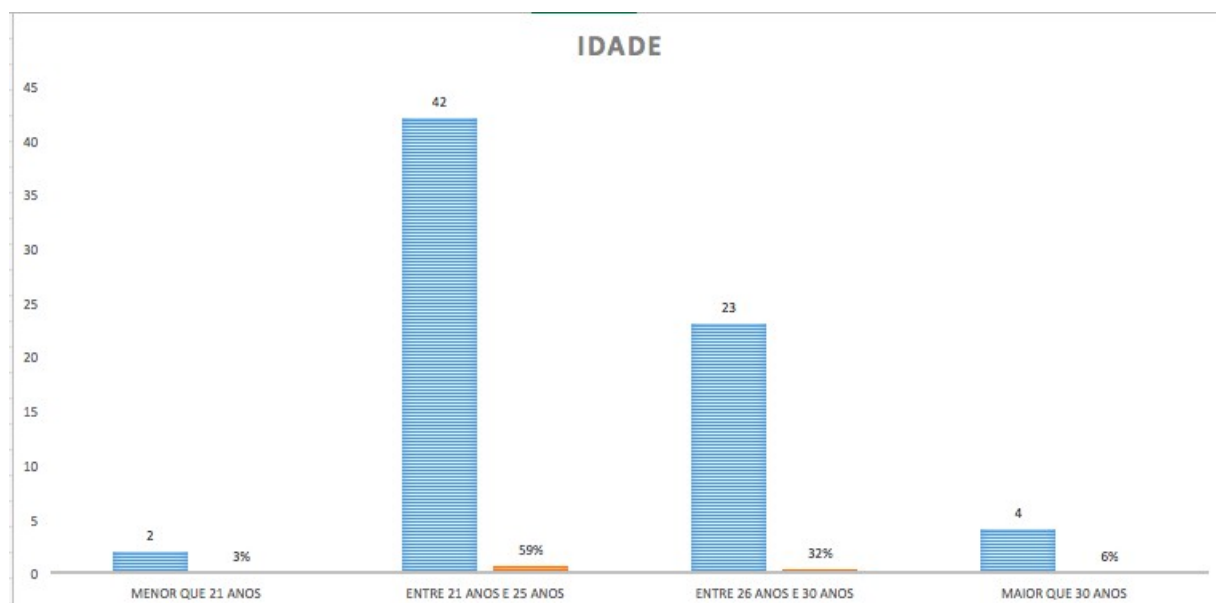
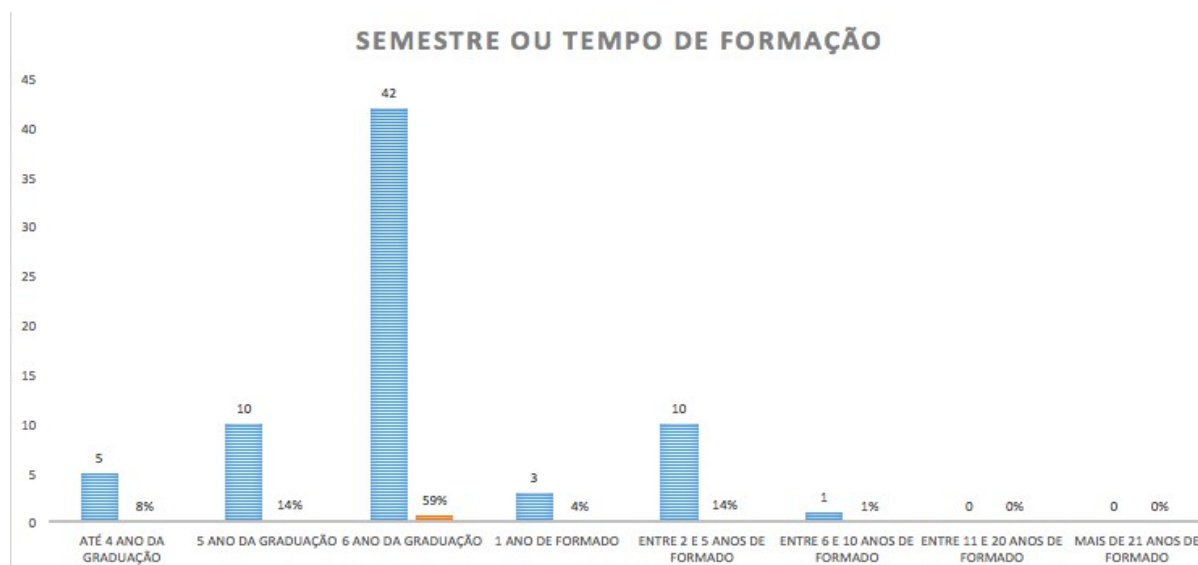


GRÁFICO 2 – Ano em curso ou tempo de formação dos participantes

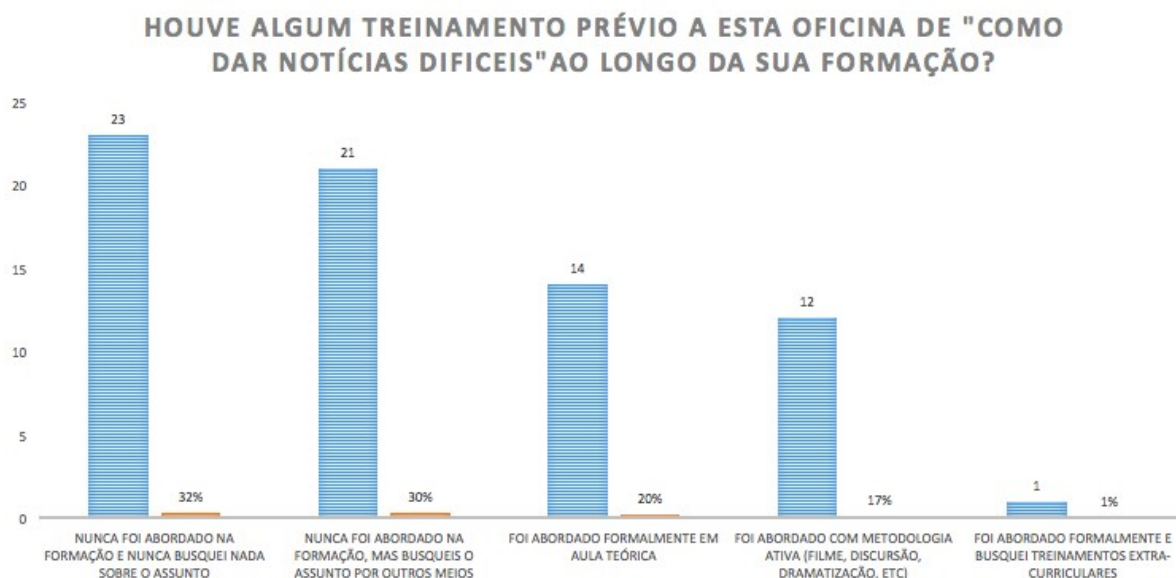
Sobre as áreas de interesse ou de atuação verificamos o predomínio da área de pediatria, seguida por ginecologia/obstetrícia e clínica médica (**TABELA 1**).

TABELA 1 – Áreas de interesse

ESPECIALIZAÇÃO DE INTERESSE OU ÁREA DE ATUAÇÃO		
ESPECIALIDADE	TOTAL	%
PEDIATRIA	19	27%
CLÍNICA MÉDICA	6	8%
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	6	8%
CIRURGIA	5	7%
INTENSIVISTA	5	7%
ANESTESIOLOGIA	4	6%
ONCOLOGIA	3	4%
PSIQUIATRIA	3	4%
INDECISO(A)	2	3%
ORTOPEDIA	2	3%
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	3%
RADIOLOGIA	2	3%
UTI PEDIÁTRICA	2	3%
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1	1%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	1	1%
DERMATOLOGIA	1	1%
EMERGÊNCIA	1	1%
INFECTOLOGIA	1	1%
NEFROLOGIA	1	1%
NEUROCIRURGIA	1	1%
OFTALMOLOGIA	1	1%
PATOLOGIA	1	1%
PSF	1	1%

Mais de 60% dos entrevistados afirmaram que em relação a experiências prévias sobre a comunicação de notícias difíceis, nunca foram abordados nesta temática (**GRÁFICO 3**).

GRÁFICO 3 – Experiência dos alunos durante a graduação sobre “notícias difíceis”



Quanto a experiência de comunicar ou presenciar a comunicação de más notícias 25% afirmou não ter tido nenhuma experiência, 37% já tiveram péssima experiência e 38% já teve boa experiência (**GRÁFICO 4**).

GRÁFICO 4 – Experiência dos alunos em comunicar ou presenciar a comunicação de más notícias



Ao serem solicitados a expressar comentários e sentimentos a cerca desta experiência, 24 pessoas emitiram comentários negativos e 20 comentários positivos. (TABELA 2).

TABELA 2 – Comentário ou sentimento

Comentários e Sentimentos Negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Acredito que tanto dar como receber más notícias é uma péssima experiência. De um lado o sentimento de frustração, impotência, e do outro, o sofrimento da perda. • Dar notícia de que o paciente estava com câncer terminal. • Me sinto insegura no contato visual do paciente quanto a querer me justificar (explicar) excessivamente. • Ansiedade e medo sobre a reação dos familiares. Facilmente fico irritado ao ser culpado. • Sentimento de impotência. • Constrangimento. • Atendi uma pessoa no primeiro dia do SAMU. Tive que dar a notícia sobre sua gravidade. • Sempre difícil, independente de quantas vezes faça. • Situações fortes, palavras fortes. • Médico que deu notícia de câncer de boca em estágio avançado ao paciente, no corredor do ambulatório, sem sequer se apresentar ao mesmo, que havia sido atendido por um interno. • Precisei sair durante a notícia por não estar preparada. • Sentimento de impotência frente ao ocorrido e de despreparo para tal responsabilidade. • Precisei comunicar um diagnóstico difícil. Acabei não sabendo arquivar as palavras. Um especialista pediu-me para ir dizer à mãe de uma criança politraumatizada que o seu estado era grave e que tinha múltiplas fraturas no crânio. Eu não sabia como fazer, nem o que dizer. • Sentimento de tristeza ao contar para um jovem de 18 anos, que o câncer dela (linfoma Hodgkin) era refratário ao tratamento. • Até o momento só tive uma experiência que não soube lhe dar de forma adequada. • Ouvir notícia para dar informação de genitália ambígua e a "menina" era "menino", isso foi frustrante, já que a mãe comprou enxoval de mulher. Já tive que acompanhar uma paciente de cinco anos que estava em cuidados paliativos, dias que não era unanimidade a equipe, ocasionando condutas distintas e que deixavam a acompanhante confusa. • Angústia. • Vergonha. Tristeza. • Estive rodeada de profissionais insensíveis e me senti angustiada. • Já tive que dar notícia de morte de parentes para outros familiares e é bem difícil, por vezes ficando apenas o silêncio. • Estava como interno e vi o profissional dar a notícia de forma muito dura. Primeiro, me senti impotente e depois fui apoiar o paciente. • Tive uma boa recepção dos pais quanto à informação, sentimento foi ruim por eu não estar conformada com a doença.

Comentários e Sentimentos Positivos

- Dar a notícia de um diagnóstico ruim, mas após muito tempo de investigação e sofrimento. Havia gratidão e alívio na família, então houve transmissão disso para a equipe.

Durante o internato presenciei um residente de cirurgia e seu preceptor informar ao paciente

- que interromperam a cirurgia devido a disseminação do tumor. Tiveram grande respeito e cuidado com o paciente por uma hora explicando tudo que o paciente queria saber.

- A experiência em vivenciar essas situações nos ajuda a aperfeiçoar e corrigir condutas que temos enquanto médicos, exercitando habilidades de comunicação.

- Ouvir inicialmente a demanda do paciente foi essencial.

- O médico agiu como o protocolo e o resultado foi muito satisfatório na medida do possível.

- A notícia foi por um médico que mostrou bastante empatia.

- Acompanhei um plantonista dando notícia aos pais da gravidade de uma criança, com insuficiência cardíaca descompensada com risco de vida iminente. A criança teve diagnóstico de cardiopatia no nascimento, mas foi "liberado" pois estava tudo bem e a criança viveu bem durante toda a vida.
-

Enquanto estudante de medicina e auxiliar em cirurgia, acompanhei a notícia do óbito de pai e avô, dado pelo cirurgião cardíaco, em que o profissional conversou com os familiares com muita atenção, escutou as preocupações da família, separou um local adequado, foi direto, mas sensível.

-

- No PSF, em Camaçari, durante o estágio, o paciente recebeu a notícia de CA de boca, mas aceitou e concordou com o tratamento.

- Já dei o diagnóstico (com cariótipo) de Síndrome de Down, graças a Deus, a mãe foi bem tranquila e teve ótima aceitação.

- Participação numa experiência multiprofissional para colocar paciente em palição.

Fiz internato em oncohematologia e participei de algumas situações de "más notícias". Pude

- perceber que os familiares podem receber notícias ruins e, ainda assim, criar empatia com a equipe médica.

Durante o internato acompanhei um paciente que necessitava de cuidados paliativos e outro

- com câncer em fase inicial, jovem. Ambos foram experiências muito boas em que a família inicialmente não aceitava, mas depois a situação se contornou.

- Como é extremamente difícil das más notícias e o treinamento simulado nos "prepara" para ao menos entender a dificuldade, pois as experiências são singulares.

Acompanhei pediatra que teve que dar notícia a mãe que sua filha teria que ficar internada por

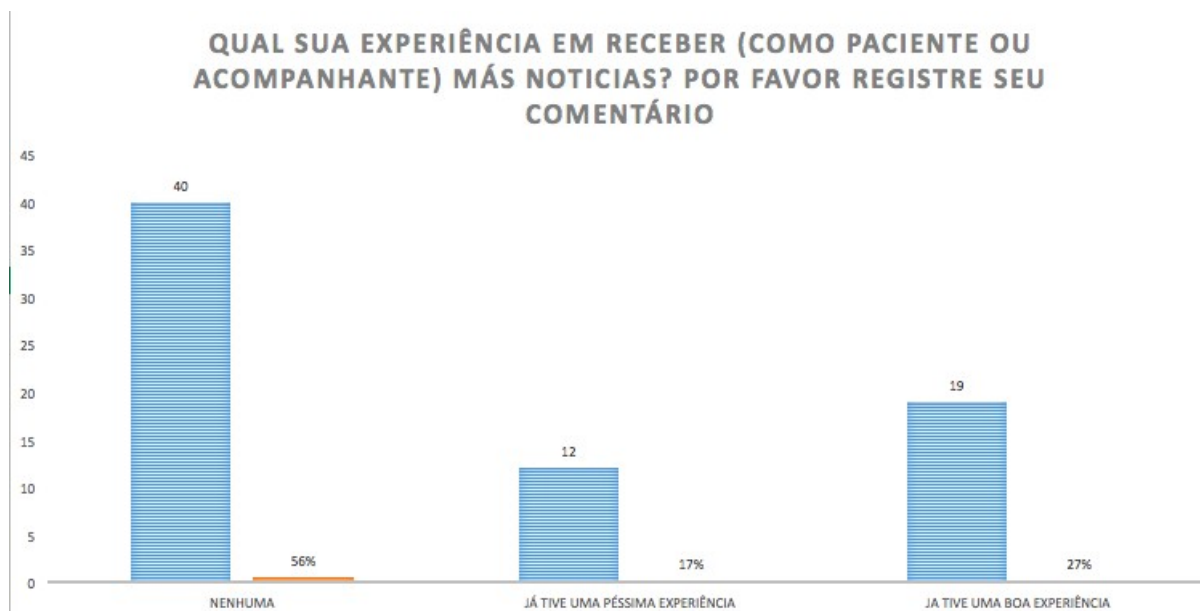
- pelo menos um mês para tratamento clínico, mas com certeza de melhora. Fez uma abordagem bastante compreensiva e explicou tudo que foi necessário.

- Notícia passada de forma adequada, com reunião familiar com a assistência social, o médico assistente e a profissional especializada em cuidados paliativos.

- Foi uma experiência interessante no HGE que a paciente tinha uma cardiopatia grave e estava falecendo. A família acompanhou esse processo, porém o médico se mostrou solícito, empático e responsivo às dúvidas e deu oportunidade a viver esse luto. Foi um bom *feedback* ver essa experiência de boa receptividade da família mesmo com sofrimento.
- Já presenciei médicos dando diagnósticos ruins, de forma que o paciente entendesse.
 - Ainda não tive a oportunidade de dar más notícias sozinha, mas já presenciei médicos dando más notícias de maneira calma, ouvindo o paciente.
 - Não existe prática generalizada sobre como dar más notícias.

Quanto à experiência de receber a comunicação de más notícias, 56% afirmou não ter tido nenhuma experiência, 17% já tiveram péssima experiência e 27% já teve boa experiência (**GRÁFICO 5**).

GRÁFICO 5 – Experiência dos alunos em receber a comunicação de más notícias



Quanto à experiência de receber más notícias, 24 participantes emitiram seus comentários e sentimentos (**TABELA 3**).

TABELA 3 – Comentário ou sentimento

Comentários ou Sentimentos Negativos

- Sentimento de medo.
- Recebi notícia de uma ginecologista que eu possuía, na época, eu não fazia medicina e não sabia o que era, fiquei desesperada; acho que a médica podia ter me explicado melhor o que aquilo representava, ela não me deu as devidas informações.
- Sentimento de medo - recebi quando criança um diagnóstico.

- Avô que teve AVC hemorrágico e precisou ser internado em UTI. Achei postura do médico adequada, todavia um pouco impaciente.
- Tristeza e negação.
- O médico não teve empatia e nem "jogo de cintura" para dar a notícia sobre a morte do meu familiar.
- Diagnóstico de câncer de um familiar.
- Recebi a notícia por telefone o que naturalmente não é o método ideal.

Comentários e/ou Sentimentos Positivos

- Quando criança, recebi notícias difíceis por meus familiares, que souberam ser sutis.
 - Quando temos conhecimento da causa, por ser médicos, agimos de forma mais "coerente" e, muitas vezes, nos tornamos o ponto de equilíbrio nessas situações.
 - Plantonista de UTI foi empática ao dar notícia de falecimento.
 - Recebi notícia de que a minha avó faleceu na UTI, que apesar de ter sido uma péssima notícia, foi realizada de uma forma muito cuidadosa.
 - Comunicação da morte da minha avó, senti-me acolhido.
- Uma equipe muito bem preparada avaliou com minha família a escolha por cuidados
- paliativos com meu avô quando estava na UTI, pois ele era muito idoso e coronariopata grave.
 - A notícia foi dada para toda a família em um ambiente confortável e de forma que entendêssemos tudo.
 - O profissional que deu a notícia deu de forma muito bem tranquila, mantendo uma empatia com as pessoas que estavam recebendo a notícia.
 - Recebi notícias ruins quando meu avô estava doente. Mas fui bem preparada pelo oncologista.
 - Fui preparado previamente.
 - Quando minha mãe foi diagnosticada com câncer de mama. Na verdade, já tinha a biopsia em mãos, mas achei adequada a forma que o médico deu a notícia para minha mãe.
 - Recebi a notícia de que meu pai iria precisar de uma cirurgia craniana. Médico foi bastante atencioso e educado, explicando que iria acontecer e se dispôs a tirar todas as dúvidas.
 - Classifiquei como boa porque acho que foi a melhor maneira de receber, não há como dar essa notícia.
 - Como paciente me senti acolhida pelo médico, que foi claro e se mostrou disponível e aberto a dúvidas, apesar de pouca intimidade.
- Falecimento de minha avó, que ocorreu com uma médica amiga, porém nem ela e nem eu
- sabíamos do envolvimento de cada uma no caso. A conduta do caso completamente partilhada foi um fator positivo.
 - A médica era conhecida e eu já estava a par da situação (irmão com erro inato do metabolismo). O ponto negativo foi a falta de informação à mãe do paciente.

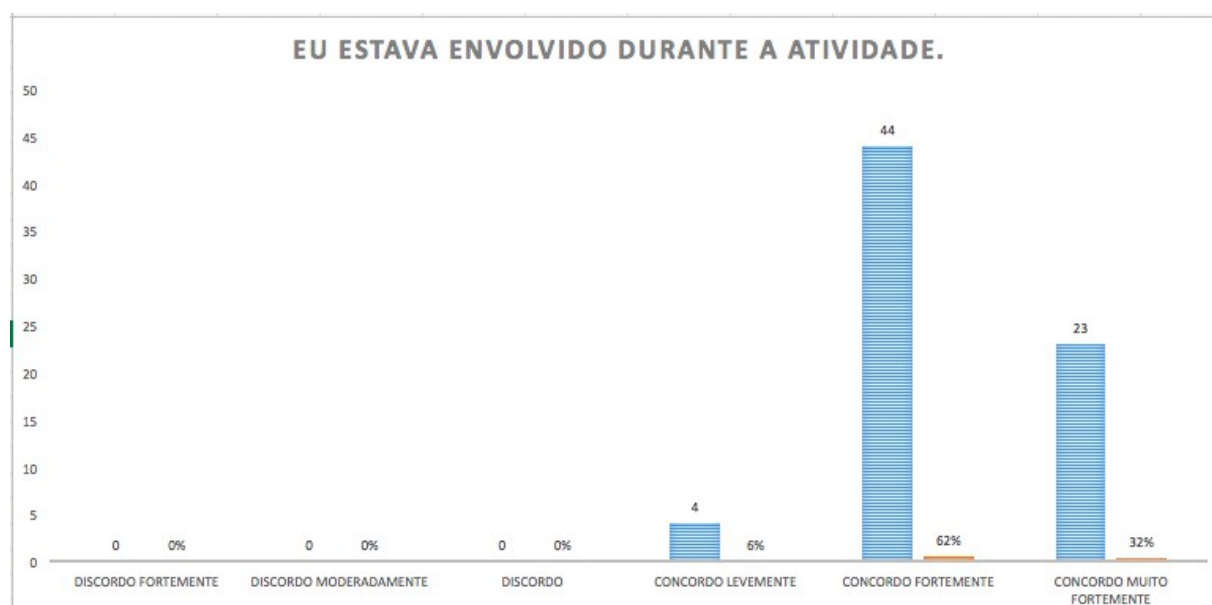
Observou-se que sobre o conteúdo da oficina, 99% dos entrevistados julgaram como adequado (**GRÁFICO 6**).

GRÁFICO 6 – Avaliação dos alunos quanto ao conteúdo da oficina.



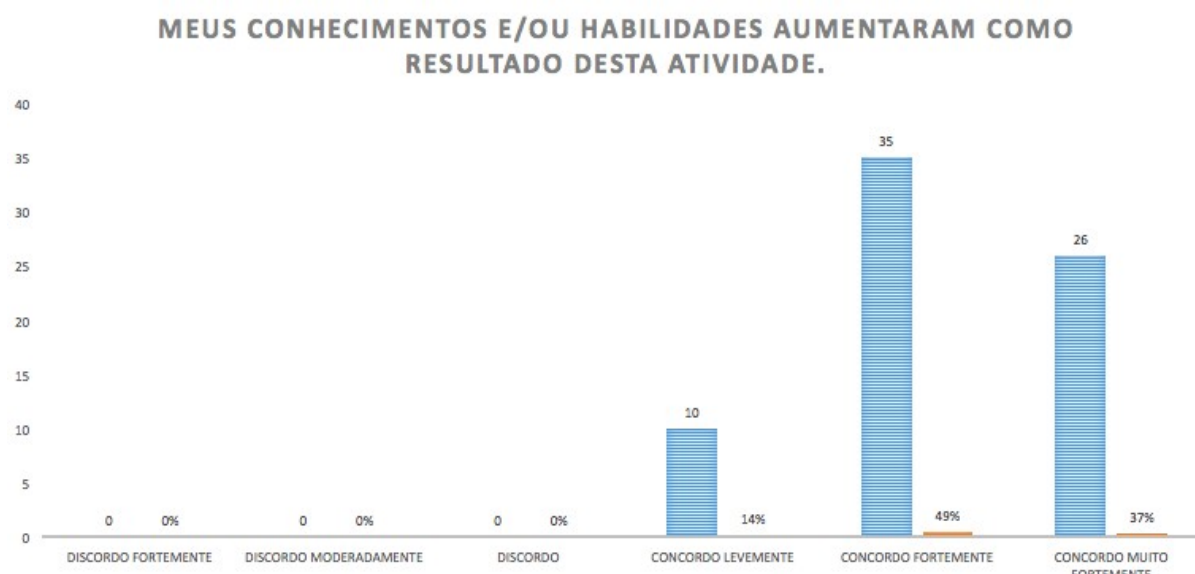
Em relação ao envolvimento durante a atividade, 100% dos entrevistados concordaram com seu envolvimento, em diferentes graus (**GRÁFICO 7**).

GRÁFICO 7 – Avaliação dos alunos quanto ao seu envolvimento durante a atividade.



Quanto ao impacto da oficina em seus conhecimentos e/ou habilidades, 100% dos participantes avaliaram como suas habilidades aumentaram como resultado desta atividade, em diferentes graus (**GRÁFICO 8**).

GRÁFICO 8 – Avaliação dos alunos quanto ao impacto da oficina em seus conhecimentos e/ou habilidades



Nas questões subjetivas sobre o que foi melhor nessa atividade e o que faria a atividade ainda melhor foram descritas as seguintes respostas (**TABELA 4 e 5**).

TABELA 4 – o que foi melhor nessa atividade

O que foi melhor nesta atividade
Role play - 39 respostas
<ul style="list-style-type: none"> ● O teatro! A forma dinâmica de dar e receber notícias ruins, muito boa essa forma de aprendizado. ● A experiência de treinar dar notícias difíceis, o que será útil em situações da profissão. ● Estar na pele do médico que não se sente responsável pelo óbito, mas que ao mesmo tempo se sente impotente me fez refletir e me preparar para assumir a responsabilidade da equipe. ● Colocar em prática, ainda que em simulação, habilidades de comunicação num momento difícil. ● Treinamento prático. ● A prática. ● Conhecer melhor as nuances de aspectos de comunicação. ● Role play. ● As práticas. ● Role play. ● Colocar em prática situações variadas. ● Importante ser colocado na situação antes de ser exposto na vida real a esse tipo de estresse e nunca ter tido oportunidade de refletir no assunto. ● Presenciar a situação de todos os pontos de vista: médico, paciente e ouvinte. ● O melhor foi ter tido a oportunidade de simular como médica, foi muito difícil dar a notícia, mas aprendi muito com a experiência. ● As práticas foram muito boas, estar em diferentes posições foi muito proveitoso.

- Me colocar como médica e me expor a questionamentos inesperados e reações diversas tanto dos pacientes como de familiares.
- As simulações foram importantes tanto para nos colocarmos no lugar do médico e entender a dificuldade da informação da má notícia, quanto para nos colocarmos no lugar do paciente.
- Ter a oportunidade de experimentar os sentimentos dos pacientes e médicos frente às situações de "más notícias". Isso é um bom exercício para a empatia.
- Os casos que se aproximam na realidade. Poder participar da atuação dos casos como médico e como paciente.
- Poder simular a experiência de dar a notícia e se colocar no lugar do paciente.
- O uso dos casos - simulações pois conseguimos reproduzir situações reais e cotidianas.
- Praticar a atividade como médica e ter a oportunidade de vivenciar este contexto "hostil".
- Role play e a discussão das atividades com os professores e alunos.
- Role play.
- Praticar o que imagina na teoria, mas nunca estamos preparados para prática.
- As simulações.
- Role play sobre caso de osteosarcoma.
- Vivenciar as simulações.
- A experiência de passar por diversos casos, diversas experiências e o fato de ser um roll play de modo que os atores podem improvisar, associando a vida real.
- A experiência prática da atividade. Bom fazer em duas partes, fica menos cansativo, e faz você pensar mais.
- A oportunidade de se colocar numa situação parecida, treinar o que falar e como reagir de acordo com as reações dos pacientes/familiares.
- Me colocar no lugar do paciente e poder praticar situações adversas como médica.
- Praticar SPIKE e situações inusitadas.
- Vivenciar a situação real, como se você estivesse naquela situação de estresse.
- Ter a experiência de atuar como médico e experimentar a responsabilidade.
- Ser médico.
- O role play. Nos colocar na situação do paciente ou do médico. Apenas a discussão e a oportunidade já são excelentes.
- Vivenciar este tema, pois durante a atuação percebemos as dificuldades em dar/ receber más notícias.
- A sensação de por em prática a autoridade.
- Colocar em situação imprevisível, com direcionamento de responsabilidade para o interno.

Reflexão e autocrítica - 12 respostas

- Refletir sobre o tema e autocrítica sobre minha abordagem.
- Sensibilização com o paciente. Pensar na importância da empatia e boa comunicação.
- A forma como é abordada faz refletir as situações prováveis.
- Reconhecer minha dificuldade em atuar como médico dando notícias ruins.
- Despertar o fato de estarmos bastante despreparados para momentos como esse.
- A possibilidade de treinar, como numa situação real, como dar más notícias. Isso possibilita enxergar os possíveis erros/pontos fracos nas diversas situações.
- O envolvimento dos intervenientes que tornou os casos o mais real possível e permitiu uma maior introspecção.
- A discussão e introspecção que o "role play" permite.

- O treinamento prático após aula teórica objetiva, pois criou situações inusitadas que nos fizeram desenvolver estratégias para melhor cumprir nosso papel.
- Perceber as diversas situações que possivelmente viveremos no futuro.
- Perceber como é difícil e refletir sobre. Especialmente no que tange a influência de experiências prévias.

Eu tentei ser o mais sensível e dar espaço ao paciente e acompanhante para processar melhor a

- informação, ser mais empático. Essa atividade abriu meus olhos sobre como deverei me comportar. Excelente abordagem, conteúdo teórico essencial e direcionado.

Feedback -6 **respostas**

- As discussões das cenas.
 - As simulações serem comentadas com suas potencialidades e não apenas as faltas que cometemos.
 - Poder dar a notícia como médico e me auto avaliar no final.
 - Poder tirar dúvidas.
- A diversidade de situações abordadas, com a possibilidade de dramatização e a posterior
- correção ou pontuação dos acertos vivenciados, mostrando que não existe uma só forma de fazer certo.
 - Discussão e relevância dos pontos positivos e negativos.

SPIKES - 3 **respostas**

- Protocolo SPIKES.
- Atividades práticas. Aprender sobre o protocolo SPIKES.
- Situações que não têm uma forma boa de condução, pois não há como aplicar o protocolo SPIKES.

Vivência dos professores - 2 **respostas**

- A experiência compartilhada pelos profissionais.
- Descrição de experiências reais contadas por profissionais experientes.

CHECK LIST - 2 respostas

- O uso do *check list* na avaliação do que deveria ser feito. Simular uma situação real e aproveitar e tirar dúvidas.
- Situações problemas com *check list*.

Outras - 2 respostas

- Tudo. Penso que a atividade foi muito bem estruturada do início ao fim e muito adequado se conseguisse voltaria a participar nela.
- A oportunidade de termos algum contato com o tema.

Aula teórica - 1 resposta

- Ter um embasamento teórico para lidar com o tema más notícias.

TABELA 5 – O que faria atividade ainda melhor (formato, conteúdo, material, método).

Como Melhorar

Mais estações - 18 respostas

- Mais estações com mais situações.
- Mais estações de treinamento.
- Mais atividades práticas.
- Mais casos, maior número de oficinas
Mais estações, visando a participação de todos. Duas oficinas, com um período de intervalo
- que possibilite o estudante melhorar e corrigir aspectos errados da abordagem inicial. Ter *check list e feedback* em todas as estações.
- Mais situações de prática.
- Se fossem mais cenários diferentes, fosse disponibilizado mais suporte teórico.
- A atividade foi ótima. Poderiam ter mais casos.
- Mais casos para que todos pudessem experimentar todos os papéis da simulação.
- Mais casos para simulação.
- Mais uma simulação (compreendo o tempo da oficina) para todos terem a oportunidade de simularem como médicos.
- Acho adequado o formato, material e conteúdo. Sugiro ter mais estações, talvez em duas aulas. Gostei do fato da separação da aula teórica com a prática.
- Maior número de casos, inclusive com mais encontros.
- Poderia ter mais uma ou duas estações e a avaliação com barema poderia ser aplicada a todas as estações.
- Mais role play.
- Acredito que notícias não tão específicas como, contaminação com HIV.
- Uma estação de morte encefálica.
- Acho importante acrescentar o tema "morte encefálica".

Participação de atores - 9 respostas

- Conteúdo ser feito por atores e nós sermos os médicos.
- Atores que desconhecem as terminologias técnicas e seriam mais fidedignos as cenas reais
- Presença de atores.
- Incluir estudantes de teatro para o papel de familiares.
- Fazer mais estações, colchoar pessoas leigas para ser o personagem (estudantes de arte).
- Tornar o mais real possível, usar cenários reais, atores.
- Simulações com atores, autoavaliação e audiovisual.
- Ter atores e todos os alunos poderem ser médicos uma vez.
- Aperfeiçoar o teatro: cena, roupa, atores, etc.

Maior tempo - 7 respostas

- Ter maior disponibilidade de tempo.
- Mais longa.
- Mais um dia de treinamento com abordagem mais ampliada de exemplos de más notícias.
- Maior tempo (mais dias), simulações mais elaboradas com preparação física e mental, exercícios de conhecimento do próprio corpo, exercícios de oratória.
- Iniciar a atividade mais cedo para ter mais tempo de ter vários momentos de cenários e não terminar tão tarde.
- Ter mais tempo para discutir essa atividade e as percepções da atuação para aprimorar os conhecimentos.
- Tempo. Uma atividade continuada, já que esta é provavelmente a única oportunidade que teremos para esta discussão.

Discussão durante a graduação - 6 respostas

- Maior exposição durante a graduação.
- A atividade acontecer em mais de um momentos durante a faculdade para que pudéssemos avaliar nossa progressão e os conteúdos ajudarem na prática durante o curso.
- Ser realizada outras simulações em outros momentos da graduação.
- Manter padrão em momentos distintos. Colocar mais oficinas no decorrer do curso, e de forma mais precoce.
- Ser feita em alguns outros rodízios.
- A atividade deveria ser realizada mais cedo na graduação.

Uso de CHECK LIST - 5 respostas

- Que todos tivessem o *check list*.
- *Check list* em todas as salas.
- Ter um *check list* em todas as estações.
- Acho que no final poderíamos receber um *check list*, para fixar todos os pontos que devemos abordar.

Demonstração dos professores - 5 respostas

- Demonstração com os professores antes do treinamento dos alunos.
- Proponho que, no fim, um role play dentro do mesmo gênero seja feito entre os professores.
- As professoras fazerem um modelo ao final.
- Os professores poderiam fazer algumas demonstrações. Mais estações.
- Um maior envolvimento por parte dos preceptores, dando um exemplo prático de como reagiriam.

Nada - 5 respostas

- Não mudaria nada. A forma como foi abordada foi ótima.
- Julgo que no geral foi muito bem organizado pelo que não tenho qualquer adição a colocar.
- Não tenho algo a acrescentar.
- Tudo ótimo.
- Nada a acrescentar.

Conteúdo prévio - 4 respostas

- O conteúdo, material dessas práticas para que pudéssemos ter mais domínio da situação.
- Uma ampliação da parte teórica introdutória.
- Maior contato com o tema.
- Mais conteúdo.

Padronização - 2 respostas

- Acredito que apesar de quererem que o maior número de alunos participe, alguns se sentem muito desconfortáveis em atuar. Sorteio de atores ou coação para que eles participem pode tornar a atividade improdutiva. Também acredito que deve haver uma preparação prévia dos "atores" em todas as estações, pois não houve padronização.
- Contextualizar mais as situações como aconteceu na última atividade. Ajuda a envolver mais as pessoas.

Participação de outros professores - 2 respostas

- Grupos mais pequenos. Maior espaço para ouvir profissionais com atividade profissional relacionada (cirurgião/emergencista).
- Chamar professores da faculdade para participar. Melhorar o clima para as pessoas incorporarem melhor as atuações.

SPIKES - 1 resposta

- Entrega de resumo com o SPIKE.

Uso de audiovisual - 1 resposta

- Uso de mais material audiovisual.

VI. DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados (59%) tem entre 21 e 25 anos (GRÁFICO 1) e está no sexto ano da graduação de medicina (GRÁFICO 2). Isto demonstra o perfil do egresso do curso médico na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), jovens adultos que ingressaram na faculdade no final da adolescência e percorreram 6 anos de formação durante um período de grandes transformações pessoais, alguns distantes de suas famílias são expostos a uma carga horária ampla que limita o tempo de lazer e convívio interpessoal (FIGURA 1). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) indicam que esses egressos sejam médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos³. Qualidades essenciais que devem ser ofertadas ao longo da graduação por diversas estratégias educacionais. Contudo a formação na FMB mostra-se bastante tecnicista e focada nas disciplinas biológicas.

Em relação à área de interesse, 27% deseja atuar com pediatria, seguido de clínica médica e ginecologia/obstetrícia, com 8% cada (TABELA 1). Demonstrando que as áreas clínicas e generalistas são as mais atrativas para esses egressos, sendo essencial o contato direto com o paciente e o preparo, ao longo da graduação, para uma atuação humanista e reflexiva, como apontado nas DCN.

FIGURA 1 – Matriz Curricular FMB

UFBA FMB	CURSO MEDICINA	INTEGRAÇÃO CURRICULAR				OB	OP	AC	TOTAL	DURAÇÃO EM ANOS	Mínimo 6 Médio 7 Máximo 9			Semestre CH Semestral	
		CARGA HORÁRIA									8719	136	102	8957	
1	2	3	4	5	6	7	8	9 e 10	11 e 12						
595h	527h	748h	612h	566h	510h	629h	612h	2000h	1920h						
BIO 158 85h	ICS 003 85h	ICS 059 85h	ICS 016 85h	ICS A90 68h	ISC B87 85h	MED B43 204h	MED B34 51h	INTERNATO I	INTERNATO II						
ICS 038 85h	ICS A83 102h	ICS A86 136h	ICS 039 85h	MED 103 90h	MED B29 204h	MED B44 102h	MED B53 68h	MED 229 400h	MED 243 490h						
ICS 058 85h	ICS A84 85h	ICS A87 102h	ICS A89 68h	MED 237 85h	MED B30 51h	MED B45 51h	MED B54 102h	MED 230 400h	MED 244 480h						
ICS 062 170h	ICS A85 102h	ICS A88 85h	MED B20 204h	MED B25 204h	MED B31 34h	MED B46 51h	MED B55 204h	MED 231 400h	MED 245 480h						
MED B10 102h	MED B13 85h	MED B16 204h	MED B21 85h	MED B26 51h	MED B35 51h	MED B47 51h	MED B56 68h	MED 232 400h	MED 246 490h						
		MED B19 68h	MED B22 34h	MED B27 34h	MED B36 51h	MED B48 34h	MED B57 51h	MED 242 400h							
						MED B49 34h	MED B58 17h								
						MED B52 51h									
MED B11 34h	MED B14 34h	MED B17 34h	MED B23 17h	MED B28 17h	MED B37 17h	MED B50 17h	MED B59 17h	EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO							
MED B12 34h	MED B15 34h	MED B18 34h	MED B24 34h	MED B32 17h	MED B33 17h	MED B51 34h	MED B60 34h	EIXO DE FORMAÇÃO EM PESQUISA							
OPTATIVAS: 136h (2 optativas)															
ATIVIDADES COMPLEMENTARES: 102h															

O eixo ético-humanístico, que contribui para debates fomentadores do senso crítico e da reflexão, limita-se a 187 horas das 8957 totais da graduação médica, pouco mais de 2% de toda formação. Em outros eixos, mais técnicos/biológicos, o espaço para o ensino das habilidades de comunicação se apresenta mais limitado, tanto que 62% dos entrevistados afirmaram que o tema comunicação más notícias nunca foi abordado durante a formação – isto demonstra que não há prioridade no treinamento desta habilidade na FMB, embora seja a base para o melhor relacionamento médico-paciente com todas as suas consequências positivas. Ressalte-se que de alguma forma existe um currículo oculto do tema, pois, de alguma forma, 48% já haviam sido expostos ao tema na graduação, provavelmente não de forma sistemática como seria desejável (GRÁFICO 3). Este dado corrobora com a literatura que apresenta que a perspectiva curativa se perpetua na formação médica: “há predominância dos determinantes biológicos para a compreensão/explicação da rede causal das doenças pela maioria das disciplinas, com ênfase na abordagem do caráter curativo orientado ao indivíduo, tanto no ciclo básico como no profissionalizante”¹⁰.

A maior parte dos programas de graduação não oferece um treinamento para comunicação de más notícias, e a maioria dos médicos aprende a fazer isso pela observação de professores ou colegas mais experientes⁵. Segundo Destefani, o ensino da comunicação pode ser diluído ao longo da graduação, para favorecer a sedimentação deste conteúdo. O que demonstra a falha na formação médica na FMB, neste âmbito.

A recomendação é que o curso de medicina deve ter carga horária mínima de 7200 horas ao longo de 6 anos. Na FMB, essa formação se dá em 8957 horas. O projeto político pedagógico de 2007¹⁵, destaca como problemas na graduação médica na FMB:

1. Objetivos predominantemente cognitivos e psicomotores;
2. Ausência majoritária de objetivos afetivos;
3. Conteúdos predominantemente técnico-científicos;
4. Escasso conteúdo humanista/generalista;
5. Técnicas de ensino predominantemente expositivas, em grandes grupos, com dissociação teórico-prática;
6. Cenários de aprendizado predominantemente intramuros;
7. Inserção tardia do aluno em cenários de atenção básica à saúde.

Foram apontados como novos desafios para a graduação médica na FMB:

“formação levando em consideração o aluno como sujeito do aprendizado; Ênfase na vivência prática como ponto de partida para a busca dos conhecimentos/conceitos teóricos; Ênfase maior na saúde do que na doença”. Além de outras recomendações. Entre as habilidades e competências esperadas do egresso encontra-se:

Construir uma boa relação médico-paciente que contemple acolhimento e comunicação oral e escrita, claras e acessíveis; compreender o paciente como um sujeito integral, inserido num contexto biopsicosocial; promover a própria saúde física e mental, buscando o seu bem-estar como cidadão e como médico e respeitar seus próprios limites; lidar adequadamente com a morte e o sofrimento;

Mas me pergunto o que se avançou ao longo desses quase 10 anos, desde a publicação do projeto político pedagógico da FMB, para garantir esse preparo e suporte?

Um dos mais relevantes pontos é a comunicação que pode ser desenvolvida a partir de estratégias educacionais baseadas nas Habilidade de Comunicação e relacionais³. A dramatização se mostra como efetiva ferramenta, pois permite simular uma situação real sendo possível o aprendizado e avaliação da atividade⁶. Contudo esse tipo de atividade na FMB resume-se a um ou duas experiências ao longo de toda graduação.

A compreensão mais ampla do paciente e de suas demandas não se esgota no domínio de uma técnica, mas implica a necessidade de uma formação mais ampla nas ciências humanas, o que vai se expressar nas atitudes, posturas e condutas adotadas nessa relação. Uma formação que, ao longo do curso, dê condições ao aluno de entender a própria natureza da profissão médica. Desse modo, que permita ao futuro profissional ter uma postura não somente ética, mas com uma profunda dimensão de solidariedade, necessária para lidar com o sofrimento humano. E possibilite, assim, entender o paciente enquanto um sujeito portador de um sofrimento que precisa ser acolhido.¹⁰

Uma boa relação médico-paciente assegura melhor resposta as intervenções propostas, do que a própria intervenção, em algumas circunstâncias. Destaca-se as doenças crônico-degenerativas onde a adesão terapêutica e sucesso das ações confundissem com a qualidade da relação estabelecida. Desse modo, o médico é em si, uma ferramenta de intervenção¹⁶. Sendo imprescindível o debate e ensino de como ser realizado o melhor uso dessa “ferramenta”.

Quanto à experiência em dar ou presenciar a comunicação de más notícias, dos participantes que tiveram esse tipo de experiência 37% relataram ter vivido uma péssima experiência e 38% uma boa experiência (GRÁFICO 4). Tendo como justificativas os sentimentos de impotência, frustração, medo, para os que julgaram como ruins essa experiência (TABELA 2) – “Acredito que tanto dar como

receber más notícias é uma péssima experiência. De um lado, o sentimento de frustração, impotência, e do outro, o sofrimento da perda”, “Ansiedade e medo sobre a reação dos familiares. Facilmente fico irritado ao ser culpado”, “Estava como interno e vi o profissional dá a notícia de forma muito dura. Primeiro, me senti impotente e depois fui apoiar o paciente”, “Estive rodeada de profissionais insensíveis e me senti angustiada”. Alguns participantes afirmaram terem sido submetidos a necessidade de comunicação, mas não conseguiram estabelecer a comunicação – “Precisei sair durante a notícia por não estar preparada”, “Me sinto insegura no contato visual do paciente quanto a querer me justificar (explicar) excessivamente”, “Sentimento de impotência frente ao ocorrido e de despreparo para tal responsabilidade”, “Precisei comunicar um diagnóstico difícil. Acabei não sabendo arquitetar as palavras”, “Um especialista pediu-me para ir dizer à mãe de uma criança politraumatizada que o seu estado era grave e que tinha múltiplas fraturas no crânio. Eu não sabia como fazer, nem o que dizer”. Esses sentimentos são apresentados por alguns autores que afirmam que os principais problemas na comunicação de más notícias são os medos dos graduandos, a falta de suporte dos supervisores e a restrição de tempo¹¹. Foi valorizado o respeito na comunicação, a escuta qualificada e a empatia como principais fatores que contribuíram para uma boa experiência em comunicar – “Ouvir inicialmente a demanda do paciente foi essencial”, “A notícia foi por um médico que mostrou bastante empatia”, “Fiz internato em oncohematologia e participei de alguma situação de "más notícias". Pude perceber que os familiares podem receber notícias ruins e, ainda assim, criar empatia com a equipe médica”, O que mostra neste exemplo é que a qualidade empática da experiência vivida pelo paciente nem sempre está vinculado ao resultado positivo de cura ou melhora do estado clínico. Na publicação do *Institute of Medicine* (IOM) em 2001: *Crossing the Quality Chasm*, foi deixado claro que a dimensão mais importante a ser valorizada quando se mede qualidade é a centralidade no paciente. Ou seja, levar em consideração as preferências individuais dos pacientes, suas necessidades e valores. Garantir que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas¹⁸. Seguem outros exemplos de centralidade no paciente: “Notícia passada de forma adequada, com reunião familiar com a assistência social, o médico assistente e a profissional especializada em cuidados paliativos”, “Acompanhei pediatra que teve que dar notícia à mãe que sua filha teria que ficar internada por pelo menos um mês para tratamento clínico, mas com certeza de melhora. Fez uma abordagem bastante compreensiva e explicou tudo

que foi necessário”.

A má notícia também é uma notícia difícil para o médico, vai de encontro a sua expectativa de curar, de salvar o paciente, do seu plano terapêutico. Atualmente é denominado como parte do Burnout, a fadiga por compaixão – situação que decorre da constante compaixão e cuidado a outrem, causando aos profissionais, ao longo do tempo, um declínio em sua habilidade de experimentar alegria ou sentir preocupação com alguém¹⁶. A formação profissional limita a experiência do contato médico-paciente aos anos finais da graduação, inviabilizando a experiência da escuta e comprometendo o cuidado. O estudante então se depara com situações limite, consigo próprio, com os pacientes e com a prática médica, sem ter sido previamente instruído de como agir².

A comunicação de más notícias é uma habilidade clínica essencial, e a qualidade desta comunicação tem um impacto importante em cada aspecto das relações clínicas. Ao comunicar uma notícia difícil, o profissional deve ser capaz de dar espaço, tempo, ausentar-se, manter a reserva, para que o indivíduo seja capaz de expressar suas fantasias sobre o que foi dito, agindo com empatia, respeitando a realidade, as vontades e sentimentos do paciente. É imprescindível respeitar a autonomia do paciente, abdicando dos seus conhecimentos prévios. Isso pode ser chamado de maturidade nos cuidados, um princípio ético que deve ser transmitido na formação e exercitado na prática médica. Reconhecer a finitude, o limite e a necessidade de se deparar com notícias difíceis, tornam o profissional mais sensível aos sujeitos do cuidado e menos tendencioso a agir tiranicamente ou com frieza e distância¹.

A comunicação de más notícias pode ter um impacto positivo ou extremamente desfavorável sobre o paciente. Bonamigo e Destefani afirmam:

A comunicação de más notícias ao paciente pode ocorrer de forma adequada ou inadequada, com resultados bem distintos. No primeiro caso, auxilia a compreensão e aceitação da situação desfavorável que se apresenta; no segundo, pode gerar confusão, sofrimento e ressentimento. A revelação de uma verdade desfavorável, quando feita com habilidade e sensibilidade, diminui consideravelmente o impacto negativo da informação. O aspecto psicológico menos adverso certamente favorece a recuperação do paciente quando esta é possível. Na prática médica não são incomuns as queixas de pacientes que receberam más notícias sobre sua saúde de maneira inadequada e nunca mais esqueceram este infeliz momento⁶.

Dois sintomas podem surgir em pacientes ou familiares ao serem

informados de uma má notícia, a partir da habilidade de comunicação do médico: “nunca a esquecerão”, se adequada a maneira como a notícia foi emitida, e “nunca a perdoarão” se inadequada⁴. A falta de treinamentos configura-se como uma das principais razões pela ocorrência de falhas na comunicação de más notícias⁷.

A vivência de receber uma má notícia foi experienciada por 44% dos participantes, sendo 17% afirmaram ter uma péssima experiência e 27% informaram ter tido uma boa experiência. Enquanto 40% dos entrevistados nunca tiveram a experiência de receber uma notícia difícil (GRÁFICO 5). Essa vivência negativa foi justificada pelos entrevistados devido a notícias comunicadas pelo telefone, ou pela falta de capacidade do médico ao se expressar, além da dificuldade de se perder um ente querido ou vivenciar uma situação difícil – “Tristeza e negação”, “Recebi a notícia por telefone o que naturalmente não é o método ideal”, “O médico não teve empatia e nem "jogo de cintura "para dar a notícia sobre a morte do meu familiar”. Quanto às experiências positivas foram apontadas a empatia, o acolhimento e o compartilhamento da conduta como facilitadores – “Recebi notícia de que a minha avó faleceu na UTI, que apesar de ter sido uma péssima notícia, foi realizada de uma forma muito cuidadosa”, “O profissional que deu a notícia deu de forma muito bem tranquila, mantendo uma empatia com as pessoas que estavam recebendo a notícia”. (TABELA 3). Fica claro que os alunos compreendem e julgam atitudes empáticas e acolhedoras como positivas na comunicação de notícias difíceis, faltando a eles o preparo para a execução de ações positivas em suas práticas profissionais.

Algumas barreiras são encontradas na comunicação interpessoal, tais como o excesso de estímulos, a avaliação do emissor (qual o julgamento que o receptor tem sobre o emissor), a audição seletiva, diversidade de intenções e percepções diferentes sobre o mesmo contexto. Muitas dessas ocorrem porque os sinais da comunicação não verbal são ignorados. Mesmo no silêncio a comunicação ainda está ocorrendo⁴.

Na comunicação de notícias difíceis, a presteza dos esclarecimentos adequados e o vínculo de confiança possibilitam maior conforto e segurança ao paciente. Nas situações de emergência, a angústia do paciente e da família não pode ser enxergada como um fator limitador da relação profissional e sim ser vista como mais um dos aspectos que deve ser levado em consideração no atendimento.

Cada “má notícia” é diferente dependendo do contexto social, cultural e econômico dos indivíduos. O profissional deve ser capaz de adequar a comunicação

com linguagem clara e objetiva a cada realidade, sendo sensível ao sujeito, e evitar palavras e jargões técnicos. Sucupira, 2007, esclarece a importância da diferenciação da relação médico-paciente e as habilidades de comunicação:

A relação médico-paciente pode expressar-se enquanto uma tecnologia de processo, que vai além de uma técnica ou um procedimento. A questão estritamente técnica que essa relação envolve está apoiada nas técnicas de comunicação, imprescindíveis para que se possa ter a compreensão necessária entre os atores para o esclarecimento dos objetivos desse ato clínico, e para adequar a natureza da relação às diferenças culturais e sociais dos sujeitos em relação. Muitas das publicações sobre as habilidades de consulta restringem-se aos aspectos da comunicação e expressam tipos e modelos de relação, sem que se considere o contexto onde elas ocorrem. É fundamental que se considerem todos os determinantes envolvidos nessa relação, sobretudo, o tipo de instituição em que ela ocorre, entendendo suas finalidades e seu funcionamento¹⁴.

O conteúdo da oficina foi julgado como adequado por 99% dos participantes, apenas uma pessoa afirmou que o conteúdo foi muito avançado (GRÁFICO 6). A técnica utilizada, aula teórica seguida por role play, é validada por diversos autores como positiva. A Teoria do Aprendizado Experimental embasa o role play, ao afirmar que o aprendizado é oriundo da compreensão e da transformação que ocorre através da experiência. O aprendizado experimental é composto de quatro ciclos: onde as **experiências** levam a **observações reflexivas**, que contribui para **conceitos abstratos** e fundamentam as **ações**⁸. Em revisão feita por Bonamigo e Destefani, em 2010, 14 dos 15 trabalhos analisados utilizavam ou recomendavam a dramatização para o ensino da comunicação de más notícias.

Rios (2012) apresenta dados de que a boa comunicação tem impacto significativo no cuidado e atenção a saúde do paciente. Enquanto a falta de habilidade de comunicação se associa a erros médicos e má prática. A comunicação efetiva se dará, apenas, se o roteiro biológico da relação for somado a real disponibilidade em compreender (empatia) e a partir disso se buscar um sentido para as questões em saúde (cuidado).

No que tange o envolvimento durante a atividade, 94% dos participantes julgaram-se como fortemente ou muito fortemente envolvidos na atividade (GRÁFICO 7). O envolvimento contribui para a qualidade da participação e do aprendizado da atividade, como destacado em outros trabalhos⁸ o aluno ao atuar como “médico” pode treinar a habilidade de comunicação, como o auxílio do protocolo SPIKES, nessa simulação ele poderá ser avaliado por professores e colegas, além de

refletir sua própria performance, possibilitando a transformações de ações que serão vividas no contexto real. Ao interpretar “paciente” ou “acompanhante” o participante pode perceber as sutilezas de se receber uma “má notícia” contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de empatia e humanidade essenciais ao médico. O “observador” pode contribuir para a reflexão após observar a cena.

Ao serem questionados se seus conhecimentos e/ou habilidades aumentaram como resultado da oficina, 100% (GRÁFICO 8) dos entrevistaram concordaram. Tal dado corrobora com o encontrado na literatura onde “para muitos médicos o treinamento adicional para a transmissão de más notícias pode ser útil e aumentar a confiança no cumprimento desta tarefa”⁵. O uso do protocolo SPIKES com o role play pode aumentar a confiança nos estudantes e médicos na elaboração de um plano para comunicação de más notícias^{4, 5, 17}.

O role play foi amplamente valorizado quando os participantes foram questionados sobre o que foi melhor na atividade, 39 respostas (TABELA 4) – “O teatro! A forma dinâmica de dar e receber notícias ruins, muito boa essa forma de aprendizado”, “A experiência de treinar dar notícias difíceis, o que será útil em situações da profissão”, “Importante ser colocado na situação antes de ser exposto na vida real a esse tipo de estresse e nunca ter tipo oportunidade de refletir no assunto”. A possibilidade de refletir, realizar autocrítica e de corrigir possíveis erros também foi um item de destaque entre as respostas – “Refletir sobre o tema e autocrítica sobre minha abordagem”, “Sensibilização com o paciente. Pensar na importância da empatia e boa comunicação”. Outros pontos levantados foram a importância do *feedback* ao final da atividade, o uso do protocolo SPIKES, as experiências relatadas pelos professores, o uso de *check list* e a aula teórica antes da vivência prática.

Segundo muitos autores, a prática da empatia no Role play pode se tornar uma ferramenta de caráter educativo-terapêutico, quando o estudante se coloca no papel do paciente e pode vivenciar a experiência de sofrimento dos pacientes e familiares, além das dificuldades existentes na comunicação de notícias difíceis^{2, 4, 5, 6}. Em alguns estudos a dramatização para a comunicação de diagnósticos possibilitou a identificação de excesso de rodeios do “médico”, uso de linguagem inadequada, ou excesso de objetividade, agressividade. Essas ações, na realidade, geram ansiedade, insegurança no paciente². Espera-se que os participantes ao se envolverem na atividade, ajam como numa situação real e possam se beneficiar da reflexão da

atividade proposta¹⁰. Tal técnica associa baixo custo a boa efetividade, visto que é realizada com os próprios alunos sob a orientação de um docente.

Entre as sugestões de como melhorar a atividade (TABELA 5) a criação de mais estações recebeu grande destaque – “Mais estações com mais situações”, “Mais casos, maior número de oficinas”, “Mais casos para que todos pudessem experimentar todos os papéis da simulação”. A criação de mais estações durante a oficina encontra como empecilho o número limitado de professores disponíveis para a atividade, além da dificuldade de encontrar turnos livres dos alunos, devido a alta carga horária a qual já são expostos. A utilização de atores contratados foi sugerida por alguns participantes – “Atores que desconhecem as terminologias técnicas e seriam mais fidedignos as cenas reais”, “Incluir estudantes de teatro para o papel de familiares”. Essa estratégia já foi pensada pela organização da oficina, mas, como apresentado na literatura⁴, possui o inconveniente do custo da contratação dos atores e não se apresenta como superior em estudos comparativos⁶. Outras sugestões foram que a atividade tivesse mais tempo e este é um fator que dificulta a oficina, pois a atividade é realizada no turno noturno no pavilhão de aulas da FMB, com duração média de 2h30min a 3h. Sendo que deve ser realizada de maneira breve e metódica, para que não finalize muito tarde e coloque em risco a segurança de participantes e docentes. Alguns alunos destacaram que este tipo de conteúdo deveria ser apresentado ao longo da graduação – “A atividade acontecer em mais de um momento durante a faculdade para que pudéssemos avaliar nossa progressão e os conteúdos ajudarem na prática durante o curso”, “Ser feita em alguns outros rodízios”. Isto compactua com os dados da literatura já apresentados.

A demora para a aprovação do CEP contribuiu para a diminuição do número final da amostra, fazendo com que oficinas anteriores pudessem ser caracterizadas apenas como “pilotos” não sendo consideradas nessa pesquisa.

Por fim, Baile et al (2010) afirmam:

[...] para muitos médicos o treinamento adicional para a transmissão de más notícias pode ser útil e aumentar sua confiança no cumprimento desta tarefa [...] técnicas para transmissão de notícias de um modo dirigido às expectativas e emoções dos pacientes também parece ser altamente desejada, mas raramente ensinada.

VII. CONCLUSÃO

A oficina de “comunicação de notícias difíceis” foi avaliada como satisfatória por 99% dos participantes, que julgaram seu conteúdo com adequado. Dos 71 participantes, 100% dos entrevistados afirmaram concordar com o impacto da oficina sobre seus conhecimentos de comunicação de más notícias, demonstrando que o conteúdo dos alunos pré e pós atividade aumentou ao serem treinados para através de metodologia ativa.

A FMB limita o debate sobre a comunicação de más notícias, sendo que muitos alunos chegam ao final da graduação sem ter discutido tal temática. Esse é um problema crônico da formação medica que impacta diretamente a qualidade da relação medico-paciente. A partir das entrevistas e da literatura, faz necessário repensar a introdução dessa temática em outros momentos e em outros ambientes da graduação.

O uso de role play mostrou-se uma boa técnica associada ao protocolo SPIKES para comunicação de más notícias, sendo uma prática de qualidade para intervenção pedagógica no treinamento de habilidades de comunicação, corroborando com os dados encontrados na literatura. Com as vantagens de possuir baixo custo, ser de simples e rápida execução. Sendo necessário pensar estratégias para o ensino das habilidades de comunicação ao longo da graduação médica, através de metodologias ativas, como preconizado pelas DCN.

VIII. SUMMARY

Introduction: Bonamigo and Destefani, 2010, conceptualize as those information that radically and negatively modify an idea that the patient makes of his future. Communicating more news is an essential clinical skill and should be taught to medical graduates. When communicating bad news, the professional should be able to give space, time, so that the individual able to express their feelings, acting with empathy, respecting how the patient's varies. In line with what is proposed by the National Curricular Guidelines of 2014, a difficult news communication training workshop was implemented at FMB-UFBA. **Methodology:** This activity is developed with medical students, members of leagues and residents in pediatrics. It is part of the Humanistic Ethical Axis. Follow in a role play technique in simulated environment and in. Participants were exposed to an evaluation questionnaire at the end of the activity. **Results:** 71 people participated in the survey. 59% between 21 and 25 years and the same percentage of nine years of graduation. The majority, 27%, has an area of pediatric interest. More than 60% said they had never had any training on communicating difficult news. 25% reported never having informed or witnessed a notice of difficult news. And 56% never attend a news, as a patient or companion. 99% of respondents judged the content of the workshop as appropriate, 100% said they engaged in the activity and believe their knowledge increased as a result of the activity. **Discussion:** training in FMB presents technical / biological, limiting the debate on communication skills. Dramatization is a psychodramatic resource that exposes academics to the fears and anxieties characteristic of the doctor-patient encounter. An activity that allows the student to understand how tensions arise when communicating bad news. **Conclusion:** an office proved to be satisfactory for the participants and an active methodology, with use of paper play and protocol SPIKES valid for the training of communication skills. It is necessary to use such activities at other times of graduation in FMB.

Keywords: medical education, bad news, communication, difficult news.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo L. A metapsicologia do cuidado. *Psych*, Ano XI, São Paulo. Jul-dez/2007, p. 13-30.
2. Jucá N, Gomes A, Mendes L, Gomes D, Martins B, Silva C, Lino C, Augusto K, Caprara A. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010, 34 (1): 57–64.
3. Ministério de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Conselho nacional de educação. Câmara de educação superior. 2014
4. Silva M. Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2012;36(1): 49-53.
5. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale E, Kudelka A. SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *The Oncologist* 2000; 5: 302-311. Traduzido por: Rita Byington.
6. Bonamigo E, Destefani A. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética* 2010; 18(3): 725 – 42.
7. Pitombo L, Neri R. Grupos Balint-Paidéia: uma Experiência da Gestão Compartilhada da Clínica Ampliada na Rede de Atenção Oncológica. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.
8. Lino C, Augusto K, Oliveira R, Feitosa L, Caprara A. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2011, 35 (1): 52 – 57.
9. *Comunicação* in Artigos de apoio Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-01-16 03:27:17]. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$comunicacao](https://www.infopedia.pt/$comunicacao)
10. Rios I. Comunicação em medicina. *Rev Med (São Paulo)* 2012 jul.-set.;91(3):159-62.
11. Rabelo L, Garcia V. Role-Play e o Desenvolvimento de Habilidade de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Medica* 2015. 39(4):

- 586-596.
12. Nonino A, Magalhães S, Falcão D. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão de Literatura. *Revista de Educação Medica*, 2012(2): 228-233, DF.
 13. Pezzi L, Neto S. O laboratório de habilidade na formação médica. *Cadernos ABEM* 2008. Vol 4. 16 – 22.
 14. Sucupira A. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.23, p.619-35, set/dez 2007.
 15. UFBA. Novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FAMEB/UFBA. Faculdade De Medicina Da Bahia. Novembro 2007.
 16. Barbosa S, Souza S, Moreira J. A fadiga por compaixão como ameaça a qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev. Psicol., Organ. Trab.*, jul-set 2014, vol. 14: 315-323.
 17. Toma M, Oliveira W, Kaneto C. Comunicação de prognóstico reservado ao paciente infantil. *Revista bioética*. 2014; 22 (3): 540-9.
 18. Abicalaffe, C. Experiência do paciente não é a mesma coisa que satisfação. Disponível em: <http://saudebusiness.com/experiencia-do-paciente-nao-e-mesma-coisa-que-satisfacao/> Acesso em: 22/01/17.

X. ANEXOS

ANEXO I: QUESTIONÁRIO

OFICINA: Comunicação de más notícias

1. Idade
 - Menor que 21 anos
 - Entre 21 anos e 25 anos
 - Entre 26 anos e 30 anos
 - Maior que 30 anos

2. Semestre ou tempo de formação
 - 5 ano da graduação
 - 6 ano da graduação
 - 1 ano de formado
 - entre 2 e 5 anos de formado
 - entre 6 e 10 anos de formado
 - entre 11 e 20 anos de formado
 - mais de 21 anos de formado

3. Especialização de interesse ou área de atuação:

4. Houve algum treinamento prévio a esta oficina de “Como dar notícias difíceis” ao longo da sua formação?
 - Nunca foi abordado na formação e nunca busquei nada sobre o assunto
 - Nunca foi abordado na formação, mas busquei o assunto por outros meios
 - Foi abordado formalmente em aula teórica
 - Foi abordado com metodologia ativa (filme, discussão, dramatização, etc)
 - Foi abordado formalmente e busquei treinamentos extra-curriculares

5. Qual a sua experiência em dar ou presenciar (como ouvinte) más notícias? Por favor registre também seu comentário.
 - Nenhuma
 - Já tive uma péssima experiência
 - Já tive uma boa experiência

Comentário ou sentimento:

6. Qual a sua experiência em receber (como paciente ou acompanhante) más notícias? Por favor registre também seu comentário.
 - Nenhuma
 - Já tive uma péssima experiência

- Já tive uma boa experiência

Comentário ou sentimento:

7. Qual das opções abaixo melhor descreve o conteúdo coberto nesta atividade em relação aos seus conhecimentos e habilidade prévias? O conteúdo foi:

- Muito básico
- Na medida certa
- Muito avançado

8. Eu estava envolvido durante a atividade.

- Discordo fortemente
- Discordo moderadamente
- Discordo
- Concordo levemente
- Concordo fortemente
- Concordo muito fortemente



9. Meus conhecimentos e/ou habilidade aumentaram como resultado desta atividade.

- Discordo fortemente
- Discordo moderadamente
- Discordo
- Concordo levemente
- Concordo fortemente
- Concordo muito fortemente

10. O que foi MELHOR nesta atividade para você?

11. O que faria atividade ainda melhor? (Formato, conteúdo, material, método)

ANEXO II: TERMO DE APROVAÇÃO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA COM USO DE "ROLE PLAY" PARA TREINAMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	
Pesquisador Responsável: Lara de Araújo Torreão	
Área Temática:	
Versão: 2	
CAAE: 56806616.4.0000.5577	
Submetido em: 02/08/2016	
Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_717753	

ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto: Avaliação de intervenção pedagógica com uso de “role play” para treinamento de habilidade de comunicação, que ocorrerá no período de maio de 2016 a maio de 2017. A oficina é composta por uma breve aula expositiva seguida com estações de simulação com “role play”. Sendo desenvolvido pela professora Lara Torreão (CREMEB: 11.038), da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade de Federal da Bahia, do Departamento de Pediatria. O objetivo é analisar a visão dos alunos do curso de treinamento de “comunicação de notícias difíceis”. Tal estudo justifica-se pela necessidade das diretrizes curriculares nacionais em que a formação médica seja abrangente, tendo sido implantada na FMB-UFBA a oficina de treinamento de comunicação de notícias difíceis, desde de 2013. O benefício da pesquisa baseia-se no fato que um maior entendimento sobre o impacto da discussão da comunicação de notícias difíceis, pode contribuir para mudanças no perfil da formação médica e da graduação. Os riscos dessa pesquisa envolveriam vazamento de informação, com quebra de sigilo e desconforto emocional ao ser exposto a situações incomodas durante a dramatização da atividade. Para evitar tal situação você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da atividade e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Além disso, identificado ou relatado desconforto emocional ao pesquisador, você será orientado a procurar o serviço de psicologia da Faculdade de Medicina da Bahia, que estará ciente da possível demanda causada pela pesquisa. A sua participação se fará através de um questionário, com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido pela pesquisadora. Esse questionário deverá ser respondido imediatamente após a realização da oficina, em data e horário combinado previamente, com um tempo estimado para seu preenchimento de 20 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. A tempo avisamos que não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, nem compensação financeira relacionado a sua participação, e caso exista qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Federal da Bahia, através da defesa do trabalho de conclusão de curso e de seminário específico para apresentação aos participantes da pesquisa, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados no estudo ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou os direitos do participante da pesquisa, por favor entre em contato com a Professora Lara Torreão, no Hospital Universitário Professor Edgar Santos, telefone: (71) 3283-8063, no horário: 8 às 17 hs ou através do e-mail: lara.torreao@gmail.com. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, Salvador, Bahia, Brasil, CEP 40.026-010. Telefone: (71) 3283-5565/Fax: (71) 3283-5567. E-mail: cepfmb@ufba.br. Este documento será elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável/Nome e assinatura:

Salvador, ____ de _____ de _____