UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FERNANDO HENRIQUE DE SOUSA

A comunicação de más notícias: análise do treinamento de habilidades para profissionais da
saúde

RIBEIRÃO PRETO

2017

FERNANDO HENRIQUE DE SOUSA

A comunicação de más notícias: análise do treinamento de habilidades para profissionais da saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências. Programa:
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada.

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Sousa, Fernando Henrique

A comunicação de más notícias: análise do treinamento de habilidades para profissionais da saúde. Ribeirão Preto, 2017.

114 p. : il ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Namie Okino Sawada.

1. Comunicação Interdisciplinar. 2. Más notícias. 3. Protocolo Spikes.

SOUSA, Fernando Henrique de

A comunicação de más notícias: proposta de treinamento de habilidades para profissionais da saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências. Programa:
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Namie Okino Sawada.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus e a Nossa Senhora das Graças

Aos meus pais, José Ailton e Eni por terem me dado a vida e me apoiarem em todos os meus sonhos, sempre dispostos a me guiar e a transmitir ensinamentos essenciais, além de me proporcionar a oportunidade de seguir a carreira acadêmica.

À minha irmã Carla, pela amizade, parceria e apoio durante toda a nossa trajetória de vida.

Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada por ter me apresentado a temática da Comunicação de más notícias, pela amizade e pelas oportunidades do constante aprendizado e do desenvolvimento de habilidades, como pessoa e profissional.

A todos os profissionais da saúde que participaram deste trabalho.

A todos os docentes, funcionários e alunos da EERP/USP.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente”

Mahatma Gandhi

RESUMO

SOUSA, F.H. **A comunicação de más notícias: análise do treinamento de habilidades para profissionais da saúde.** 2017. 116 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudo quase experimental, com grupo de intervenção avaliado antes e após o procedimento, com o objetivo de capacitar os profissionais da saúde para as situações de comunicação de más notícias aos pacientes e aos seus familiares, por meio de um curso de difusão gratuito, com duração de cinco horas. Participaram 79 profissionais da saúde, entre enfermeiros, estudantes de enfermagem, biólogos, farmacêuticos, estudantes de medicina, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Foram utilizados como instrumentos de pesquisas: 1) o questionário *Breaking Bad News* sobre o protocolo SPIKES, que possui 13 questões objetivas. Este questionário foi analisado pela distribuição da porcentagem de respostas para cada questão; 2) o questionário de avaliação do curso de más notícias composto por 43 questões objetivas. Para a análise das variáveis quantitativas foram utilizadas as médias e as medianas para resumir as informações, e os desvios-padrão, mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados, além da porcentagem. A comparação entre as pontuações dos participantes na primeira e na segunda avaliação de habilidades de comunicação foi realizada pelo teste estatístico de McNemar. O teste estatístico não paramétrico Mann-Whitney foi utilizado para comparar a relação entre a idade dos participantes e as respostas do questionário de avaliação do curso de más notícias. A comparação entre a idade e a pontuação total dos participantes na avaliação de conteúdo do curso foi feita pelo coeficiente de correlação de Spearman. Para todos os testes assumiu-se o nível de significância em 5%. A idade dos participantes variou entre 18 e 55 anos, sendo a maioria do sexo feminino (83,5%) e da área da enfermagem (53,2% profissionais e 24,1% estudantes). Ademais, 57% dos participantes nunca tiveram qualquer formação sobre transmissão de más notícias, porém mesmo após este curso, oito pessoas continuaram afirmando que não tiveram formação alguma. A autoavaliação da capacidade de informar uma má notícia no pré-teste foi considerada boa por 18,2%; 20,8% consideraram-se ruins e 6,5%, péssimos, enquanto que o pós-teste 42,8% consideraram-se bons, 11,7%, ruins e 2,6%, péssimos. O conforto do profissional neste momento variou de 21,8% para 7,7% no item absolutamente desconfortável, e de 6,4% para 14,1% no item confortável. Após o conhecimento sobre o protocolo SPIKES, 92,3% acreditam em sua aplicabilidade na prática clínica. Quanto à estratégia utilizada pelos entrevistados em sua prática clínica, o item mostrou que “um plano ou estratégia consistente” apresentou frequências de 21,9% no pré-teste e 51,56% no pós-teste. Os elementos do protocolo SPIKES apontados como de maiores facilidades entre os participantes no pré-teste foi o local da notícia e a verificação da compreensão de tudo o que foi dito, 30,6% e 28,6%, ao passo que no pós-teste o item mais escolhido foi a escolha do ambiente (53,06%). A relação entre idade e conhecimento do protocolo SPIKES teve apenas um item que apresentou significância. Concluiu-se, portanto, que o treinamento de habilidades de comunicação de más notícias atingiu seus objetivos melhorando o conhecimento e a aptidão dos profissionais da saúde. Evidenciou-se também que a educação em comunicação na área da saúde mantém-se falha, bem como é escassa a difusão de protocolos que abarquem esta difícil tarefa destinada aos profissionais da saúde. O pós-teste mostrar-se-ia mais eficaz caso fosse aplicado após o retorno dos profissionais aos seus pacientes e o uso das técnicas apreendidas. Sugerimos a adoção de educação permanente aos atuantes na área da saúde.

Palavras-chave: Comunicação Interdisciplinar; Más notícias; Protocolo Spikes.

ABSTRACT

SOUSA, F.H. **Communication of bad news: analysis of skills training for health professionals.** 2017. 116 f. Thesis (Doctoral) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A quasi-experimental study with an intervention group evaluated before and after the procedure, in order to enable health professionals to communicate bad news to patients and their families through a free course of five hours duration. We evaluated 79 health professionals, including nurses, nursing students, biologists, pharmacists, medical students, psychologists, social workers and occupational therapists. The following research tools were used: 1) the Breaking Bad News questionnaire about the SPIKES protocol, which has 13 objective questions. This questionnaire was analyzed by the distribution of the percentage of answers for each question; 2) the evaluation questionnaire of the course of bad news composed by 43 objective questions. For the quantitative analysis we used the means and the medians to summarize the information, and the standard deviations, minimum and maximum to indicate the variability of the data, besides the percentage. The comparison between the scores of participants in the first and second evaluation of communication skills was performed by the McNemar statistical test. The Mann-Whitney non-parametric statistical test was used to compare the relationship between the age of the participants and the responses of the evaluation questionnaire of the course of bad news. The comparison between the age and the total score of the participants in the evaluation of course content was made by the Spearman correlation coefficient. For all tests, the level of significance was set at 5%. The participants' ages ranged from 18 to 55 years old, with most females (83.5%) and nursing (53.2% professionals and 24.1% students). In addition, 57% of the participants never had any training on the transmission of bad news, but even after this course, eight people continued to claim that they had no training. The self-reported ability to report bad news in the pre-test was considered good by 18.2%; 20.8% were considered bad and 6.5% were poor, while the post-test 42.8% were considered good, 11.7%, bad and 2.6% Lousy. The comfort of the professional at the time ranged from 21.8% to 7.7% on the uncomfortable item and from 6.4% to 14.1% on the comfortable item. After knowing about the SPIKES protocol, 92.3% believe in its applicability in clinical practice. Regarding the strategy used by the interviewees in their clinical practice, the item showed that "a consistent plan or strategy" presented frequencies of 21.9% in the pre-test and 51.56% in the post-test. The elements of the SPIKES protocol identified as greatest facilities among participants in the pre-test were the news site and the verification of the understanding of all that was said 30.6% and 28.6%, while in the post-test the most chosen item was the choice of the environment (53.06%). The relationship between age and knowledge of the SPIKES protocol had only one item that presented significance. It was concluded, therefore, that communication education in the health area remains flawed, as well as the dissemination of protocols that cover this difficult task for health professionals. The post-test would be more effective if it were applied after the return of the professionals to their patients and the use of the seized techniques. We suggest the adoption of permanent education to those in the health area.

Keywords: Interdisciplinary Communication; Bad news; Spikes protocol.

RESUMEN

SOUSA, F.H. **La comunicación de malas noticias: análisis del entrenamiento de habilidades para profesionales de la salud.** 2017. 114 f Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudio casi experimental, con grupo de intervención evaluado antes y después del procedimiento, con el objetivo de capacitar a los profesionales de la salud para las situaciones de comunicación de malas noticias a los pacientes ya sus familiares, a través de un curso de difusión gratuito, con duración de cinco horas. Participaron 79 profesionales de la salud, entre enfermeros, estudiantes de enfermería, biólogos, farmacéuticos, estudiantes de medicina, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. Se utilizaron como instrumentos de investigación: 1) el cuestionario Breaking Bad News sobre el protocolo SPIKES, que tiene 13 cuestiones objetivas. Este cuestionario fue analizado por la distribución del porcentaje de respuestas para cada cuestión; 2) el cuestionario de evaluación del curso de malas noticias compuesto por 43 cuestiones objetivas. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron las medias y las medianas para resumir las informaciones, y las desviaciones estándar, mínimo y máximo, para indicar la variabilidad de los datos, además del porcentaje. La comparación entre las puntuaciones de los participantes en la primera y en la segunda evaluación de habilidades de comunicación fue realizada por el test estadístico de McNemar. El test estadístico no paramétrico Mann-Whitney fue utilizado para comparar la relación entre la edad de los participantes y las respuestas del cuestionario de evaluación del curso de malas noticias. La comparación entre la edad y la puntuación total de los participantes en la evaluación de contenido del curso fue hecha por el coeficiente de correlación de Spearman. Para todas las pruebas se alcanzó el nivel de significancia en un 5%. La edad de los participantes varía entre 18 y 55 años, siendo la mayoría del sexo femenino (83,5%) y del área de enfermería (53,2% profesionales y 24,1% estudiantes). Además, 57 % de los participantes nunca tuvieron ninguna formación sobre transmisión de malas noticias, pero incluso después de este curso, ocho personas continuaron afirmando que no tuvieron formación alguna. La autoevaluación de la capacidad de informar una mala noticia en el pre-test fue considerada buena por 18,2%; 20,8 % se consideraron mal y 6,5 %, pésimos, mientras que el post-test 42,8 % se consideró bueno, 11,7%, mal y 2,6% pésimos. La comodidad del profesional en este momento varía de 21,8% a 7,7% en el ítem absolutamente incómodo, y de 6,4% a 14,1% en el ítem cómodo. Después del conocimiento sobre el protocolo SPIKES, 92,3% creen en su aplicabilidad en la práctica clínica. En cuanto a la estrategia utilizada por los entrevistados en su práctica clínica, el ítem mostró que "un plan o estrategia consistente" presentó frecuencias de 21,9% en el pre-test y 51,56% en el post-test. Los elementos del protocolo SPIKES señalados como de mayores facilidades entre los participantes en el pre-test fue el lugar de la noticia y la verificación de la comprensión de todo lo dicho, 30,6% y 28,6%, al paso Que en el post-test el ítem más escogido fue la elección del ambiente (53,06%). La relación entre edad y conocimiento del protocolo SPIKES tuvo sólo un ítem que presentó significancia. Se concluyó, por lo tanto, que el entrenamiento de habilidades de comunicación de malas noticias alcanzó sus objetivos mejorando el conocimiento y aptitud de los profesionales de la salud. Se evidenció también que la educación en comunicación en el área de la salud se mantiene falla, así como es escasa la difusión de protocolos que abarquen esta difícil tarea destinada a los profesionales de la salud. El post-test se mostraría más eficaz si se aplicara después del retorno de los profesionales a sus pacientes y el uso de las técnicas incautadas. Sugerimos la adopción de educación permanente a los actuantes en el área de la salud.

Palabras clave: Comunicación interdisciplinaria; Más noticias; Protocolo Spikes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das idades dos participantes do curso de comunicação de más notícias.....	47
Tabela 2- Frequência e porcentagem das características sociais e demográficas dos participantes do curso de comunicação de más notícias.....	47
Tabela 3- Frequência e porcentagem das respostas da questão um na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	48
Tabela 4- Frequência e porcentagem das respostas da questão dois na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	49
Tabela 5- Frequência e porcentagem das respostas da questão três na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	50
Tabela 6- Frequência e porcentagem das respostas da questão quatro na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	51
Tabela 7- Frequência e porcentagem das respostas da questão cinco na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	52
Tabela 8- Frequência e porcentagem das respostas da questão seis na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	53
Tabela 9- Frequência e porcentagem das respostas da questão sete na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	54
Tabela 10- Frequência e porcentagem das respostas da questão oito na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	55
Tabela 11- Frequência e porcentagem das respostas da questão nove na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	55
Tabela 12- Frequência e porcentagem das respostas da questão dez na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	56
Tabela 13- Frequência e porcentagem das respostas da questão onze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	57
Tabela 14- Frequência e porcentagem das respostas da questão doze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	58
Tabela 15- Frequência e porcentagem das respostas da questão treze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário <i>Breaking Bad News</i>	59
Tabela 16- Frequência das respostas na avaliação do curso de comunicação de más notícias.....	61

Tabela 17- Frequência das respostas dos participantes na avaliação do conteúdo ministrado no curso de comunicação de más notícias.....	63
Tabela 18- Comparação entre a média das idades dos participantes e as respostas da avaliação do curso de comunicação de más notícias.....	64
Tabela 19- Correlação de Spearman Idade x Pontuação total do conteúdo.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Apreciação do primeiro juiz.....	41
Quadro 2-	Apreciação do segundo juiz.....	42
Quadro 3-	Apreciação do terceiro juiz.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1-Apresentação.....	18
2-Introdução.....	20
2.1- A comunicação de más notícias.....	21
2.2- Protocolo SPIKES.....	24
2.3- Treinamento de habilidades de comunicação.....	26
3-Aspectos conceituais.....	30
3.1- Modelo teórico.....	31
3.2- Referencial Metodológico.....	32
4- Objetivos.....	34
4.1- Geral.....	35
4.2- Específicos.....	35
5- Hipótese.....	37
6- Materiais e método.....	38
6.1- Tipo de pesquisa.....	39
6.2- Local de coleta de dados.....	39
6.3- Aspectos éticos.....	39
6.4- Manejo dos riscos para o participante decorrentes da pesquisa.....	39
6.5- População e amostra.....	40
6.6- Instrumentos para coleta de dados.....	40
6.7- Tradução e validação aparente e de conteúdo do instrumento Questionário Breaking Bad News.....	40
6.8- Procedimentos para coleta de dados.....	43
6.9- Intervenção.....	44
6.10- Análise dos dados.....	45
7- Resultados.....	46
8- Discussão.....	66
8.1- Características sociais e demográficas dos participantes do curso de comunicação de más notícias.....	67

8.2- Características das respostas dos participantes do curso de comunicação de más notícias no pré-teste e no pós-teste.....	68
8.3- Características das respostas dos participantes na avaliação sobre o curso de comunicação de más notícias.....	85
9- Considerações finais.....	88
10- Conclusão.....	91
11- Referências.....	95
12- Apêndices.....	104
13- Anexos.....	110

1. Apresentação

Desde o início da minha carreira acadêmica, chamou-me a atenção como os pacientes compreendem o trabalho de um profissional da saúde. Com o objetivo de vivenciar o trabalho dos profissionais de saúde desenvolvi na minha iniciação científica no curso de Fisioterapia da UNESP, campus de Marília, um projeto de pesquisa com pacientes com diagnóstico médico de Paralisia Cerebral e o tratamento de Equoterapia.

Nessa pesquisa foi possível verificar a dificuldade cotidiana da equipe multiprofissional em comunicar para as famílias e aos principais cuidadores, quais as mudanças ocorridas no quadro clínico dos pacientes após o tratamento de Equoterapia. Também foi possível verificar, que uma comunicação eficiente, pode alterar o modo de como o paciente irá aderir ao tratamento e também pode facilitar a atuação da equipe multiprofissional.

No cotidiano profissional, a Fisioterapia utiliza a comunicação para o desempenho de suas atividades, com a função de reabilitar e ser um elo com a equipe multiprofissional nos diferentes serviços oferecidos ao paciente.

Essas atividades de cuidado desenvolvidas pela equipe multiprofissional exigem que os profissionais da saúde tenham um domínio das habilidades de comunicação. Dessa maneira, o uso adequado das habilidades comunicacionais pode facilitar o alcance dos objetivos, e melhorar a eficiência da equipe multiprofissional no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

Por considerar que a habilidade de comunicação é essencial para o aprimoramento da competência dos profissionais de saúde, e como integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da UNESP, campus de Bauru, participei da Linha de Pesquisa “Comunicação Não Verbal”, e desenvolvi minha dissertação de Mestrado, com o objetivo de investigar a existência de estereótipos em relação à postura humana, mediante atribuição de características a diferentes imagens corporais.

Os resultados obtidos nessa dissertação me fizeram refletir sobre a importância do treinamento e aprendizagem de habilidades de comunicação nas relações dos profissionais de saúde com seus pacientes.

Ademais, cursei MBA Executivo em Gestão de Pessoas pela Universidade Cândido Mendes, a fim de me tornar mais pragmático no conhecimento de habilidades de comunicação e de competências interpessoais.

Para o aprimoramento nesta temática, ainda, no primeiro semestre do ano de 2015 participei do curso “Comunicação de más notícias”, com duração de oito horas, durante a I Conferência Internacional de Educação para doação e transplante de órgãos e tecidos, realizada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, EERP/USP.

O interesse e a motivação pela temática da comunicação pelos profissionais da saúde fez com que concluísse esta Tese de Doutorado, a qual tem como hipótese que o treinamento de habilidades de comunicação de más notícias melhora o conhecimento e a competência dos profissionais da saúde nas situações de comunicação de más notícias.

2. Introdução

2.1 A comunicação de más notícias

Uma tarefa difícil para os pesquisadores de comunicação em saúde é conceituar uma definição que englobe todas as condições das más notícias. Entretanto, para Buckman (1992) a má notícia, é caracterizada como uma informação que abrange uma alteração drástica, negativa na vida da pessoa e na esperança do seu futuro. Logo, a maneira com que a má notícia é exposta pode afetar a compreensão dos pacientes sobre o seu diagnóstico e o tratamento.

De acordo com Rosenzweig (2012) a comunicação de más notícias aos pacientes é uma ocorrência comum para os profissionais da Enfermagem. Esta difícil tarefa requer paciência e habilidades de comunicação refinados, e deve ser abordado com empatia por todas as partes envolvidas. Existem várias maneiras de transmitir más notícias aos pacientes, por meio de técnicas e métodos de comunicação centrados no indivíduo.

Assim, a comunicação é uma parte do trabalho diário da Enfermagem, a qual é considerada uma ferramenta essencial utilizada pelos enfermeiros, seja na assistência ao paciente, nos cuidados com a família, ou nas relações com a equipe. Estes autores ainda consideram que a comunicação está presente em todas as atividades dos enfermeiros e influenciam a qualidade do atendimento prestado a quem necessita de cuidados (LEITE, VASCONCELOS e FONTES, 2010).

Em grande parte, a prática clínica do enfermeiro não inclui regularmente o diagnóstico de uma doença, mas muitas vezes envolve a comunicação da notícia de que um novo diagnóstico está presente, que uma doença tem piorado ou que as tentativas de intervenções não foram eficazes e que um novo curso de tratamento será necessário (ROSENZWEIG, 2012).

Ainda segundo os mesmos autores, a transmissão de más notícias exige uma grande dose de profissionalismo, paciência e energia. A comunicação demanda um processo complexo de encontrar palavras apropriadas amáveis e terminologia compreensível, e a tarefa secundária de avaliar como o paciente e a sua família estão reagindo, bem como o grau de sofrimento que a conversa está provocando, além das informações subsequentes e como o enfermeiro responde ao processo de avaliação. A última parte da comunicação é mover o paciente e sua família, a partir da má notícia, para os planos futuros com realismo e esperança.

Contudo, a transmissão de más notícias é enfrentada com dificuldade pela maioria dos profissionais da saúde devido aos aspectos emotivos a ela associados. Trata-se de um trabalho complicado e que necessita de treino, para que o profissional desenvolva habilidades e competências comunicacionais. Observa-se ainda, a importância dos sinais verbais e não

verbais emitidos constantemente durante a comunicação entre os profissionais da saúde, os pacientes e seus familiares (ARAÚJO, 2011).

De tal modo, como bem afirma Warnock et al. (2010), o médico comumente assume o papel de comunicar o diagnóstico, por ser ele o responsável pelas decisões do tratamento médico. No entanto, a comunicação de um diagnóstico ruim também pode ser entendida como um processo que inclui as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que a má notícia é comunicada.

De acordo com os mesmos autores, a comunicação e o apoio aos pacientes vão além do momento de dar uma má notícia, sendo que os enfermeiros, muitas vezes, são envolvidos no provimento desta assistência. As atividades de apoio realizadas por estes profissionais da saúde em volta das más notícias compreendem a avaliação das necessidades de informação e a explicação de possíveis dúvidas, fazendo com que, desse modo, os pacientes e seus familiares sintam-se mais amparados a suportar as suas reações emocionais.

Neste sentido, a comunicação tem sido considerada como uma ferramenta fundamental para atingir as metas propostas no tratamento de doenças, além de servir de apoio para atender as necessidades dos pacientes (OLIVEIRA e MONTEIRO, 2004). Deste modo, a comunicação de más notícias pode ser considerada como uma das situações mais difíceis durante a prática clínica, na relação das equipes multiprofissionais de saúde com o paciente e seus familiares.

Consequentemente, os próprios medos dos profissionais de saúde podem ser fatores que contribuam para a dificuldade de se estabelecer uma comunicação adequada das más notícias com o paciente. As dificuldades destacadas por médicos que comunicam más notícias são em geral, o receio de causar dor ao paciente, de se sentir incomodado e de expressar emoções durante o momento de comunicar uma má notícia, de ser possível culpado pelo paciente e por seus familiares de falha médica, além do medo de enfrentar a morte (MULLER, 2002).

De acordo com Grinberg (2010) o processo de comunicação pode alterar uma situação e influenciar a percepção do paciente e de sua família, de modo positivo ou negativo, na revelação da gravidade de uma doença de mau prognóstico. Neste aspecto, o processo de comunicar más notícias ao paciente e a sua família é um momento de desafios e de responsabilidade dos profissionais de saúde.

A comunicação de más notícias está frequentemente presente na rotina dos profissionais da saúde. Desta maneira, a aproximação junto ao paciente é uma tarefa difícil na prática clínica, já que transmite informações que envolvem seu diagnóstico e prognóstico, os possíveis riscos e os benefícios do tratamento e a possibilidade de ocorrer progressão do quadro clínico da doença (PRIMO; GARRAFA, 2010).

O manual INCA (2010) relaciona a comunicação de más notícias a situações em que ocorre maior impacto e dificuldades durante o processo de tratamento. Dentre as situações que influenciam a comunicação de más notícias, pode-se citar a comunicação do diagnóstico e prognóstico de uma doença avançada, a comunicação das possíveis sequelas dos tratamentos, que possam interferir na perda de qualidade de vida do paciente, e a comunicação do esgotamento dos recursos de tratamento atual e a preparação para cuidados paliativos no tratamento da doença.

O mesmo documento apresenta os depoimentos e os sentimentos de impotência, diante da comunicação de más notícias nos casos de doença oncológica para os profissionais da saúde. O manual registrou as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde e a falta de preparo desses profissionais para comunicar e dar suporte emocional aos pacientes, o que pode gerar comprometimento da comunicação de prognósticos, causando prejuízos na assimilação do tratamento da doença tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde envolvidos.

Além disso, Muller (2002) ressalta que os fatores mais importantes para os pacientes no momento em que recebem uma má notícia são a comunicação clara, direta, compreensível e honesta sobre o diagnóstico e prognóstico de sua doença. Também é importante a disponibilidade de tempo que permita a realização de perguntas sobre dúvidas relacionadas à enfermidade, além de um ambiente favorável a comunicação, que pode influenciar no impacto de uma má notícia.

Os pacientes e seus familiares podem passar pelos mesmos estágios quando recebem uma má notícia. De acordo com Kübler-Ross (2008) esses estágios foram classificados em negação, raiva, depressão e aceitação. A compreensão desses estágios psicológicos pode ajudar os profissionais da saúde envolvidos na comunicação de más notícias, a entender os sentimentos desencadeados em seus pacientes e familiares por uma situação difícil (PICHETI; DUARTE, 2008).

Desta maneira, de acordo com Silva (2005), em seu estudo realizado sobre a percepção dos pacientes em relação ao impacto das más notícias, evidenciou que o modo pelo qual são comunicados os diagnósticos, podem sofrer influência de padrões culturais, sociais e educativos, e que essa experiência de comunicar más notícias costuma ser vivenciada como um fato negativo para os profissionais de saúde.

Algumas mudanças ocorreram em relação à informação do diagnóstico, enfatizando a autonomia do paciente, partindo-se da hipótese de que a maneira como é informada a má notícia, pode permitir que ele participe do processo de decisão sobre a adesão aos tratamentos

propostos e pode aumentar seu nível de confiança na equipe de profissionais da saúde que estão envolvidos no seu cuidado (VANDEKIEF, 2001; MULLER, 2002).

Contudo, o estudo realizado por Primo e Garrafa (2010) demonstrou que a comunicação do diagnóstico, das opções de tratamento e do prognóstico do paciente, se faz de maneira adequada em 60% dos casos, no entanto, foi comprovada a deficiência em relação à linguagem verbal utilizada pelos médicos no momento de informar uma má notícia.

A medicina de um passado não muito distante preconizava a ocultação da verdade com o intuito de poupar o paciente da angústia e do estresse de um diagnóstico ruim. Porém, a mudança de postura do paciente ao querer saber do seu diagnóstico e participar do seu tratamento, consoante à necessidade de o médico expor o prognóstico emergiram na segunda metade do último século, fato que pode explicar os recentes estudos sobre comunicação de más notícias (NONINO, MAGALHÃES e FALCÃO 2012).

Por isso, as habilidades de comunicação bem desenvolvidas são essenciais à prestação de cuidados aos pacientes, sendo para os profissionais de enfermagem um componente importante na avaliação e no desenvolvimento da prestação de cuidados. Sem excelentes habilidades de comunicação e empatia o enfermeiro não é capaz de relacionar-se plenamente com os pacientes e seus familiares (BERRY, 2009). Esta premissa pode ser estendida a todos os profissionais da saúde.

2.2 Protocolo SPIKES

Dentre a bibliografia pesquisada para a elaboração desta pesquisa, foi encontrado o protocolo SPIKES, o qual configura estratégias para uma comunicação eficaz e adequada, elaborado por um renomado grupo de oncologistas americanos e canadenses ligados ao MD Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas, USA e ao Sunnybrook Regional Cancer Center de Toronto, CA (BAILE et al., 2000). Neste sentido, faz-se necessário ao profissional da saúde se instrumentalizar com conhecimento técnico e estratégias de comunicação que lhe auxiliarão na condução do tratamento de seus pacientes.

Diante desta necessidade, os protocolos surgem como uma ótima opção para a orientação em situações específicas do cuidado, podendo prever condutas e aprimorar a assistência, visto que sua elaboração consiste em ações construídas a partir de princípios da prática baseada em evidência.

Para tanto, há várias formas aceitas de como comunicar as más notícias. Esses métodos estão estruturados no que o paciente sabe e quer saber, dando informações em quantidades

compreensíveis, e como este reage à notícia, além de verificar se há entendimento sobre o diagnóstico (MCFARLANE, RIGGINS e SMITH 2008). Um exemplo disto é o protocolo SPIKES, caracterizado por ser um modelo comum de transmissão de más notícias, o qual o enfermeiro pode utilizar como ponto de partida, caso não tiver certeza de como proceder nesse momento.

Nesta vertente, o protocolo SPIKES, acrônimo formado decorrente dos passos a serem seguidos diante de um cenário de comunicação de más notícias (*“Setting up”, “Perception”, “Invitation”, “Knowledge”, “Emotions”, “Strategy and Summary”*), ganha notoriedade ao adequar-se às necessidades de especialização na habilidade de comunicação de más notícias, visto que ainda é uma área defasada durante a formação do profissional (BAILE et al, 2000).

Em particular, o protocolo SPIKES enfatiza as técnicas úteis para responder às reações emocionais do paciente e apoiá-los durante este tempo. Apesar de mostrar-se eficiente, este protocolo tem sido subutilizado nas práticas cotidianas, refletindo uma possível defasagem no ensino dos profissionais da saúde. No estudo de Pereira et al. (2017) o treinamento baseou-se no protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. Tal abordagem mantém-se ao fato de que a sua criação seja uma adaptação à realidade brasileira do protocolo SPIKES.

Acrescenta-se ainda o fato de que o profissional de enfermagem assume a importante função de auxiliar o paciente a compreender a sua situação após seu diagnóstico, já que este profissional é o que mais se aproxima do paciente em seu período de institucionalização (PINHEIRO, 2012).

O treinamento do uso do protocolo SPIKES como orientador para a comunicação de más notícias durante o período acadêmico reduz a ansiedade e o estresse ao futuro profissional (LINO et al, 2011). O mesmo autor ainda reforça sobre a importância do momento acadêmico em que este tema é abordado, visto que caso seja apresentado aos alunos previamente ao encontro com o paciente real, pode evitar o estresse do momento.

A maneira como o conteúdo para o desenvolvimento da habilidade em comunicação é transmitido para o aluno também é decisivo para a formação das características deste profissional. Enquanto os acadêmicos demonstram ter recebido um excesso de conhecimento teórico -o que não garantiu a fixação sobre o protocolo SPIKES- e nenhum conhecimento prático, os profissionais formados há mais de 20 anos criaram suas próprias maneiras de dar más notícias, baseadas em suas experiências e de seus colegas de trabalho, sem embasamento teórico formal (SPAFFORD; SCHRYER; CREUTZ, 2009). Após o treinamento, os participantes avaliam o protocolo positivamente e sentem-se mais confiantes para a comunicação de más notícias.

Além disso, a comunicação de más notícias é uma tarefa muitas vezes realizada no contexto de um cenário clínico, com menos tempo e nem sempre em condições ideais. Portanto, as considerações do protocolo SPIKES podem ser úteis na prática clínica dos profissionais da saúde. Nesse sentido, muitos enfermeiros encontram na abordagem padronizada do protocolo SPIKES um guia útil para iniciar essas conversas difíceis (EGGLY et al., 2006).

Por sua vez, é importante a discrição na comunicação ao paciente de sua condição. No que tange a aplicabilidade do protocolo SPIKES, no geral, a sistemática do momento da comunicação pode afetar a singularidade e a necessidade de cada caso. Embora existam dificuldades neste momento, o protocolo pode ser usado como um parâmetro ao momento relacional, conferindo a particularidade dos sinais emitidos por cada paciente (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Ademais, Bonnaud-Antignac et al. (2010) objetivaram avaliar a realização de comunicação de más notícias por estudantes do quinto ano de medicina a pacientes diagnosticados com câncer após a participação de um curso preparatório. A atividade compôs-se de três sessões: grupo de discussão do protocolo SPIKES, filmagem de uma entrevista simulada acerca do assunto e realização do feedback da atividade.

Por fim, Sousa et al. (2017) realizaram uma revisão integrativa da literatura visando avaliar o uso do protocolo SPIKES em oncologia. Eles selecionaram seis artigos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL entre os anos 2005-2015, e verificaram que os efeitos do protocolo SPIKES podem fortalecer os vínculos entre profissionais da saúde e os pacientes, além de garantir a manutenção e a qualidade desta relação.

Os resultados desta revisão indicaram um importante fator limitante para a relação profissional da saúde-paciente: a falta de treinamento oferecido aos profissionais para a comunicação de diagnósticos difíceis, verificados pela dificuldade relatada neste momento por meio de entrevistas realizadas nos estudos analisados.

2.3 Treinamento de habilidades de comunicação

Considerada uma árdua tarefa designada aos profissionais da saúde, a comunicação de más notícias aos pacientes pode ser compreendida como a interação entre o profissional da saúde e o paciente, na qual o referente (conteúdo) da mensagem impacta séria e negativamente na expectativa do desenvolver da vida do paciente, da sua doença e de seus familiares (BUCKMAN, 1992).

Até então, o desenvolvimento acadêmico na área de saúde oferece pouca preparação formal para o desenvolvimento de habilidades de comunicação em saúde. Sem o treino de habilidades de comunicação, os profissionais da saúde experimentam sensações de desconforto e incerteza que aumentam as dificuldades de comunicar as más notícias, e essas sensações podem provocar o afastamento emocional entre os profissionais da saúde e os seus pacientes (FUMIS, 2010).

Esta alienação motivou Farber (2002) a realizar um estudo com residentes de Medicina, que evidenciou apenas 25% dos residentes receberam algum tipo de treinamento sobre como comunicar más notícias aos pacientes durante a formação acadêmica. Ainda segundo o autor deste estudo, se durante a residência médica houvesse o treinamento de habilidades para enfrentar as situações difíceis, os médicos estariam melhores preparados para comunicar más notícias aos seus pacientes.

Destarte, o treinamento efetivo de habilidades verbais e não verbais de comunicação pode evitar barreiras entre a comunicação da equipe de profissionais da saúde com o paciente e seus familiares. De acordo com Muller (2002), a capacidade de comunicar uma notícia de maneira adequada pode influenciar fundamentalmente o modo como o paciente enfrentará a sua doença e sua adesão ao tratamento.

Assim, Eid et al. (2009) realizaram um estudo com uma intervenção padronizada, com foco na preparação formal para o desenvolvimento de habilidades de comunicação do diagnóstico de câncer e obtiveram como resultado, após a intervenção de habilidades de comunicação, a atribuição de características positivas pelos profissionais da saúde em relação a como comunicar um diagnóstico difícil, e que a intervenção foi percebida como importante para a prática clínica dos profissionais da saúde.

Por sua vez, Bonamigo e Destefani (2010) analisaram a técnica de dramatização como uma estratégia de ensino durante a formação acadêmica médica. Os autores encontraram como resultado 15 estudos relacionados ao tema, e evidenciaram a presença de um conjunto de atividades de dramatização, simulações e oficinas, com o objetivo de ser uma estratégia para o ensino de habilidades relacionadas à comunicação de más notícias ao paciente e aos seus familiares, durante a graduação médica.

Portanto, como propõe Lima (2003), os profissionais de saúde envolvidos no processo de comunicar más notícias devem receber treinamento de habilidades de comunicação, com o objetivo de adquirir conhecimentos que facilitem esse processo. Para Pessini (2006), a comunicação do diagnóstico ao paciente e aos seus familiares pode estabelecer benefícios e

possibilitar a participação ativa do paciente e de seus parentes no processo de tomada de decisões em relação aos tratamentos da doença diagnosticada.

Por tudo isso, a comunicação na relação dos profissionais da saúde com os pacientes e seus familiares pode ser considerada como um instrumento básico para a construção de estratégias para o cuidado humanizado. De acordo com Moraes et al. (2009), a utilização de uma linguagem clara e objetiva, com valorização por parte dos profissionais de saúde em ouvir atenciosamente as dúvidas do paciente e seus familiares, realizar o toque e direcionar o olhar para o paciente, além de expressar confiança, podem proporcionar apoio e conforto às pessoas envolvidas no processo da doença diagnosticada e elevar a autoestima do paciente.

Um exemplo, é o estudo desenvolvido por Andrade et al. (2014), no qual abordou a prática clínica de 28 enfermeiros na comunicação de más notícias para pacientes sem possibilidade de cura e seus familiares. Ficou evidente, que os enfermeiros exercem papel essencial na integralidade do cuidado, ao desenvolver táticas que ajudam o paciente a entender sua situação atual e a aderir ao tratamento, gerando um relacionamento interpessoal essencial. Desse modo, os pesquisadores corroboraram a importância da comunicação de notícias difíceis de forma eficaz, como uma tática essencial para respaldar a prática clínica do enfermeiro, direcionada ao paciente sem possibilidades de cura.

Então, os acadêmicos participantes relataram, no geral, melhora em sua habilidade de lidar com a reação dos pacientes e identificar as suas próprias emoções em situações estressantes. Assim, o curso de formação, por meio de aplicação de teoria associada à prática, garantiu confiança nas habilidades de comunicação aos alunos avaliados.

Apesar do importante papel que a comunicação exerce na adesão e no decorrer de um tratamento, o ensino desta habilidade aos profissionais de saúde encontra-se defasado, bem como exposto pelo trabalho de Pereira et al. (2017), em que se revela que quase metade dos seus entrevistados jamais recebeu qualquer orientação sobre o tema.

As habilidades em comunicação podem ser apreendidas, embora seja mais fácil ensinar conhecimento técnico a mudanças de comportamento. Por este motivo, a teoria, treinamento e supervisão da abordagem aos pacientes devem se iniciar aos alunos da graduação e pós-graduação como parte integrante de sua formação (TRAIBER e LAGO, 2012).

Estes achados são reforçados por Mello (2013) que concluiu em sua pesquisa, a necessidade da habilidade em comunicação de más notícias ser uma competência de todos os atores da equipe multiprofissional, uma vez que o acolhimento integral e adequado ao paciente e à família prescinde desta habilidade.

Assim, ressalta-se a importância do treinamento de habilidades de comunicação aos profissionais da saúde, já que constantemente estão envolvidos em situações de transmissão de más notícias, uma vez que, essas mensagens tem o potencial para destruir esperanças e sonhos, além de ser potencial fator de alteração do estilo de vida e do futuro das pessoas diagnosticadas com câncer.

3. Aspectos conceituais

3.1 Modelo Teórico:

Esta pesquisa adotou o processo de comunicação proposto por Berlo (2003), que se baseia nos seguintes elementos do processo comunicacional: a fonte da comunicação, o codificador, a mensagem, o canal, o decodificador e o receptor da comunicação.

Nesse processo, cada componente possui uma função específica. O emissor é responsável por elaborar e codificar a mensagem, que expressa o objetivo por meio de um conjunto de símbolos ou sinais, e transmite a mensagem através do canal mais adequado ao receptor. O receptor tem a função de receber a mensagem que, para ser entendida, deve ser previamente decodificada.

Esses elementos podem ser descritos da seguinte forma:

- A fonte (o emissor) pode ser um indivíduo ou um grupo de indivíduos que possuem uma ideia, um objetivo, ou uma mensagem para transmitir, a qual deseja comunicar;

- O codificador é a forma ou modo que o emissor irá exteriorizar, por meio das habilidades motoras da fonte (mecanismos verbais e não verbais, além dos sistemas musculares do corpo humano);

- A mensagem é a expressão de ideias por meio de um código em um sistema de símbolos;

- O canal é o meio pelo qual a mensagem é conduzida;

- O decodificador é o mecanismo responsável pela decifração da mensagem pelo receptor;

- O receptor é o destinatário final da mensagem, ou seja, o outro indivíduo na extremidade do canal.

O modelo de comunicacional de Berlo (2003) é resumido pelo modelo abaixo:

Fonte: Berlo (2003).

De acordo com este mesmo autor, o objetivo da comunicação deve ser: especificado de modo que não seja logicamente contraditório consigo mesmo; expresso em termos de comportamentos humanos; específico para relacioná-lo com o real comportamento de comunicação, e coerente com os meios pelos quais as pessoas se comunicam.

3.2 Referencial Metodológico:

O protocolo SPIKES (*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*) é formado por seis passos:

- 1) o cuidado com o local onde será transmitido o diagnóstico;
- 2) a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente;
- 3) reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença;
- 4) a apresentação das possibilidades de tratamento;
- 5) o reconhecimento das emoções e os sentimentos que possam aparecer nesse contexto;
- 6) a finalização, que implica na realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente (BAILE et al.,2000).

O manual do INCA (2010) relata a utilização do protocolo SPIKES na capacitação de oncologistas, por meio das oficinas sobre a comunicação em situações difíceis. O protocolo SPIKES foi utilizado nessas oficinas, como um roteiro básico para o treinamento de habilidades de comunicação, por meio da discussão e dramatização, dos casos compartilhados pela equipe de profissionais de saúde, em situações de comunicação de más notícias com pacientes e seus familiares.

Com base nesse protocolo, foram organizadas as primeiras oficinas, com a participação de 90 médicos das diferentes especialidades oncológicas do INCA, em um projeto de parceria com a equipe do Hospital Albert Einstein, na realização das atividades de sensibilização em seu Centro de Simulação Realística (INCA, 2010).

Nessas oficinas, os participantes simularam a realidade da prática clínica na comunicação de notícias difíceis. Após cada simulação, os principais pontos envolvidos na comunicação eram discutidos, e ampliados pela análise das competências da comunicação a partir do protocolo SPIKES (INCA, 2010).

Ainda de acordo com o manual do INCA (2010), a realização dessas oficinas de simulação realística, com o apoio do protocolo SPIKES, gerou grande mobilização e efeitos de forte impacto emocional nos profissionais de saúde, e que estes se consideraram mais confiantes em comunicar uma má notícia após o treinamento dessas habilidades de comunicação.

Nessa perspectiva, de acordo com Ignácio e Faverin (2010), os passos propostos pelo protocolo SPIKES podem proporcionar o fortalecimento dos laços entre os profissionais da saúde e os pacientes, e garantir a manutenção e qualidade desta relação.

Como justificativa, consideramos que os modos de comunicar as más notícias aos pacientes e suas famílias são bastante discutíveis, uma vez que grande parcela dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, aparentemente não apresentam habilidades de comunicação eficientes.

Por tudo isso, é indubitável que a investigação e o ensino de habilidades de comunicação, realizado por meio do protocolo SPIKES é importante para as áreas de estudo da saúde, considerando-se que tais habilidades comunicativas interferem no estabelecimento das interações sociais. Saber sobre tais mecanismos e seus possíveis fatores intervenientes pode contribuir para uma maior compreensão da dinâmica de comunicação de más notícias e dos relacionamentos terapêuticos estabelecidos entre a equipe multiprofissional de saúde e os seus pacientes.

4. Objetivos

4.1 Geral

Capacitar os estudantes e os profissionais da área da saúde para as situações de comunicação de más notícias aos pacientes e seus familiares, favorecendo a assimilação das referências propostas no protocolo SPIKES.

4.2 Específicos

- 1) caracterizar os participantes do curso quanto aos aspectos sociodemográficos.
- 2) identificar quais as modificações desencadeadas nos estudantes e nos profissionais da saúde, por meio do Questionário *Breaking Bad News Symposium*, antes e após a proposta de treinamento de habilidades de comunicação de más notícias.
- 3) verificar quais as modificações desencadeadas nos estudantes e nos profissionais da saúde, através da *Avaliação do curso de Comunicação de más notícias*, após a proposta de treinamento de habilidades de comunicação de más notícias.
- 4) correlacionar a idade dos participantes com as respostas na *Avaliação do curso de Comunicação de más notícias*.

5. Hipótese

5.1

O treinamento de habilidades de comunicação de más notícias melhora o conhecimento e a competência dos profissionais da saúde nas situações de comunicação de más notícias.

6. Materiais e método

6.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo quase experimental, com grupo de intervenção avaliados antes e após o procedimento. De acordo com Polit & Hungler (2004) as pesquisas quase-experimentais envolvem a manipulação de uma variável independente (*intervenção*) sem randomização ou grupo controle.

6.2 Local de coleta de dados

O estudo foi realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

6.3 Aspectos Éticos

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo - CEP/EERP/USP e aprovado em 10 de novembro de 2016, CAAE: 60061716.1.0000.5393 (Anexo I). As informações sobre os procedimentos para a realização da pesquisa foram fornecidas aos participantes no momento do convite para a sua participação. A partir do aceite, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), em duas vias, ficando uma delas com o participante.

6.4 Manejo dos riscos para o participante decorrentes da pesquisa

Durante a realização da pesquisa, o participante pode sentir-se incomodado devido ao tempo necessário para responder as perguntas dos questionários, bem como ter uma percepção de intimidar-se por estar realizando uma atividade em grupo.

No entanto, os pesquisadores responsáveis estiveram à disposição para esclarecer as dúvidas e oferecer apoio. Também foi garantido ao participante negar-se a responder as questões dos questionários ou mesmo de informar que não sabe a resposta.

Ademais, foi garantido ao participante o contato com os pesquisadores responsáveis por telefone e e-mail.

6.5 População e amostra

Para o recrutamento dos participantes foi utilizado um link para as inscrições no site da EERP/USP, com as informações sobre os dias, os horários e o local do treinamento, assim como o contato para o esclarecimento de dúvidas. O critério de inclusão para a participação no estudo foi ser estudante e/ou profissional da saúde, e o critério de exclusão foi não se enquadrar nessa condição.

6.6 Instrumentos para coleta de dados

- 1) Questionário *Breaking Bad News*, com 13 questões objetivas, sobre o protocolo SPIKES disponível no artigo intitulado: “SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with câncer” publicado no periódico *Oncologist* por Baile et al. (2000).

Para a utilização do instrumento foi realizada a tradução/retro tradução do questionário, e solicitado a avaliação de três juízes pelo método de análise de Face/Conteúdo (Apêndice I).

- 2) Questionário sobre a *Avaliação do curso de Comunicação de más notícias*, composto por 43 questões objetivas sobre o conteúdo ministrado durante as atividades do curso, com as opções de resposta, concordo pouco ou concordo plenamente.

Ademais, foi desenvolvido pelo pesquisador responsável um gabarito para cada questão do tópico conteúdo (Apêndice II).

6.7 Tradução e validação aparente e de conteúdo do instrumento Questionário *Breaking Bad News*

O questionário *Braking Bad News* sobre o protocolo SPIKES foi traduzido e retro traduzido do idioma inglês para o idioma português, por um profissional fluente e certificado com proficiência na língua inglesa, sendo após essa etapa, submetido à validação de aparência e conteúdo, por meio da avaliação de pertinência de cada questão e pela clareza dos itens que compõem o instrumento, por três juízes com titulação de Doutorado e ampla experiência na área da Enfermagem.

Cada juiz considerou a pertinência e a clareza de cada uma das trezes questões e, fizeram suas sugestões. Os quadros 1, 2 e 3 descrevem a apreciação de cada um deles.

Quadro 1- Apreciação do primeiro juiz

<p>Questão 1: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões:</p> <p>Alternativa b) 5 a 10 vezes; Alternativa d) Mais de 20 vezes.</p>
<p>Questão 2: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões:</p> <p>Alternativa a) Discutir o diagnóstico;</p> <p>Alternativa b) Informar ao paciente a recorrência da doença;</p> <p>Alternativa c) Falar sobre o fim do tratamento ativo e início do tratamento paliativo.</p>
<p>Questão 3: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: A pergunta como está formulada suscita a resposta <u>SIM</u> ou <u>NÃO</u>;</p> <p>Alternativa b)... médico ou outro profissional de saúde... (por considerar que outro profissional como psicólogo ou a equipe, possa desempenhar esta tarefa).</p>
<p>Questão 4: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.</p>
<p>Questão 5: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões:</p> <p>Alternativa c) Decidir o tempo de permanência com o paciente, conforme a necessidade dele;</p> <p>Alternativa d) Conversar/envolver familiares e amigos do paciente;</p> <p>Alternativa e) Envolver o paciente e/ou a família na tomada de decisões.</p>
<p>Questão 6: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: A pergunta como está formulada suscita a resposta <u>SIM</u> ou <u>NÃO</u>. Sugestão: Que tipo de treinamento técnico você recebeu para responder às emoções do paciente?</p> <p>Alternativa b)... médico ou outro profissional de saúde... (por considerar que outro profissional como psicólogo ou a equipe, possa também desempenhar esta tarefa).</p>
<p>Questão 7: pertinente e apresentou clareza. Sugestões: acrescentar a alternativa <i>confortável</i>, entre as opções de resposta.</p>
<p>Questão 8: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.</p>
<p>Questão 9: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.</p>
<p>Questão 10: pertinente e apresentou clareza. Sugestões: substituir por: “Você sente” por “Você acredita”.</p>
<p>Questão 11: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: A pergunta suscita resposta SIM OU NÃO. Ao comunicar má notícia ao paciente, que plano ou estratégia você utiliza?</p> <p>Alternativa a) Um plano ou estratégia consistente.</p>
<p>Questão 12: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.</p>
<p>Questão 13: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.</p>

Quadro 2- Apreciação do segundo juiz

Questão 1: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 2: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 3: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: Alternativa a) esclarecer “formação formal”: treinamento, curso, congresso, especialização...? Alternativa b) porque só médicos? Poderia ter acompanhado psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc. Seria interessante ter mais opções, ou simplesmente colocar “outro profissional”.
Questão 4: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 5: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 6: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: Seria interessante ter mais opções, ou simplesmente colocar “outro profissional”.
Questão 7: pertinente e apresentou clareza. Sugestões: os termos “desconfortável” e “inconfortável” apresentam uma diferença muito tênue, sendo possível serem confundidos ou entendidos como sinônimos pelos respondentes, pois inconfortável não é muito usado. Substituir por: “absolutamente desconfortável”, ou “absolutamente sem conforto”.
Questão 8: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 9: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 10: pertinente e apresentou clareza. Sugestões: acrescentar a opção parcialmente.
Questão 11: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 12: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 13: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.

Quadro 3- Apreciação do terceiro juiz

Questão 1: pertinente e apresentou clareza parcial. Sugestões: Alternativa c) 11 a 20 vezes, pois 10 está incluído na alternativa b).
Questão 2: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 3: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 4: parcialmente pertinente e apresentou clareza. Sugestões: No instrumento original há 5 itens de respostas. Na versão apresentada não foi incluído o último “muito ruim ou péssimo”
Questão 5: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 6: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 7: pertinente e não apresentou clareza. Sugestões: a tradução correta nas alternativas são: Alternativa a) bastante confortável; Alternativa b) não muito confortável; Alternativa c) desconfortável
Questão 8: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 9: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 10: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 11: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 12: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.
Questão 13: pertinente e apresentou clareza. Sem sugestões.

Diante das considerações dos juízes o instrumento ficou constituído de 13 questões, sendo acatadas todas as sugestões propostas.

6.8 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo - CEP/EERP/USP.

Inicialmente, foi realizada a entrega do material aos participantes: o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário *Breaking Bad News*. Em seguida, os sujeitos foram convidados a respondê-lo. Esse processo ocorreu em, aproximadamente, 30 minutos, e foi feito no início e no final do curso, em um ambiente em grupo. Ao final do curso, os participantes foram convidados a responder o questionário sobre a *Avaliação do curso de Comunicação de más notícias*.

A participação foi completamente voluntária e as eventuais despesas com transporte, alimentação e outros durante o período de realização do curso foram de responsabilidade do participante, e não houve ressarcimento dos mesmos. Tanto a identidade quanto a instituição onde as informações foram coletadas foram preservadas.

6.9 Intervenção

Foram realizadas três edições do curso de difusão de *Comunicação de más notícias*, gratuitas, sendo duas no mês de novembro de 2016 e uma no mês de abril de 2017, com duração de cinco horas cada, nos quais os participantes foram avaliados antes e após o período de treinamento pelo pesquisador responsável.

O conteúdo do curso foi: a apresentação dos conceitos, dos canais e dos modelos possíveis de comunicação, e a sua importância nas relações interpessoais na área da saúde. Além disto, abordamos a Comunicação verbal, com seus conceitos e estratégias, e a Comunicação não verbal, com seus tipos de sinais não verbais e a linguagem das emoções, assim como as barreiras no processo de comunicação, e a importância da percepção e do feedback no processo comunicacional.

Ademais, foram exibidos os conceitos de más notícias, bem como a sua presença na prática clínica com pacientes adultos e infantis, associado à metodologia do protocolo SPIKES.

As estratégias utilizadas para o desenvolvimento do curso em cada grupo foram:

1. Roda de apresentação pessoal do pesquisador, dos estudantes e dos profissionais da saúde;
2. Entrega do material aos participantes: o questionário *Breaking Bad News* e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
3. Apresentação das habilidades de comunicação, divididas em etapas, com abordagem em temas da comunicação verbal e não verbal.
4. Cenário de simulação, no qual os participantes assistiram a vídeos disponíveis na internet, em que os profissionais da saúde contracenam com atores (pacientes simulados) em situações previamente construídas, retiradas da realidade cotidiana da comunicação de más notícias. Após cada vídeo, foi desenvolvida uma discussão, com base nas competências apresentadas, ampliadas a partir do protocolo SPIKES.
5. Discussão em grupo com o objetivo da aplicabilidade do protocolo SPIKES nas situações trazidas pelos participantes.

6. Reaplicação do questionário *Breaking Bad News* e a aplicação do questionário sobre *Avaliação do curso de Comunicação de más notícias*.

**As informações contidas no conteúdo do curso não interferem no Ato Médico.*

6.10 Análise dos dados

Cada questionário baseado no protocolo SPIKES foi analisado pela distribuição da percentagem de respostas para cada questão. Para a análise das variáveis quantitativas foram utilizadas as médias e as medianas para resumir as informações, e os desvios-padrão, mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados, além da percentagem.

Foi utilizado o software SPSS versão 22.0 para análise estatística. Utilizou-se o teste Mann-Withney para avaliação das variáveis quantitativas, justificado pela distribuição não paramétrica dos dados. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a associação entre as idades dos participantes e a pontuação total de conhecimento sobre o protocolo. A significância estatística foi considerada assumindo-se o nível de 5%.

Tratando-se de uma análise aos pares, em que as respostas obtidas de cada entrevistado foram comparadas de acordo com a mudança de percepção após o curso, o procedimento estatístico de escolha foi o teste de McNemar, visto que analisa a discrepância entre os momentos. Frente ao que se propõem, o teste estatístico de McNemar utiliza “*Missing*” para indicar a codificação dos valores perdidos, ou seja, aqueles que não serão considerados para efeito de cálculo estatístico, não comportado na tabela 2X2.

7. Resultados

Durante as três edições do curso de comunicação de más notícias totalizou-se, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, uma amostra de 79 participantes, que aceitou o convite para a participação desta pesquisa, após receber as informações sobre os objetivos e os procedimentos para a sua realização.

Os resultados nas Tabelas 1 e 2 descrevem a caracterização demográfica e social dos participantes.

Tabela 1: Caracterização das idades dos participantes do curso de comunicação de más notícias

Variável	Mínima	Máxima	Frequência=78
			Média (Desvio Padrão)
Idade (em anos)	18	55	28,46 (8,02)

Em relação às características sociais e demográficas, dos 79 participantes do curso, apenas um não respondeu ao quesito faixa etária, que esteve entre 18 anos (idade mínima) e 55 anos (idade máxima), sendo a média 28,6.

Tabela 2: Frequência e porcentagem das características sociais e demográficas dos participantes do curso de comunicação de más notícias

Variável	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	66	83,50 %
Masculino	13	16,50 %
Profissão		
Biólogo	2	2,50 %
Enfermeiro	42	53,20 %
Estudante de Enfermagem	19	24,10 %
Farmacêutico	2	2,50 %
Estudante de Medicina	1	1,30 %
Psicólogo	9	11,40 %
Serviço social	3	3,80 %
Terapeuta Ocupacional	1	1,30 %

Dentre os participantes, 66 foram mulheres (83,5%) e 13 homens (16,5%). Houve uma maior prevalência da profissão Enfermagem, com 42 participantes (53,2%), seguido dos 19 estudantes de graduação em Enfermagem (24,1%). As outras carreiras apresentaram frequências menores de indivíduos, sendo nove de Psicologia (11,4%), três de Serviço Social (3,8%), dois de Farmácia (2,5%), dois de Biologia (2,5%), um de Terapia Ocupacional 1(1,3%) e um estudante de Medicina (1,3%).

Em seguida, nas tabelas 3 a 15 são apresentadas a frequência e a porcentagem das respostas dos participantes na 1ª e na 2ª avaliação, com ênfase na significância de mudanças antes e depois da realização do curso, pelo Teste estatístico não-paramétrico de McNemar.

Tabela 3: Frequência e porcentagem das respostas da questão um na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB1.2							
QBB1.1	A	b	c	D	Total	Porcentagem	Estatística p-valor
A	57	1	0	0	58	76,3 %	1,3333 0,5134
B	2	7	0	0	9	11,8 %	
c	1	0	6	0	7	9,20 %	
D	0	0	0	2	2	2,60 %	
Total	60	8	6	2	76		
Porcentagem	78,94 %	10,52 %	7,89 %	2,63 %			

Teste de McNemar; QBB1: pré-teste; QBB1.2: pós-teste; a,b,c,d: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 1 (*Em um mês, quantas vezes você comunica más notícias a um paciente?*), não apresentou variação significativa ($p=0,5134$). Nos 58 questionários aplicados no pré-teste, 57 participantes assinalaram que comunicam más notícias menos de cinco vezes por mês (76,3%) (*alternativa a*), sete partícipes marcaram cinco a 10 vezes (11,8%) (*alternativa b*), seis indivíduos optaram por 11 a 20 vezes (9,20%) (*alternativa c*) e dois participantes, por mais de 20 vezes (2,60%) (*alternativa d*).

No pós-teste, 60 participantes (78,94 %) afirmaram a alternativa (*a*) (comunicam más notícias menos de cinco vezes por mês), oito pessoas (10,52 %) referiram a alternativa (*b*) e seis indivíduos (7,89 %) mencionaram a alternativa (*c*). Na sequência do segundo teste, dois participantes (2,63 %) citaram a alternativa (*d*).

Nesta questão, três questionários não foram considerados no pré-teste, uma vez que o teste estatístico de McNemar considera apenas as opções de cada questão, e exclui de seus resultados as modificações entre as avaliações daqueles que não comunicam más notícias a seus pacientes e, portanto, ignora a mudança destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Tabela 4: Frequência e porcentagem das respostas da questão dois na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB2.2									
QBB2.1	a	b	c	d	e	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
A	2	2	0	0	1	5	6,40 %	2,0759	0,7218
B	2	2	1	1	1	7	9,00 %		
C	0	1	18	1	0	20	25,6 %		
D	0	1	4	33	2	40	51,3 %		
E	0	0	0	2	4	6	7,70 %		
Total	4	6	23	37	8	78			
Porcentagem	5,10 %	7,70 %	29,5 %	47,4 %	10,2 %				

Teste de McNemar; QBB2: pré-teste; QBB2.2: pós-teste; a,b,c,d,e: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 2 (*Qual tarefa você considera mais difícil?*) não apresentou variação significativa ($p=0,7218$). No pré-teste, cinco participantes optaram pela alternativa (a) (discutir o diagnóstico), sete sujeitos consideraram a alternativa (b) (informar ao paciente a recorrência da doença) e 20 pessoas assinalaram a alternativa (c) (falar sobre o fim do tratamento ativo e início do tratamento paliativo).

Na sequência do pré teste, 40 participantes marcaram a alternativa (d) (discutir questões de fim da vida) e seis indivíduos elegeram a alternativa (e) (envolver a família / amigos do paciente). A resposta mais prevalente foi discutir questões de fim da vida (*alternativa d*), referida por 37 participantes (47,4%), sendo que desses, 33 pessoas (89,18%) mantiveram a mesma resposta no pré-teste e no pós-teste.

A segunda ação mais difícil foi a abordagem falar sobre fim do tratamento ativo e início do tratamento paliativo (*alternativa c*), referida e mantida por 18 indivíduos (23,64%) nos questionários aplicados e ocorreu perda de um questionário no pré-teste, frente a exigência do teste estatístico de McNemar que analisa apenas as alternativas de cada questão, excluindo dos seus resultados as alterações entre os testes daqueles que não consideraram tarefas difíceis e assim, ignora a modificação destes participantes (aqueles que não abalizaram alguma alternativa).

Tabela 5: Frequência e porcentagem das respostas da questão três na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB3.2								
QBB3.1	A	B	c	D	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
A	8	0	0	0	8	10,1 %	42,8465	0,0000*
B	3	6	5	0	14	17,7 %		
C	2	1	9	0	12	15,2 %		
D	35	1	1	8	45	57,0 %		
Total	48	8	15	8	79			
Porcentagem	60,8 %	10,1 %	19,0 %	10,1 %				

Teste de McNemar; QBB3: pré-teste; QBB3.2: pós-teste; a,b,c,d: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 3 (*Que tipo de formação ou treinamento você recebeu para transmitir más notícias?*) apresentou significância relevante ($p=0,0000$). No pré-teste, foi observado que 45 participantes (57%) nunca tiveram qualquer contato prático ou formal com a técnica de comunicação de más notícias. Dentre eles, 35 pessoas assinalaram no pré-teste que não tiveram nenhum tipo de treinamento de comunicação de más notícias (*alternativa d*) e no pós-teste apontaram que receberam formação formal: treinamento, curso, congresso ou especialização (*alternativa a*).

Na continuação do pré-teste, 12 participantes (15,2%) já haviam recebido formação formal e acompanhado algum profissional da saúde durante a comunicação (*alternativa c*), 14 indivíduos (17,7%) só haviam se aproximado da técnica de comunicação de más notícias observando outro profissional (*alternativa b*) e oito partícipes nunca foram preparados (10,1%) (*alternativa a*).

Enquanto que no pós-teste, 48 participantes (60,8%) relataram a formação formal (*alternativa a*) e oito pessoas (10,1%) mantiveram-se afirmando que não tiveram qualquer tipo de treinamento para a transmissão de más notícias (*alternativa d*).

Neste sentido, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (a) (*Formação formal: treinamento, curso, congresso ou especialização*) apresentou frequências de 10,1 % no pré-teste e 60,8 % no pós-teste, demonstrando que possa ter existido a mudança de competência em 50,7% dos indivíduos deste grupo.

Tabela 6: Frequência e porcentagem das respostas da questão quatro na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB4.2									
QBB4.1	a	b	c	d	e	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
a	0	1	0	0	0	1	1,30 %	18,0229	0,0012*
b	0	12	2	0	0	14	18,2 %		
c	0	15	22	3	1	41	53,2 %		
d	1	4	6	5	0	16	20,8 %		
e	0	1	2	1	1	5	6,5 %		
Total	1	33	32	9	2	77			
Porcentagem	1,30 %	42,8 %	41,5 %	11,7 %	2,60 %				

Teste de McNemar; QBB4: pré-teste; QBB4.2: pós-teste; a,b,c,d,e: alternativas da questão;*valor $p < 0,05$.

Na questão 4 (*Como você avalia a sua própria capacidade de dar más notícias?*), a autoavaliação da capacidade de comunicar más notícias, revelou que, no pré-teste, uma pessoa avaliou-se como sendo muito boa, 14 participantes consideram-se bons, 41 indivíduos avaliaram-se como razoáveis, 16 partícipes aferiram-se como ruins e cinco participantes estimaram-se como péssimos.

No pós-teste, uma pessoa considerou-se muito boa, 33 indivíduos passaram a se considerar bons, 32 participantes avaliaram-se como razoáveis, nove participantes aferiram-se como ruins e dois partícipes consideraram-se péssimos ($p=0,0012$).

A maior variação de respostas ocorreu com 15 pessoas que no pré-teste julgaram-se como razoáveis na capacidade de comunicar más notícias (*alternativa c*) e avaliaram-se, no pós-teste, como bons (*alternativa b*).

Nesta perspectiva, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (b) (*Boa*) apresentou frequências de 18,2 % no pré-teste e 42,8 % no pós-teste, demonstrando que neste grupo possa ter havido a mudança de aptidão em 24,6 % pessoas.

Ademais, esta questão apresentou perda de dois questionários no pré-teste, pois o teste estatístico de McNemar pondera apenas as opções de cada questão, e afasta dos seus resultados as mudanças entre as avaliações daqueles que não avaliaram a sua própria capacidade de dar más notícias e, portanto, ignora a mudança destes compartimentos (aqueles que não apontaram alguma alternativa).

Tabela 7: Frequência e porcentagem das respostas da questão cinco na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB5.2									
QBB5.1	A	b	c	d	e	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
a	16	4	0	1	4	25	31,6 %	0,9132	0,9227
b	5	19	1	1	2	28	35,4 %		
c	2	0	2	0	1	5	6,30 %		
d	1	3	0	4	0	8	10,1 %		
e	4	0	1	1	7	13	16,5 %		
Total	28	26	4	7	14	79			
Porcentagem	35,4 %	32,9 %	5,10 %	8,90 %	17,7 %				

Teste de McNemar; QBB5: pré-teste; QBB5.2: pós-teste; a,b,c,d,e: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 5 (*Para você o que é mais difícil ao discutir a má notícia?*), 25 participantes, na primeira avaliação, afirmaram que, dentre as opções consideradas pelo questionário, é mais difícil ser honesto sem tirar a esperança (*alternativa a*) e 28 pessoas assinalaram lidar com as emoções do paciente (*alternativa b*). Essas afirmações foram reafirmadas no pré-teste e no pós-teste, dezesseis e dezenove vezes, respectivamente e não houve variação significativa.

Na continuação do pré-teste, as dificuldades observadas foram: decidir o tempo de permanência com o paciente conforme sua necessidade (*alternativa c*), atribuída por cinco participantes; conversar/envolver familiares e amigos do paciente (*alternativa d*), considerada por oito pessoas; envolver o paciente e/ou a família na tomada de decisões (*alternativa e*) aferida por 13 indivíduos.

Já no pós-teste, os participantes assinalaram como dificuldades: ser honesto sem tirar a esperança (*alternativa a*), relatada por 28 participantes; lidar com as emoções do paciente (*alternativa b*), apontada por 26 pessoas; decidir o tempo de permanência com o paciente conforme sua necessidade (*alternativa c*), marcada por quatro indivíduos; conversar/envolver familiares e amigos do paciente (*alternativa d*), atribuída por sete participantes e envolver o paciente e/ou a família na tomada de decisões (*alternativa e*) relatada por 14 participantes.

Tabela 8: Frequência e porcentagem das respostas da questão seis na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB6.2								
QBB6.1	A	B	c	D	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
A	12	0	0	0	12	15,2 %	45,1737	0,0000*
B	4	4	4	0	12	15,2 %		
C	1	0	10	0	11	13,9 %		
D	34	0	3	7	44	55,7 %		
Total	51	4	17	7	79			
Porcentagem	64,6 %	5,10 %	21,5 %	8,90 %				

Teste de McNemar; QBB6: pré-teste; QBB6.2: pós-teste; a,b,c,d: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 6 (*Que tipo de treinamento técnico você recebeu para responder às emoções do paciente?*) apresentou variância significativa ($p=0,0000$), sendo que 44 participantes (55,7%) responderam no primeiro teste que não possuíam nenhum treinamento formal (*alternativa d*) para essa situação.

Na sequência do pré-teste, 12 pessoas afirmaram possuir um tipo de formação formal, como por exemplo, treinamento, curso, congresso ou especialização (*alternativa a*). Outros 12 partícipes assinalaram que apreenderam essa técnica quando acompanharam um médico ou outro profissional da saúde durante transmissão de notícias ruins (*alternativa b*).

Ainda na primeira avaliação, 11 indivíduos marcaram possuir tanto uma formação formal, quanto acompanharam médico ou outro profissional da saúde (*alternativa c*).

No pós-teste, 51 participantes afirmaram que receberam o treinamento (*alternativa a*), sendo que destes, 34 pessoas haviam referido no pré-teste que não haviam recebido treinamento anterior. Na sequência do segundo teste, sete participantes mantiveram a alternativa que nunca receberam qualquer formação (*alternativa d*) e quatro indivíduos mantiveram a opção de que acompanharam um médico ou outro profissional da saúde durante transmissão de notícias ruins (*alternativa b*).

Nesta perspectiva, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (a) (*Formação formal: treinamento, curso, congresso ou especialização*) apresentou frequências de 15,2 % no pré-teste e 64,6 % no pós-teste, demonstrando que possa ter ocorrido a mudança de competência em 49,4 % dos participantes.

Tabela 9: Frequência e porcentagem das respostas da questão sete na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB7.2							
QBB7.1	A	b	c	D	Total	Porcentagem	Estatística p-valor
a	1	2	0	0	3	3,80 %	12,7667 0,0052*
b	3	41	2	7	53	67,9 %	
c	0	13	4	0	17	21,8 %	
d	0	1	0	4	5	6,40 %	
Total	4	57	6	11	78		
Porcentagem	5,10 %	73,1 %	7,70 %	14,1 %			

Teste de McNemar; QBB7: pré-teste; QBB7.2: pós-teste; a,b,c,d: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 7 (*Como você classificaria o seu próprio conforto em lidar com as emoções do paciente, por exemplo, choro, raiva, negação?*) apresentou variância significativa ($p=0,0052$). 53 participantes (67,9%) julgaram-se, no pré-teste, como não muito confortáveis (*alternativa b*).

Na continuação do pré-teste, três indivíduos asseguraram sentir-se bastante confortáveis (*alternativa a*), 17 participantes sentiram-se absolutamente desconfortáveis (*alternativa c*) e cinco pessoas classificaram-se como confortáveis (*alternativa d*).

No pós-teste, 41 participantes mantiveram-se como “não muito confortável” (*alternativa b*), 13 pessoas optaram de “absolutamente desconfortável” (*alternativa c*) por “não muito confortável” (*alternativa b*), sete indivíduos modificaram de “não muito confortável” (*alternativa b*) para “confortável” (*alternativa d*) e três participantes alteraram de “não muito confortável” para “bastante confortável” (*alternativa a*).

Neste aspecto, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (c) (*absolutamente desconfortável*) apresentou frequências de 21,8 % no pré-teste e 7,70% no pós-teste, sugerindo que possa ter existido a mudança de aptidão em 14,1 % dos partícipes, mesmo tendo havido a perda de um questionário no pré-teste, pelo fato do teste estatístico de McNemar acarear apenas as alternativas de cada questão e abandonar dos seus resultados as transformações entre os testes daqueles que não classificaram o seu próprio conforto em lidar com as emoções do paciente e assim, desconhece a mudança destes partícipes (aqueles que não distinguiram alguma alternativa).

Tabela 10: Frequência e porcentagem das respostas da questão oito na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB8.2			
QBB8.1	a	Total	Porcentagem
a	39	39	67,2 %
b	19	19	32,8 %
Total	58	58	
Porcentagem	100 %		

Teste de McNemar; QBB8: pré-teste; QBB8.2: pós-teste; a,b: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 8 (*O protocolo SPIKES fez sentido para você?*), havia duas opções de resposta: sim (*alternativa a*) e não (*alternativa b*). Entretanto, na primeira avaliação, 21 participantes deixaram de respondê-la. O teste estatístico de McNemar, por confrontar apenas as alternativas de cada questão, exclui de seus resultados as mudanças entre os testes daqueles que desconheciam o protocolo e assim, ignora a mudança desses participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Na sequência do pré-teste, dentre os que conheciam o protocolo, 39 pessoas confiavam no instrumento (*alternativa a*) e 19 indivíduos apontaram não fazer sentido (*alternativa b*). Já no pós-teste, os 58 participantes considerados compreenderam o sentido do protocolo (*alternativa a*).

Neste sentido, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (a) (*sim*) apresentou frequências de 67,2 % no pré-teste e 100 % no pós-teste, sugerindo que possa ter existido a mudança de competência em 32,8 % das pessoas.

Tabela 11: Frequência e porcentagem das respostas da questão nove na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB9.2			
QBB9.1	a	Total	Porcentagem
a	67	67	100 %
Total	67	67	
Porcentagem	100 %		

Teste de McNemar; QBB9: pré-teste; QBB9.2: pós-teste; a,b: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 9 (Uma estratégia ou abordagem para comunicar más notícias pode ser útil para você em sua prática?), dos 67 participantes que responderam a questão, todos eles assinalaram que sim (*alternativa a*) (100%), tanto no pré-teste quanto no pós-teste.

Nesta questão, 12 questionários não foram computados no pré-teste, porque o teste estatístico de McNemar analisa apenas as alternativas de cada questão, e exclui de seus

resultados as alterações entre as avaliações daqueles que não utilizam uma estratégia ou abordagem para comunicar más notícias e, portanto, ignora a mudança destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Tabela 12: Frequência e porcentagem das respostas da questão dez na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB10.2							
QBB10.1	a	b	c	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
a	33	0	1	34	65,4 %	12,3636	0,0021*
b	5	0	0	5	9,60 %		
c	10	0	3	13	25,0 %		
Total	48	0	4	52			
Porcentagem	92,3 %	0	7,7 %				

Teste de McNemar; QBB10: pré-teste; QBB10.2: pós-teste; a,b,c: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

A questão 10 (*Você acredita que o Protocolo SPIKES é prático e pode ser usado em sua prática clínica?*) necessitou de prévio conhecimento do instrumento pelos participantes. Assim, apenas foram considerados 52 questionários no pré-teste, apresentando significância relevante ($p=0,0021$). Destes, 33 participantes, no pré-teste e no pós-teste, assinalaram que o protocolo auxiliaria na prática clínica (*alternativa a*).

Na série do pré-teste, 10 participantes que inicialmente acreditavam parcialmente (*alternativa c*), e cinco, que não acreditavam (*alternativa b*), passaram a acreditar na utilidade do instrumento em sua prática clínica (*alternativa a*) no pós-teste. Um participante que, na primeira avaliação, afirmou a praticidade e utilidade do protocolo (*alternativa a*), após o curso, optou por acreditar parcialmente na sua funcionalidade (*alternativa c*).

Neste cenário, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (a) (*sim*) apresentou frequências de 65,4 % no pré-teste e 92,3 % no pós-teste, demonstrando que possa ter havido a mudança de capacidade em 26,9 % dos sujeitos deste grupo.

Ademais, nesta questão houve perda de 27 questionários, os quais não foram considerados no pré-teste, uma vez que o teste estatístico de McNemar considera apenas as opções de cada questão, e exclui de seus resultados as modificações entre as avaliações daqueles que acreditam que o protocolo SPIKES é prático e pode ser usado em sua prática clínica e, portanto, ignora a mudança destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Tabela 13: Frequência e porcentagem das respostas da questão onze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB11.2							
QBB11.1	A	b	c	Total	Porcentagem	Estatística	p-valor
a	10	4	0	14	21,9 %	16,3478	0,0003*
b	15	17	2	34	53,1 %		
c	8	6	2	16	25,0 %		
Total	33	27	4	64			
Porcentagem	51,56 %	42,18 %	6,25 %				

Teste de McNemar; QBB11: pré-teste; QBB11.2: pós-teste; a,b,c: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 11 (*Ao comunicar má notícia ao paciente, que plano ou estratégia você utiliza?*), dos 64 questionários considerados, apenas 10 participantes optaram, em ambas as avaliações, pela alternativa (a) (um plano ou estratégia consistente). Outras quatro pessoas que disseram inicialmente ter uma estratégia consistente (*alternativa a*), após o curso, reavaliaram a sua resposta e assinalaram utilizar várias técnicas, mas sem nenhum plano global (*alternativa b*).

Na sequência, seis participantes assinalaram no pré-teste não utilizar técnica alguma (*alternativa c*) e após o teste, marcaram que utilizam várias técnicas, porém sem plano global (*alternativa b*). Ainda no pré-teste, oito indivíduos que não utilizavam nenhuma abordagem consistente à tarefa (*alternativa c*), posteriormente elegeram a opção continha um plano consistente (*alternativa a*), tendo resultado significativo ($p=0003$).

Neste panorama, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (a) (Um plano ou estratégia consistente) apresentou frequências de 21,9 % no pré-teste e 51,56 % no pós-teste, demonstrando que possa ter existido a mudança de aptidão em 29,66 % dos participantes deste grupo.

Ademais, nesta questão houve perda de 15 questionários no pré-teste, pois o teste estatístico de McNemar analisa somente as opções de cada questão, e exclui de seus resultados as modificações entre as avaliações daqueles que quando comunicam más notícias a seus pacientes não utilizam um plano ou estratégia e, portanto, desconhece a modificação destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Tabela 14: Frequência e porcentagem das respostas da questão doze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB12.2									
QBB12.1	a	B	c	d	e	f	Total	Porcentagem	Estatística p-valor
a	11	2	2	0	0	0	15	30,6 %	11,1098 0,0492*
b	3	1	1	1	1	0	7	14,3 %	
c	1	0	1	0	0	0	2	4,10 %	
d	2	1	0	3	0	2	8	16,3 %	
e	1	0	0	2	0	0	3	6,10 %	
f	8	0	0	0	2	4	14	28,6 %	
Total	26	4	4	6	3	6	49		
Porcentagem	53,06 %	8,16 %	8,16 %	12,24 %	6,12 %	12,24 %			

Teste de McNemar; QBB12: pré-teste; QBB12.2: pós-teste; a,b,c,d,e,f: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 12 (*Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais fácil?*), houve variância significativa ($p=0,0492$). No pré-teste, 15 participantes (30,6%) consideraram o local onde será transmitido o diagnóstico (*alternativa a*), sete sujeitos (14,3%) julgaram a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente (*alternativa b*), duas pessoas assinalaram reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença (*alternativa c*) como sendo tarefas fáceis.

No prolongamento do pré-teste, foram consideradas como afazeres simples: oito indivíduos marcaram a apresentação das possibilidades de tratamento (*alternativa d*), três participantes apontaram o reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto (*alternativa e*) e 14 participantes abalizaram a realização de uma síntese de tudo o que foi dito e a verificação da compreensão por parte do paciente (*alternativa f*).

No pós-teste, 26 participantes (53,06 %) consideram a escolha do local como o item mais fácil do protocolo (*alternativa a*). Enquanto que a alternativa (*f*) (realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente) foi assinalada seis vezes na segunda avaliação.

Neste aspecto, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes, a alternativa (*a*) (*O local onde será transmitido o diagnóstico*) apresentou frequências de 30,6 % no pré-teste e 53,06 % no pós-teste. A alternativa (*f*) (realização de uma síntese de tudo o que foi dito e a verificação da compreensão por parte do paciente) exibiu frequências de 28,6% na primeira avaliação e 12,24% na segunda avaliação. Estes dados sugerem que possa ter existido a mudança de aptidão em 22,46% dos participantes em relação à alternativa (*a*) e em 16,36 % dos sujeitos na alternativa (*f*), mesmo tendo ocorrido a perda de 30 questionários no pré-teste.

Nesta questão, 30 questionários não foram considerados no pré-teste, já que o teste estatístico de McNemar considera apenas as alternativas de cada questão, e exclui de seus resultados as mudanças entre as avaliações daqueles que não conheciam o protocolo SPIKES e, portanto, ignora a mudança destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Tabela 15: Frequência e porcentagem das respostas da questão treze na 1ª e na 2ª aplicação do questionário *Breaking Bad News*

QBB13.2									
QBB13.1	a	B	c	d	e	F	Total	Porcentagem	Estatística p-valor
a	0	0	1	0	2	1	4	8,2 %	5,3521 0,3744
b	0	2	1	0	2	2	7	14,3 %	
c	0	1	4	2	3	2	12	24,5 %	
d	0	0	0	3	1	1	5	10,2 %	
e	0	2	1	1	4	2	10	20,4 %	
f	0	2	2	0	1	6	11	22,4 %	
Total	0	7	9	6	13	14	49		
Porcentagem	0	14,28 %	18,36 %	12,24 %	26,53 %	28,57 %			

Teste de McNemar; QBB13: pré-teste; QBB13.2: pós-teste; a,b,c,d,e,f: alternativas da questão; *valor $p < 0,05$.

Na questão 13 (*Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais difícil?*), não ocorreu variância significativa ($p=0,3744$). Na primeira avaliação, 4 participantes (8,2%) julgaram o local onde será transmitido o diagnóstico (*alternativa a*), sete sujeitos (14,3%) responderam a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente (*alternativa b*), 12 indivíduos (24,5%) abalizaram reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença (*alternativa c*) como sendo afazeres difíceis.

Ademais, na prorrogação do pré-teste, foram consideradas como tarefas complexas: cinco pessoas (10,2%) marcaram a apresentação das possibilidades de tratamento (*alternativa d*), dez compartes (20,4 %) apontaram o reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto (*alternativa e*) e 11 participantes (22,4%) assinalaram a realização de uma síntese de tudo o que foi dito e a verificação da compreensão por parte do paciente (*alternativa f*).

Deste modo, as alternativas sobre o “reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença” (*alternativa c*) e a “realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente” (*alternativa f*) foram as mais selecionadas no primeiro teste, com 12 e 11 marcações respectivamente.

Enquanto que, no segundo teste, foram apontados por 13 pessoas (26,53%) como o elemento mais difícil a alternativa (e) (O reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto) e por 14 participantes a alternativa (f) (realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente).

Nesta questão, 30 questionários não foram considerados no pré-teste, uma vez que o teste estatístico de McNemar avalia apenas as opções de cada questão e exclui de seus resultados as alterações entre as avaliações daqueles que desconheciam o protocolo SPIKES e, portanto, ignora a mudança destes participantes (aqueles que não marcaram alguma alternativa).

Em seguida, nas tabelas 16 a 18 são apresentadas a frequência, a porcentagem das respostas corretas dos participantes e a comparação entre a média das idades dos indivíduos e as respostas da avaliação do curso de comunicação de más notícias, com ênfase na significância de mudanças após a realização do curso, por meio do Teste estatístico não-paramétrico de McNemar. Na tabela 19 é apresentada a Correlação de Sperman na comparação entre a média das idades dos sujeitos e pontuação total do conteúdo.

Tabela 16: Frequência das respostas na avaliação do curso de comunicação de más notícias

	Concordo pouco	Concordo plenamente	Não responderam
Questão	Frequência(%)	Frequência(%)	Frequência(%)
1.1	0	100	0
1.2	0	100	0
1.3	0	100	0
2.1	2,5	97,5	0
2.2	1,3	97,5	1,3
2.3	7,6	91,1	1,3
2.4	7,6	92,4	0
2.5	21,5	77,2	1,3
3.1	1,3	97,5	1,3
3.2	13,9	84,8	1,3
3.3	1,3	97,5	1,3
4.1	17,7	81,0	1,3
4.2	10,1	88,6	1,3
4.3	2,5	97,5	0
4.4	63,3	36,7	0
4.5	3,8	94,9	1,3
4.6	27,8	72,2	0
5.1	7,6	92,4	0
5.2	6,3	93,7	0
5.3	5,1	94,9	0
5.4	0	100	0
5.5	1,3	98,7	0

No questionário de avaliação do curso de comunicação de más notícias, aplicada ao final da atividade, 100% dos participantes concordaram plenamente com os itens 1.1, 1.2 e 1.3 relacionados ao conhecimento do conteúdo, organização e clareza dos facilitadores. Nas questões 2.1 e 2.2, 97,5% dos sujeitos também concordaram plenamente com as estratégias e métodos utilizados no curso e apontaram ter havido oportunidade adequada para a participação.

Na continuação da avaliação, concordaram plenamente: 91,1% indivíduos com o elemento 2.3 (*a qualidade dos materiais recebidos foi adequada*), 92,4% pessoas com o tema 2.4 (*a qualidade das referências bibliográficas foi adequada*), 77,2% participantes com o assunto 2.5 (*a quantidade de atividades práticas foi adequada*).

Em relação à relevância para o trabalho, 97,5% participantes concordaram plenamente com os assuntos 3.1 (*a formação foi relevante para o seu trabalho*) e 3.3 (*você pode aplicar o que aprendeu no trabalho*), além de 84,8% pessoas concordarem plenamente com a matéria 3.2 (*o curso foi prático*).

No quesito eficácia, concordaram plenamente: 81% participantes com a alternativa 4.1 (*a duração do curso foi adequada*), 88,6% pessoas com a opção 4.2 (*os objetivos do curso foram alcançados*), 97,5% sujeitos com item 4.3 (*valeu a pena o tempo investido no curso, fora do trabalho*), 94,9% indivíduos com a questão 4.5 (*you will be able to do a better job after this training*) e 72,2% participantes com o assunto 4.6 (*you are confident about the use of these skills in work*). Ainda neste quesito, 63,3% participantes não concordaram plenamente com o tema 4.4 (*you could develop these skills before this training*).

Nas questões referentes às expectativas individuais, concordaram plenamente: 92,4% sujeitos com o assunto 5.1 (*the content met your expectations*), 93,7% pessoas com o tema 5.2 (*your questions and concerns were addressed*), 94,9% indivíduos com o item 5.3 (*you were satisfied with the training received*), 100% participantes com o tópico 5.4 (*you would recommend this course to other professionals*) e, por fim 98,7% participantes com o quesito 5.5 (*the course would benefit the whole team that has contact with patients*).

Tabela 17: Frequência das respostas dos participantes na avaliação do conteúdo ministrado no curso de comunicação de más notícias

	Concordo pouco	Concordo plenamente	Não responderam	
Questão	Frequência(%)	Frequência(%)	Frequência(%)	Porcentagem de acertos
6.1	8,9	91,1	0	91,1 %
6.2	0	100	0	100 %
6.3	0	100	0	100 %
6.4	55,7	44,3	0	55,7 %
6.5	2,5	96,2	1,3	96,2 %
6.6	2,5	96,2	1,3	96,2 %
6.7	89,9	8,9	1,3	89,9 %
6.8	70,9	27,8	1,3	70,9 %
6.9	96,2	2,5	1,3	96,2 %
7.0	15,2	83,5	1,3	15,2 %
7.1	11,4	87,3	1,3	87,3 %
7.2	2,5	94,9	2,5	94,9 %
7.3	1,3	96,2	2,5	96,2 %
7.4	93,7	2,5	3,8	93,7 %
7.5	89,9	7,6	2,5	89,9 %
7.6	97,5	2,5	0	100 %
7.7	96,2	1,3	2,5	96,2 %
7.8	89,9	8,9	1,3	89,9 %
7.9	19,0	79,7	1,3	79,7 %
8.0	1,3	97,5	1,3	97,5 %
8.1	1,3	97,5	1,3	97,5 %

Na avaliação do conteúdo ministrado no curso de comunicação de más notícias, em relação ao gabarito das questões desenvolvido pelos pesquisadores responsáveis, o item 6.4 (*Os elementos não verbais devem ser analisados independentemente do contexto e da cultura, nos quais estão inseridos*) apresentou 55,7% de acertos.

Já o item 7.0 (*As etapas do Protocolo SPIKES são: o local onde será transmitida a má notícia; a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente; reconhecimento de o quanto o paciente quer saber sobre a doença; a apresentação das possibilidades de tratamento, além do reconhecimento das emoções e dos sentimentos que possam aparecer nesse contexto*), exibiu 15,2% de respostas corretas. As demais questões tiveram mais de 70% de nível de acertos.

Tabela 18: Comparação entre a média das idades dos participantes e as respostas da avaliação do curso de comunicação de más notícias

Questões	Grupo	Idade mínima	Média	Idade máxima	Desvio Padrão	Frequência	p-valor
ACMN6.1	<i>Concordo pouco</i>	18,00	23,00	33,00	5,23	7	0,0363*
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	29,00	55,00	8,07	71	
ACMN6.2	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,46	55,00	8,02	78	
ACMN6.3	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,46	55,00	8,02	78	NA
ACMN6.4	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,77	55,00	7,78	43	0,5525
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,09	50,00	8,41	35	
ACMN6.5	<i>Concordo pouco</i>	35,00	38,00	41,00	4,24	2	0,0749
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,19	55,00	8,01	75	
ACMN6.6	<i>Concordo pouco</i>	29,00	32,00	35,00	4,24	2	0,3120
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,35	55,00	8,14	75	
ACMN6.7	<i>Concordo pouco</i>	18,00	27,70	55,00	7,38	70	0,0715
	<i>Concordo plenamente</i>	21,00	35,86	50,00	11,31	7	
ACMN6.8	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,65	55,00	8,05	55	0,6391
	<i>Concordo plenamente</i>	20,00	27,91	50,00	8,29	22	
ACMN6.9	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,28	55,00	7,97	75	0,3689
	<i>Concordo plenamente</i>	25,00	34,50	44,00	13,44	2	
ACMN7.0	<i>Concordo pouco</i>	20,00	28,22	38,00	6,48	9	0,6223
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,47	55,00	8,30	68	
ACMN7.1	<i>Concordo pouco</i>	18,00	29,42	45,00	8,24	12	0,8116
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,26	55,00	8,09	65	
ACMN7.2	<i>Concordo pouco</i>	23,00	36,50	50,00	19,09	2	0,4256
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,14	55,00	7,77	74	
ACMN7.3	<i>Concordo pouco</i>	26,00	26,00	26,00	NA	1	NA
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,39	55,00	8,14	75	
ACMN7.4	<i>Concordo pouco</i>	18,00	27,96	55,00	7,61	73	0,8304
	<i>Concordo plenamente</i>	21,00	32,50	44,00	16,26	2	
ACMN7.5	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,41	55,00	8,13	70	0,8773
	<i>Concordo plenamente</i>	21,00	27,67	44,00	8,29	6	
ACMN7.6	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,36	55,00	8,09	76	
ACMN7.7	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,15	55,00	7,94	75	NA
	<i>Concordo plenamente</i>	44,00	44,00	44,00	NA	1	
ACMN7.8	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,14	55,00	7,97	70	0,3843
	<i>Concordo plenamente</i>	20,00	31,43	44,00	9,09	7	
ACMN7.9	<i>Concordo pouco</i>	18,00	28,93	41,00	7,69	15	0,6243
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,32	55,00	8,22	62	
ACMN8.0	<i>Concordo pouco</i>	34,00	34,00	34,00	NA	1	NA
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,37	55,00	8,10	76	
ACMN8.1	<i>Concordo pouco</i>	36,00	36,00	36,00	NA	1	NA
	<i>Concordo plenamente</i>	18,00	28,34	55,00	8,08	76	

Na Tabela 18, são apresentadas as comparações entre a média das idades dos participantes e as respostas da avaliação do curso de comunicação de más notícias, por meio do Teste estatístico não-paramétrico de Mann-Whitney. A análise do instrumento resultou em apenas um item relevante, com variância significativa ($p=0,0363$), a questão 6.1 (*Os principais elementos do processo de comunicação são: fonte, mensagem, receptor e feedback*). Assim, concordaram plenamente com esta afirmativa os participantes de maior faixa etária, com média de 29 anos, quando comparados aos que concordaram pouco, tendo como média 23 anos de idade.

Por fim, na tabela 19 são apresentados os dados da Correlação de Sperman na comparação entre a média das idades dos participantes e pontuação total do conteúdo, não havendo variação significativa nesta análise.

Tabela 19: Correlação de Spearman Idade x Pontuação total do conteúdo

Correlação	p-valor
-0,1163	0,3203

8. Discussão

8.1 Características sociais e demográficas dos participantes do curso de comunicação de más notícias

As características predominantes para os 79 participantes deste estudo foram mulheres na faixa etária entre 18 e 55 anos de idade com a carreira de Enfermagem. Ficou evidente, por meio dos depoimentos dos participantes do estudo de Andrade et al. (2014), que os enfermeiros assumem um papel fundamental na integralidade do cuidado, ao desenvolver estratégias que ajudam o paciente a compreender sua situação atual e a aderir ao tratamento, promovendo um relacionamento interpessoal efetivo, corroborando para a justificar a maior adesão destes profissionais a esta pesquisa.

No entanto, o papel do enfermeiro no processo de transmitir uma má notícia não foi plenamente reconhecido ou pesquisado. Como consequência, pouco se sabe sobre a formação, educação e apoio necessário a estes profissionais para a realização desta atividade. Neste sentido, estas mesmas autoras afirmam que grande parte da literatura em torno da comunicação de más notícias tem se concentrado no momento em que estas são comunicadas por um médico (PEREIRA, FORTES e MENDES, 2013).

Acrescenta-se que o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias em contexto hospitalar passa por preparar o paciente e a família para esta notícia, identificar as suas necessidades de informação, promover a compreensão da mesma, bem como da sua situação de saúde, esclarecendo dúvidas e colaborando na tomada de decisão e na preparação do futuro, assegurando um apoio contínuo (WARNOCK et al., 2010).

No que diz respeito a esta categoria, os enfermeiros resgatam que é dever do médico a informação de más notícias, como por exemplo, o diagnóstico de uma doença incurável, porém aludem que apesar de não ser deles a responsabilidade da comunicação do diagnóstico, este profissional assume um papel importante na integralidade do cuidado ao desenvolver estratégias que auxiliam o paciente a compreender a situação atual e a aderir ao tratamento (ANDRADE et al., 2014).

De acordo com os autores supracitados, a partir desses depoimentos, depreendeu-se que há uma responsabilidade maior do enfermeiro, no tocante ao acompanhamento do paciente e a família após a comunicação de notícias difíceis, pelo fato deste profissional permanecer por mais tempo junto aos pacientes. Destarte, o fato dos enfermeiros terem mais contato com os pacientes no cotidiano do seu tratamento e de compartilhar dos sofrimentos, medos e angústias, eles têm condições de identificar e de se aproximar das necessidades sentidas e vividas pelos que estão sob sua responsabilidade, mais do que qualquer outro profissional.

A segunda maior classe participante do curso de más notícias foi representada pelos psicólogos, 11,4%. Diante disso, Santos et. al. (2011), discorre sobre a atuação desses profissionais na unidade de terapia intensiva, tendo como principais objetivos a adaptação do paciente à sua condição, lidar com possíveis reações emocionais disruptivas, mediar as manifestações psicológicas entre equipe, pacientes e familiares, favorecer o ambiente adequado e o atendimento individualizado, além de promover a comunicação do paciente e a família.

O despreparo médico para lidar com pacientes terminais, que pode vir a ocasionar o abandono deste, caso a comunicação não seja adequada desde o início, é um dos principais motivos para o encaminhamento do paciente ao psicólogo. Adicionalmente, a dificuldade de abordar temas como a aceitação da morte e apresentação de sintomas depressivos (MENNA, BARRETO e DE CASTRO, 2015). Assim, os profissionais da psicologia devem estar preparados para suportar este tipo de demanda.

Quanto à questão de gênero, a quantidade de mulheres na área da saúde, primordialmente na equipe multiprofissional, é respaldada pelos achados de Lopes e Leal (2005), os quais afirmam a persistência de um cenário amplamente feminino na enfermagem do país, sendo confirmada pela qualificação universitária, níveis médio e técnico.

8.2 Características das respostas dos participantes do curso de comunicação de más notícias no pré-teste e no pós-teste

Nos questionários aplicados para a questão 1, *(Em um mês, quantas vezes você comunica más notícias a um paciente?)*, 58 participantes (76,3%) assinalaram que comunicam más notícias menos de cinco vezes por mês. No pós-teste, 60 participantes (78,94%) afirmaram esta alternativa. Este fato pode ter ocorrido, devido a nova compreensão da definição de má notícia após terem participado do treinamento para esta tarefa.

Nesta perspectiva, evidências recentes indicam que a atitude dos profissionais da saúde em transmitir estas notícias tem sido alterada, com propriedades diferentes em todas as culturas (ARBABI et al., 2014).

Em sua pesquisa, Lech, Dos Santos-Destefani e Bonamigo (2013) mostrou que 37,5% dos médicos definiram como muitíssimo frequente o relato de uma má notícia em sua rotina, 27,5% como muito frequente, 25% como ocasionalmente e como pouco frequente por apenas 10%. O percentual de relatos de más notícias muito maior nesta pesquisa contrasta com o nosso estudo, provavelmente, em decorrência da amostra escolhida em cada trabalho, enquanto que

no primeiro formado apenas por médicos, e esta tese pesquisou profissionais de diferentes áreas da saúde.

O estudo descritivo de Arbabi et al. (2010), contou com uma amostra de 50 médicos e 50 enfermeiros com o objetivo de avaliar a atitude dos profissionais da saúde para comunicar as más notícias e fornecer orientações clínicas aos pacientes. Dentre os resultados, 86% dos médicos e 74% dos enfermeiros, principalmente os mais velhos e mais experientes, revelaram más notícias aos pacientes. Estes resultados também foram superiores aos que encontramos em nossa pesquisa.

Assim, em comparação com o passado, médicos e enfermeiros estão mais dispostos a compartilhar o diagnóstico com os pacientes. No entanto, a falta de habilidades de comunicação adequadas e suas preocupações sobre como gerenciar as reações emocionais dos pacientes reduzem sua tendência de divulgar más notícias. Portanto, o treinamento de médicos e enfermeiros para expor estas notícias aos pacientes parece ser necessário (ARBABI et al., 2010).

Na questão 2, (*Qual tarefa você considera mais difícil?*) a resposta mais prevalente no pré-teste foi discutir as questões de fim da vida, referida por 37 indivíduos (48,1%). Destas pessoas, 33 (89,18%) mantiveram a mesma resposta no pós-teste. A segunda ação mais difícil foi a abordagem falar sobre fim do tratamento ativo e o início do tratamento paliativo.

A preocupação sobre como a revelação da verdade do quadro geral do paciente vai impactá-lo emocionalmente, torna-se uma justificativa para esta dificuldade referida pelos profissionais da saúde (VICTORINO et al., 2007)

Neste sentido, de acordo com Farber et al. (2002), a dificuldade de lidar com as questões de fim da vida decorre do despreparo do profissional em sua formação, especificamente, durante a graduação e a residência médica, períodos em que estariam mais aptos a manejar com esta temática, existindo deficiências, especificamente na discussão do prognóstico e no encaminhamento dos pacientes para os grupos de apoio.

Em um estudo com 40 médicos, diante das questões formuladas pelos pacientes frente a descoberta de uma notícia ruim, 50% dos profissionais afirmaram que as dificuldades neste cenário são pouco frequentes, 30% disseram que é ocasionalmente frequente, 15% relataram ser nada frequente e 2,5% contaram que é quase sempre frequente (LECH, DOS SANTOS-DESTEFANI e BONAMIGO 2013).

Ademais, a decisão sobre quem deve estar presente durante o processo de transmissão de más notícias, o condicionalismo imposto pelos familiares, a reação do paciente e da família

às más notícias, o tipo de evento e a formação prévia dos enfermeiros podem funcionar como dificuldades acrescidas ao processo de transmissão de más notícias (WARNOCK et al., 2010).

Correlacionando-se com os resultados desta tese, a pesquisa de Pereira et al. (2017) aferiu quais são os possíveis enigmas e, por decorrência, os agentes geradores de consternação no procedimento de noticiar as notícias difíceis. De acordo com os seus achados, as atividades com maior dificuldade de realização foram discutir sobre a morte (39,5%) e debater sobre o fim das tentativas disponíveis de tratamento curativo (30,5%).

Segundo os autores supracitados, somente 13% da amostra consideraram que a revelação do diagnóstico é a tarefa mais difícil. Nota-se, assim, que os temas pertinentes a impossibilidade de cura e, por consecutivo, assuntos que são reiterados nos cuidados paliativos exibiram maiores empecilhos para os profissionais da saúde, apoiando mais uma vez os resultados encontrados em nossa pesquisa.

Quanto à questão 3, *(Que tipo de formação ou treinamento você recebeu para transmitir más notícias?)* constatou-se melhora no escore dos participantes no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0,0000$), uma vez que 45 pessoas (57%) nunca haviam recebido qualquer contato prático ou formal com a técnica de comunicação de más notícias. Enquanto que após o treinamento, 48 indivíduos (60,8%) relataram terem recebido curso de formação para a transmissão de más notícias.

O despreparo técnico do profissional reporta maior dificuldade para divulgar más notícias ao conteúdo do anúncio em si. O restrito repertório de habilidades na área da comunicação pode tornar o momento problemático, ao ponto de o médico relatar, durante a pesquisa, maior facilidade em ocultar a verdade, frente à baixa expectativa de vida de seu paciente, desrespeitando toda a sua capacidade volitiva (MOCHEL et al. 2010).

Embora menor que o número encontrado no nosso estudo, os profissionais da saúde (100 médicos e 100 enfermeiros) na pesquisa de Pereira et al. (2017), que nunca receberam qualquer formação para a comunicação de notícias ruins mantêm-se elevado (46%). Tal fator colabora para que a comunicação se torne um momento estressante para o profissional da saúde, comprometendo as atividades em sua prática clínica.

Este dado correlaciona-se ao estudo de Arbabi et al. (2010), em que apenas alguns médicos (8%), foram treinados como divulgar más notícias, e estes revelaram o diagnóstico mais vezes do que os profissionais que não receberam treinamento para esta tarefa.

Destarte, a pesquisa de Faber et al. (2002) também ampara nossos resultados, descrevendo que embora o treinamento em comunicar más notícias para médicos tenha tido um impacto significativo sobre o número de itens de suporte emocional, apenas 25% dos

entrevistados tiveram treinamento prévio nesta área, sendo que os mais velhos foram associados ao fato de relatar um maior número de atividades emocionalmente favoráveis.

Por sua vez, o estudo de Liénard et al. (2010) avaliou a eficácia de um programa de treinamento com carga horária de 40 horas projetado para ensinar aos médicos residentes as habilidades de comunicação necessárias para transmitir as más notícias. Entre os resultados, percebeu-se que os residentes treinados usaram habilidades de comunicação efetivas com mais frequência do que os residentes não treinados.

Esta pesquisa citada anteriormente, corrobora com os resultados encontrados no pós-teste deste estudo, quando 48 participantes (60,8%) relataram ter recebido treinamento posteriormente a participação do curso de comunicação de más notícias oferecido por nós.

Colaborando com nossos resultados, em relação à formação adquirida na área da comunicação de más notícias, a maioria dos enfermeiros confirmaram ter recebido pouca ou nenhuma instrução para esta tarefa, tendo aprendido algumas habilidades, por meio de métodos informais tais como a experiência e a observação dos colegas mais experientes (WARNOCK et al., 2010).

Pereira et al. (2017), ratificando nossos dados, evidenciaram entre os participantes da sua pesquisa, que 46% dos profissionais da saúde nunca receberam algum tipo de treino e, em meio aos que tiveram, 39,4% instruíram-se tão somente por experiências práticas com outros profissionais. Por fim, relataram que 90% dos participantes do seu estudo concordaram que uma metodologia para notificar sobre notícias tormentosas pode ser útil para a prática clínica (96% dos médicos e 84% dos enfermeiros).

De tal modo, em uma revisão integrativa da literatura realizada por Silva, Santos e Castro (2016), demonstrou que a capacitação para a comunicação de más notícias deve ser parte integrante da rotina de formação dos profissionais da saúde. É de extrema importância que estas pessoas possam adquirir habilidades específicas para noticiar as situações difíceis com que irão se deparar durante o processo saúde-doença de pacientes e seus familiares.

Na investigação da questão 4, ***(Como você avalia a sua própria capacidade de dar más notícias?)*** a autoavaliação da capacidade de comunicar más notícias, revelou que houve melhora no escore dos profissionais da saúde no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0,0012$), em que 41 indivíduos avaliaram-se como razoáveis (53,2%) na primeira avaliação. Já no pós-teste 33 sujeitos passaram a se considerar bons (42,8%) e 32 participantes avaliaram-se como razoáveis (41,5%).

Apoiando nossos resultados, o estudo descritivo e transversal de Lech, Destefani e Bonamigo (2013) com 40 médicos, demonstrou que os participantes se consideraram melhores

preparados do que na presente pesquisa, uma vez que, 22,5% dos indivíduos consideraram sua atuação como muito boa, 55% das pessoas julgaram-se com boa habilidade e 22,5% relevou uma habilidade razoável, enquanto que nenhum participante se considerou ruim ou muito ruim.

Também corroborando com os nossos resultados, a pesquisa de Pereira et al. (2017), evidenciou que dentre os profissionais da saúde, 49% avaliaram sua aptidão em comunicação como razoável e 17,5% julgaram-se como ruim ou muito ruim, sendo que os médicos apresentaram melhores níveis de confiança nas suas habilidades quanto comparados aos enfermeiros.

Neste sentido, segundo Chumpitazi et al. (2016), as más notícias no contexto da atenção à saúde foram amplamente definidas como informações significativas que alteram negativamente a percepção das pessoas sobre o presente ou futuro. Efetivamente, comunicar más notícias requer excelentes habilidades de comunicação e evidências demonstram que esta é frequentemente dada de forma inadequada. Estudos mostram que os estudantes e profissionais da saúde precisam dedicar mais tempo ao desenvolvimento desta habilidade, através de treinamento formalizado, por meio de técnicas imersivas de pacientes simulados em ambiente realista, além de cenários desenvolvidos em vídeos.

Além disso, de acordo com Lamba et al. (2016), médicos e profissionais da saúde relataram que comunicar as notícias ruins, tristes ou difíceis para um paciente ou familiar é uma das tarefas de comunicação mais desafiadoras que realizam. As habilidades interpessoais e de comunicação são uma competência básica para o treinamento destes profissionais. No entanto, em disciplinas onde as habilidades técnicas têm uma grande ênfase, o ensino das habilidades de comunicação pode não ser uma prioridade.

No que se refere à questão 5 (*Para você o que é mais difícil ao discutir a má notícia?*), dentre as opções consideradas pelo questionário, 28 participantes (35,4%) afirmaram que é mais difícil lidar com as emoções do paciente e 25 indivíduos (31,6%) asseguraram que é mais difícil ser honesto sem tirar a esperança. Estas afirmações foram reafirmadas no pré-teste e no pós-teste.

Estes resultados ratificam estudo com 100 médicos e 100 enfermeiros realizado por Pereira et al. (2017), no qual pelo processo de notificar as notícias difíceis, 42,2% dos profissionais da saúde atribuem que o enfrentamento das emoções dos pacientes é a tarefa mais difícil e 94% deles não se sentem confortáveis nesta ocupação. Eles reforçam os nossos resultados, uma vez que, em sua pesquisa 37,5% dos entrevistados referiram ser um desafio a manutenção da esperança na revelação da verdade.

Os mesmos autores encontraram determinadas características dos profissionais da saúde com idade maior ou igual a 50 anos, sendo que 25% deles apontaram que lidar com as emoções dos pacientes é a tarefa mais difícil e este grupo também se sentiu mais confortável nesta tarefa (35,7%). Estes achados demonstraram que o conhecimento clínico, a experiência em situações reais, bem como as próprias vivências e o amadurecimento pessoal, podem auxiliar no intercâmbio com as emoções dos pacientes e seus familiares.

A maior parte das pesquisas disponíveis na literatura, em diferentes culturas, relata que as dificuldades mais mencionadas e ressaltadas pelos profissionais da saúde no procedimento de comunicação é lidar de modo apropriado com as emoções dos pacientes e seus familiares (VAN DULMEN et al, 2007). Neste sentido, pesquisas comprovam que a atividade mais difícil ao discutir a má notícia é ser honesto, sem tirar a esperança (WHITNEY et al., 2008).

Fujimori e Uchitomi (2009) e Hagerty et al. (2005) destacaram em suas pesquisas quais as características dos profissionais da saúde que mais sustentam a esperança dos pacientes, tendo como exemplos: a atualização profissional e a demonstração de confiança em garantir aos pacientes sobre os efeitos do tratamento, além de oferecerem subsídios reais sobre o prognóstico, bem como oferecer espaço para perguntas e apresentarem esclarecimentos sobre a enfermidade empregando linguagem apropriada.

Destarte, Mochel et al (2011), diante das principais dificuldades percebidas pelos profissionais da saúde em seu estudo, destacou os fatores sociais, fatores próprios dos pacientes e fatores particulares dos médicos, sendo este último categorizados nos medos: de causar dor, de ser culpado, da falta de terapêutica, do desconhecido e de expressar suas emoções.

Assim, para estes pesquisadores supracitados, as habilidades de comunicação e os programas específicos de treinamento de más notícias são necessários, e um estudo recente realizado na Bélgica mostrou seu impacto no tempo atribuído a cada uma das fases deste processo, nas habilidades de comunicação, na inclusão do familiar na consulta e na excitação fisiológica dos médicos. Estes resultados ressaltam a importância de promover habilidades de comunicação intensivas e oferecer programas de treinamento de más notícias para profissionais da saúde.

Portanto, de acordo com Delevallez et al. (2014) comunicar más notícias é uma tarefa clínica complexa e frequente para os médicos que trabalham em oncologia, podendo causar um impacto negativo nos pacientes e nos seus parentes, estando frequentemente presentes durante as consultas de notícias ruins. Muitos fatores influenciam a forma como uma entrega de más notícias será experimentada, especialmente como as habilidades de comunicação usadas pelos profissionais da saúde.

No que concerne a questão 6 (*Que tipo de treinamento técnico você recebeu para responder às emoções do paciente?*), evidenciamos a evolução no escore dos participantes no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0,0000$), já que na primeira avaliação 44 indivíduos (55,7%) responderam que não possuíam nenhum treinamento formal para esta situação. Na segunda avaliação, 51 indivíduos afirmaram que receberam treinamento (64,6%), sendo que destes, 34 pessoas haviam referido no pré-teste que não haviam recebido treinamento anterior.

Cofirmando os nossos resultados, a pesquisa de Barnett et al. (2007) evidenciou dados parecidos, nos quais 49% dos médicos nunca haviam recebido treinamento formal, por meio de curso, congresso ou especialização, ainda que eles acreditassem na utilidade de técnicas na prática clínica.

Caso semelhante é relatado no estudo de Bascunan, Roizblatt e Roizblatt (2007), em que quase nenhum tipo de treinamento foi oferecido aos médicos, os quais baseiam as suas habilidades de comunicação apenas nas experiências pessoais e nos valores éticos. Apoiando estes achados, Hebert et al. (2009) descreveram que 89% dos dirigentes e administradores de programas de pós-graduação e residência em oncologia receberam precário ou nenhum treino em informar más notícias, ainda que ampla parcela deles acredite que treinos sejam bastante úteis.

Fortalecendo os nossos resultados os pesquisadores Konstantis e Exiara (2015) em seu estudo com base nas diretrizes atuais do protocolo SPIKES, com 59 médicos do Hospital Geral de Komotini na Grécia encontraram como resultados: 21 médicos (35,59%) tiveram treinamento específico para transmitir más notícias, 20 médicos (33,90%) estavam cientes das técnicas e dos protocolos disponíveis e 47 médicos (79,66%) tiveram um plano consistente para comunicar as más notícias.

Ademais, dentre os médicos: 57 (96,61%) preferiram expor as más notícias em um lugar calmo, 53 (89,83%) garantiram realizar esta tarefa sem interrupções e com tempo suficiente, 53 (89,83%) usaram palavras simples, 54 (91,53%) verificaram a compreensão e não se precipitaram nas notícias e 46 médicos (77,97%) permitiram que parentes determinassem o conhecimento do paciente sobre a doença.

A transmissão de más notícias muitas vezes não é feita de forma eficaz em contextos clínicos, devido à equipe médica não possuir as habilidades necessárias para falar com os pacientes e suas famílias. A notícia ruim é confrontada com reações semelhantes por parte do receptor destas notícias em todas as culturas e nações. Na pesquisa [Abbaszadeh et al. \(2014\)](#), foi adotada uma abordagem qualitativa e conduzidas entrevistas detalhadas e semi-estruturadas com 19 enfermeiras que tinham pelo menos um ano de experiência profissional.

Para tanto, neste estudo, cinco categorias principais emergiram da análise dos dados, incluindo a comunicação efetiva com os pacientes e suas famílias, a preparação do ambiente, a minimização da negatividade associada à doença, o compartilhamento do dever de comunicação aos médicos e ajudar os pacientes e suas famílias a tomar decisões lógicas de tratamento.

Ainda sobre este estudo, os resultados mostram que, de acordo com os participantes, é dever dos médicos expor as más notícias, mas os enfermeiros desempenham um papel importante na entrega destas aos pacientes e seus familiares e, portanto, devem ser treinados em habilidades clínicas e comunicativas para serem capazes de transmitir as más notícias de forma adequada e eficaz.

Atualmente, uma variedade de modelos está sendo utilizada para ensinar habilidades de comunicação de más notícias. Com base em uma revisão da literatura e das próprias experiências dos autores, eles concluíram que os esforços curriculares para ensinar estas habilidades devem incluir múltiplas sessões e oportunidades de demonstração, reflexão, discussão, prática e feedback (ROSENBAUM; FERGUSON; LOBAS, 2004).

Logo, os pesquisadores Kiluk, Dessureault e Quinn (2012) apresentaram como um dos maiores desafios que um médico enfrenta é transmitir notícias difíceis para um paciente. A capacidade de fornecer esta informação pode fortalecer ou destruir a relação médico-paciente. Apesar da importância desta habilidade, a educação formal para estudantes de medicina tem sido limitada e para melhorar a formação de habilidades na experiência destes estudantes, foi proposto um treinamento de comunicação de más notícias com duração de 3 horas.

No tocante da questão 7 (*Como você classificaria o seu próprio conforto em lidar com as emoções do paciente, por exemplo, choro, raiva, negação?*), constatamos a melhora no escore dos participantes no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0,0052$). Na primeira avaliação 53 participantes (67,9%) julgaram-se como não muito confortáveis. Na segunda avaliação, 41 participantes mantiveram-se com esta opinião, 13 pessoas optaram de “absolutamente desconfortável” por “não muito confortável”, 7 indivíduos modificaram de “não muito confortável” para “confortável” e três participantes alteraram de “não muito confortável” para “bastante confortável”

Nesta perspectiva, corroborando com nossos resultados, a pesquisa de Pereira et al (2017), requereu dos seus participantes (100 médicos e 100 enfermeiros) que mensurassem o seu coeficiente de conforto em relação ao aparecimento de emoções dos pacientes após a revelação de más notícias, sendo que somente 32% deles sentiram-se confortáveis ao informar

estas notícias, além de que a maioria dos profissionais da saúde (84%) referiu desconforto na realização desta tarefa.

Por sua vez, Silva, Santos e Castro (2016), apontaram a tarefa de noticiar más notícias como um fator que causa intenso sofrimento entre os profissionais da saúde. As dificuldades na comunicação de notícias difíceis são percebidas principalmente pelo fato destes profissionais precisarem comunicar, de forma rotineira, prognósticos adversos, e, terem que lidar com as emoções dos pacientes, seus familiares, e antes de todas essas, as suas próprias emoções.

De tal modo, Sep et al. (2014) demonstrou que expor as más notícias evoca a excitação fisiológica, sendo que a comunicação afetiva pode diminuir esta agitação e ser parcialmente responsável pela recuperação das informações aprimoradas pelos pacientes. Embora estes achados sejam traduzidos para pacientes clínicos, eles sugerem que os profissionais da saúde precisam lidar com as emoções dos pacientes antes de fornecer informações clínicas adicionais.

Assim, em estudos sobre o estresse médico, Ptacek e McIntosh (2009) e Brown (2009) ressaltaram que os profissionais com pouco treinamento em anunciar notícias difíceis foram os que reproduziram maiores índices de estresse. Outros pesquisadores, como Silva e Zago (2005) Emmanuel et al. (2005) também, em relação aos métodos de noticiar diagnósticos ruins, evidenciaram evolução dos níveis de desconforto dos profissionais da saúde e aumento no grau de confiabilidade quando estes foram treinados para estas tarefas.

Quanto à questão 8 (*O protocolo SPIKES fez sentido para você?*), verificamos na primeira avaliação, 21 participantes deixaram de respondê-la. Na sequência do pré-teste, dentre os que conheciam o protocolo, 39 pessoas confiavam no instrumento (67,2%) e 19 indivíduos (32,8%) apontaram não fazer sentido. Já no pós-teste, os 58 participantes (100%) compreenderam o sentido do protocolo.

Em paralelo aos nossos resultados, a pesquisa de Pereira et al. (2017) questionou 200 profissionais da saúde, após o treinamento de comunicação de notícias difíceis, se este protocolo fazia sentido para eles, tendo como resposta o número de 195 aprovações para este método (97,5%).

Em comparação com os nossos resultados, no estudo de Kim, Vongersdorff (2012) investigou-se a eficácia de 16 estudantes de medicina que foram treinados para comunicar as más notícias, através do protocolo SPIKES. Após o desenvolvimento do programa, examinaram os desempenhos destes universitários antes do treinamento, a sua satisfação e as mudanças no nível de confiança após o treino. Por meio de pacientes padronizados, também analisaram as diferenças no desempenho clínico entre grupos treinados e não treinados. Eles encontraram

como resultados uma maior satisfação com o programa de educação e 12 alunos apresentaram maiores níveis de confiança.

No entanto, nesta mesma pesquisa, não foi identificado diferença no desempenho clínico entre o grupo que recebeu treinamento e o grupo que não recebeu. Neste sentido, a autoconfiança para expor as más notícias aumentou, mas não houve evidência de melhora no desempenho clínico. Portanto, para estes autores o treinamento de habilidades de comunicação deve ser repetidamente realizado em cada currículo da educação médica.

Pode-se notar que o protocolo SPIKES foi projetado para médicos por médicos, e mais facilmente se traduz em contexto ambulatorial. Todavia, outros profissionais da saúde, como os enfermeiros, frequentemente estão envolvidos em discussões de notícias ruins (WARNOCK et al, 2010, GRIFFITHS et al, 2015), e apesar do protocolo SPIKES ser recomendado às diferentes carreiras da área da saúde, como um modelo de boas práticas (RCN, 2015) há poucas tentativas de avaliar sua utilização clínica neste contexto.

Na questão 9 (**Uma estratégia ou abordagem para comunicar más notícias pode ser útil para você em sua prática?**), 100% participantes assinalaram que sim.

Para Fujimori e Uchitomi (2009) a maioria dos médicos considera a comunicação das más notícias como um problema difícil na prática clínica. A maneira ideal de comunicar estas notícias aos pacientes, para que estes profissionais possam criar uma compreensão máxima, além de facilitar o seu ajuste psicológico, é desconhecida.

O estudo de Del Pozo et al. (2012) buscou determinar as práticas atuais de divulgação de más notícias e identificar as variáveis sociodemográficas de 131 médicos associadas à comunicação da verdade e descrever as tendências relacionadas à sua prática clínica. Embora quase 90% dos médicos dissessem que iriam informar aos pacientes com câncer o seu diagnóstico, 66% dos entrevistados declararam que fizeram exceções, dependendo das características do paciente. Estes dados sugerem que as práticas clínicas são um pouco discordantes das crenças professadas sobre a propriedade ética da divulgação de más notícias.

Corroborando aos resultados da nossa pesquisa, Pereira, Barros e Lemonica (2010) indagaram a 200 profissionais da saúde, se estes ponderavam como útil um protocolo ou método para transmitir as notícias ruins, sendo que 90% dos participantes apontaram de forma positiva, constatando que, dentre eles, 96% eram médicos.

Apoiando a utilidade de uma estratégia para comunicar as más notícias, a pesquisa de Lech, Destefani e Bonamigo (2013) realizada com 40 médicos, questionou sobre a importância da aplicação de um protocolo a fim de nortear a comunicação de más notícias. Do total de

questionários válidos, 40% consideraram importante, 15% muito importante, 22,5% mais ou menos importante, 12,5% pouco importante e 10% sem importância.

Em semelhança a esta pesquisa, Locatelli et al. (2013) convidaram 50 médicos, sendo destes 68% homens, que cuidavam de pacientes com câncer a completar uma pesquisa específica centrada em suas crenças, atitudes e práticas para dizer a verdade aos pacientes idosos com câncer. Eles encontraram como resultados que os médicos do sul da Itália eram significativamente mais velhos e mais propensos a ser do gênero masculino em comparação com os médicos que praticavam nas áreas norte e central do país.

Estes mesmos pesquisadores constataram que 84% dos médicos consideram a família como um obstáculo para uma comunicação direta com os idosos, 44% dos clínicos do sexo masculino se deparam com o pedido de uma conversa de não divulgação por parte da família do paciente. Para 60% dos profissionais entrevistados, o motivo subjacente à escolha do cuidador de não divulgação é atrasar o confronto emocional.

Neste sentido, eles observaram que a variabilidade da divulgação está relacionada não apenas com a idade do paciente, mas também com o sexo dos médicos, a área geográfica onde eles trabalham e as suas idades. Os resultados também mostraram que tanto os cuidadores quanto os médicos estão preocupados com os aspectos emocionais relacionados à informação clínica. Os oncologistas italianos têm que aprender a implementar habilidades de comunicação abrangentes, além de promover uma integração das necessidades de informação dos pacientes e cuidadores, de acordo com o seu nível sociocultural, dentro das técnicas de comunicação.

Em relação a questão 10 (***Você acredita que o Protocolo SPIKES é prático e pode ser usado em sua prática clínica?***), evidenciamos a melhora no escore da amostra no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0,0021$). Este item necessitou de prévio conhecimento do protocolo SPIKES pelos participantes. Assim, apenas foram considerados 52 questionários na primeira avaliação, sendo que destes, 33 participantes na primeira e na segunda avaliação, assinalaram que este protocolo auxiliaria na prática clínica.

Neste aspecto, apoiando os nossos resultados, Pereira et al. (2017) evidenciaram dentre 200 profissionais da saúde, que 194 participantes (97%), ou seja, quase a totalidade, concorda que o protocolo é objetivo e de serventia para a prática clínica destes profissionais. Logo, o protocolo SPIKES é um acrônimo para apresentar informações angustiantes de forma organizada aos pacientes e às suas famílias, além de fornecer um quadro passo a passo para as discussões difíceis.

Outrossim, no estudo de Gomes, Silva e Mota. (2009) com 76 médicos, verificou-se que a implementação do protocolo em instituições de saúde, acompanhada de treinamento formal

aos profissionais, pode minimizar o despreparo ao lidar com um diagnóstico ruim, que, inapropriadamente, age de forma paternalista de modo a ocultar a verdade. Esta conduta foi referenciada por 87,9% dos médicos não especialistas e 6,6% de especialistas participantes desta pesquisa.

Na mesma vertente, Lino et al. (2011) em seu estudo com 20 acadêmicos de medicina observou que, a maioria dos alunos julgou o protocolo SPIKES de forma positiva. De modo geral, eles consideraram o modelo de seis passos como um guia que facilita o processo de transmissão de más notícias. Este mesmo aspecto é visto como um ponto positivo, no sentido de auxiliar de forma prática este processo, e negativo, limitando e restringindo a liberdade do médico neste momento.

Para Lee e Yi (2013), expor más notícias a um paciente e/ou a uma família é uma das tarefas mais difíceis para os médicos. Como é um trabalho complicado, este requer habilidades de comunicação e por isto, eles investigaram as atitudes e a consciência dos profissionais da saúde com base em uma autoavaliação de suas experiências e no seu desempenho prático, sendo que o protocolo SPIKES foi usado para avaliar como eles atualmente lidam com as más notícias.

Estes mesmos autores observaram em sua pesquisa que cerca de 30% dos participantes tiveram experiências ruins devido à má notícia, 80% dos profissionais avaliaram que eles estavam fazendo a comunicação adequadamente aos pacientes, usando o protocolo SPIKES. Quanto há como eles perceberam as más notícias, 90% dos participantes sentiram-se mais do que o nível médio de estresse quando fizeram esta transmissão e 80% dos residentes acreditavam que o treinamento é muito necessário durante o seu programa de residência, para o desenvolvimento adequado de habilidades em relação à comunicação de notícias difíceis.

De tal modo, Mochel et al. (2011) relatam que a aplicabilidade do protocolo SPIKES na prática clínica objetiva facilitar a manutenção do relacionamento harmonioso entre o profissional da saúde, o paciente e a família. Então, a comunicação sistematizada confere a opção do paciente em decidir sobre suas condutas clínicas, direito este, garantido pelo Código de Ética Médica.

Assim como bem assevera Kaplan (2010), a comunicação de más notícias é uma tarefa complexa, e seguir o protocolo SPIKES pode ajudar a aliviar a angústia sentida pelo paciente que está recebendo estas notícias e também assessorar o profissional da saúde que as comunica. Neste aspecto, os principais componentes do protocolo SPIKES incluem demonstrar empatia, reconhecer os sentimentos do paciente, bem como explorar a sua compreensão e a sua aceitação das más notícias, além de fornecer informações sobre as possíveis intervenções. Por isso, ter

um plano de ação fornece estrutura para esta difícil discussão e pode auxiliar no apoio de todos os envolvidos.

Quanto à questão 11 (*Ao comunicar má notícia ao paciente, que plano ou estratégia você utiliza?*), verificamos que houve melhora no escore da amostra no pós-teste em relação ao pré-teste ($p=0003$). Dos 64 questionários analisados, apenas 10 participantes escolheram, em ambas as avaliações, por um plano ou estratégia consistente, além de quatro pessoas que proferiram primeiramente ter uma estratégia consistente, após o curso, reavaliaram a sua resposta e apontaram utilizar várias técnicas, mas sem nenhum plano global.

Na sequência, seis participantes assinalaram na primeira avaliação não utilizar técnica alguma e após o treinamento, apontaram que utilizam várias técnicas, porém sem plano global. Ainda no pré-teste, oito indivíduos que não utilizavam nenhuma abordagem consistente à tarefa, posteriormente elegeram que utilizam um plano consistente.

De acordo com a pesquisa realizada por Arbabi et al. (2010) com 100 profissionais da saúde, dentre os 50 médicos e os 50 enfermeiros participantes, houve preferência em informar aos pacientes sobre o diagnóstico quando estes estavam sozinhos ou na presença de seu cônjuge, respectivamente. Apenas alguns médicos (14%) e enfermeiros (24%) concordaram em explicar a expectativa de vida a eles.

Destarte, com o objetivo de descrever as experiências de divulgação do diagnóstico de câncer para os pacientes, para os seus familiares e para os médicos, Zamanzadeh et al. (2013) entrevistaram 20 pacientes com câncer, 10 membros da família e oito médicos, por meio de entrevistas semi-estruturadas e as avaliaram usando a análise de conteúdo qualitativo.

Eles identificaram três categorias: a prevenção do câncer, o clima de não divulgação e a preocupação mútua. Estes achados demonstraram que a palavra câncer, bem como outros termos indicativos, raramente eram usados na comunicação diária. Por isso, um clima de não divulgação predominou porque os pacientes eram os últimos a conhecer o seu diagnóstico e desconheciam o seu prognóstico, e ademais porque os membros da família e os médicos empregavam estratégias para ocultar esta informação. A preocupação mútua dos pacientes, dos familiares e dos médicos foi o principal motivo pelo qual o câncer não foi discutido.

Destaca-se que, Fujimori e Uchitomi (2009) relataram que os pacientes mais jovens, os indivíduos do sexo feminino e as pessoas com maior nível educacional, expressaram consistentemente o desejo de receber a maior quantidade de informações detalhadas possíveis e de receber apoio emocional. Além disso, os pacientes asiáticos preferiram que os familiares estejam presentes ao receber as más notícias, ao contrário do que os ocidentais, que preferem discutir sua expectativa de vida menos do que os ocidentais.

Acrescenta-se que, havia poucos estudos que investigassem as atitudes dos neuro-oncologistas em relação à divulgação do diagnóstico, e com o objetivo de determinar o estado atual da divulgação aos pacientes com glioma no Japão e analisar os seus fatores associados, Yamamoto et al. (2011) aplicaram questionários sobre comunicação de diagnósticos ruins a 191 médicos durante a 27ª Reunião Anual da Sociedade Japonesa de Neuro-Oncologia.

Assim, eles obtiveram uma taxa de resposta de 73,8%, sendo que destes, 44,3% revelaram o diagnóstico correto para pacientes com glioblastoma com idade <60 anos e 41,4% revelaram o diagnóstico correto para aqueles com idade ≥ 70 anos; Os médicos que trabalham em instalações que realizam cirurgia em mais de 50 casos de glioma por ano, em áreas metropolitanas e aqueles com outros sistemas de apoio psicossocial do paciente, revelaram o diagnóstico e prognóstico com mais frequência, mesmo quando a família se opôs a revelar o diagnóstico ao paciente, mais da metade dos médicos respeitavam os desejos da família.

Dessa forma, Wittmann, Foliy e Balon. (2011) avaliaram as necessidades de informação de pacientes diagnosticados com câncer esofágico e gástrico e as comparou com as necessidades de informação percebidas na opinião dos médicos. Nesta investigação, 100 pacientes e 100 médicos responderam a um questionário sobre as necessidades de informação aos pacientes com câncer, sendo que 79% dos pacientes queriam tanta informação quanto possível sobre seu diagnóstico, mas apenas 35% dos médicos estavam dispostos a fornecer todas essas informações.

De acordo com os dados encontrados, 84% dos médicos estavam dispostos a comunicar uma doença grave com um bom prognóstico, mas apenas 43% comunicariam um diagnóstico com um mau prognóstico. Neste estudo todos os 100 médicos receberam treinamento formal para comunicar más notícias, mas 20 deles consideraram esta atividade inadequada.

Ademais, os profissionais da saúde muitas vezes não conseguem satisfazer adequadamente as necessidades de informação dos pacientes com câncer de próstata, e estes podem receber diferentes tipos de informações de seus médicos. O estudo de Castel et al. (2011) descreveram as atitudes dos urologistas em relação ao compartilhamento de informações aos pacientes com câncer de próstata e comparou esses achados com as atitudes de médicos da saúde da família israelenses, previamente publicadas na literatura.

De tal modo, eles enviaram um questionário (11 itens) para 87 urologistas, obtendo resposta de 54 médicos (66%). Destes, 71% dos entrevistados declararam que os pacientes deveriam ter informações completas sobre a sua doença, 96% dos entrevistados sentiram-se competentes para comunicar as más notícias e declararam que discutiriam as emoções com os pacientes, 57% dos entrevistados preferiram que os pacientes fossem autônomos em sua tomada

de decisão. Apenas 26% dos entrevistados acreditavam que os médicos da saúde da família deveriam comunicar informações médicas aos pacientes nos estágios de diagnóstico preliminar.

Em referencia a questão 12 (*Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais fácil?*), verificamos a presença de resultado significativo ($p=0,0492$). Neste aspecto foram considerados, dentre os seis passos do protocolo SPIKES, como elementos fáceis, pela análise da porcentagem das respostas do total de participantes: “o local onde será transmitido o diagnóstico” com frequências de 30,6 % no pré-teste e 53,06 % no pós-teste, e a alternativa, “realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente”, exibiu frequências de 28,6 % na primeira avaliação e 12,24 % na segunda avaliação.

Corroborando com os nossos resultados, os pesquisadores Konstantis e Exiara (2015) realizaram uma pesquisa com 59 médicos sobre a comunicação de más notícias, de acordo com as orientações do protocolo SPIKES, e descobriram que dentre eles: 57 (96,61%) preferiram noticiar estas notícias em um lugar calmo, 53 (89,83%) garantiram realizar esta tarefa sem interrupções e com tempo suficiente, 53 (89,83%) usaram palavras simples, 54 (91,53%) verificaram a compreensão e não se precipitaram nas notícias e 46 (77,97%) permitiram que parentes determinassem o conhecimento do paciente sobre a doença.

Em outra abordagem sobre o elemento mais fácil no processo de informar as más notícias, Pereira et al. (2017) evidenciaram entre 200 profissionais da saúde que, a maioria dos médicos (38%) acreditavam que preparar-se para esta comunicação é parte mais fácil. Ademais, 43,5% dos participantes julgaram ser mais fácil não abandonar o paciente. Provavelmente, por conta dos atributos da profissão, em que os enfermeiros têm um relacionamento com o paciente e com a família, muito mais próximo do que os médicos, estes profissionais responderam em frequência de 74,6%, que não abandonar o paciente seria a tarefa mais fácil.

Acrescenta-se que, nos pacientes diagnosticados com câncer, romper as barreiras das más notícias nestes indivíduos e nos seus parentes é uma tarefa difícil. Nos últimos anos, tem havido grandes esforços para mudar esta situação. No estudo de Konstantis e Exiara (2015), foi desenvolvido e aplicado um breve questionário com base nas diretrizes do protocolo SPIKES a 59 médicos do Hospital Geral de Komotini na Grécia. Eles concluíram que houve baixas taxas de treinamento específico em comunicar as más notícias, mas, no entanto, o local selecionado para a realização desta tarefa, bem como o discurso do médico e a sua estratégia de comunicação estavam de acordo com estas diretrizes.

Corroborando com os nossos resultados, em grande parte, a avaliação do protocolo SPIKES, uma diretriz recomendada para expor más notícias, é escassa, e a falta de informações sobre as preferências dos pacientes em como receber estas informações ainda persiste na

Alemanha. Neste sentido, Seifart et al. (2014) investigou as etapas recomendadas do protocolo SPIKES, as consequências emocionais e a qualidade da comunicação de más notícias. Para tanto, 350 pacientes com câncer responderam ao MABBAN (*Marburg Breaking Bad News Scale*), um questionário que representa as seis subescalas do protocolo SPIKES, solicitando o procedimento, percepção e satisfação da primeira divulgação do câncer e atribuição do paciente a estes itens.

Estes autores obtiveram como resultados que apenas 46,2% dos pacientes com câncer estão completamente satisfeitos com a forma como as notícias ruins foram comunicadas. Para eles, a qualidade geral está significativamente relacionada ao estado emocional após receber as más notícias. Assim, as preferências dos pacientes diferem muito significativamente da forma como estas notícias foram comunicadas, e a lista de preferências deles indicou que o protocolo SPIKES não atende plenamente as prioridades dos pacientes com câncer naquele país.

Consequentemente, pode-se postular que a baixa satisfação dos pacientes observados no estudo citado anteriormente, reflete a diferença altamente significativa entre as preferências dos pacientes e a comunicação de más notícias. Portanto, algumas adjunções ao protocolo SPIKES devem ser consideradas, incluindo uma garantia frequente do entendimento dos ouvintes, a possibilidade de fazer perguntas, o respeito às necessidades de pré-disposição e a concepção de transmitir as más notícias em um procedimento dividido em etapas.

Por fim, para Fujimori e Uchitomi (2009), de acordo com a revisão sistemática da literatura que realizaram, a fim de esclarecer o conhecimento disponível sobre as preferências dos pacientes em relação à comunicação de más notícias e os seus fatores associados, eles descobriram que os pacientes preferem, em relação à comunicação de más notícias, por parte dos médicos, quatro componentes: o planejamento, a maneira de comunicar as más notícias, o que e a quantidade de informação fornecida, além do suporte emocional.

Quanto à questão 13 (*Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais difícil?*) não encontramos resultado significativo ($p=0,3744$). As alternativas sobre o “reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença” e a “realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente” foram as mais selecionadas no primeiro teste, com 12 e 11 marcações respectivamente.

Enquanto que na segunda avaliação, foram apontados como os elementos mais difíceis “o reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto” e a “realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente”.

Apoiando os nossos resultados, Pereira et al. (2017) identificaram dentre os 200 profissionais da saúde participantes da sua pesquisa, que a etapa mais difícil das metodologias de comunicação de más notícias foi lidar com as emoções dos enfermos que receberam esta notícia, sendo que, 87 participantes (43,5%) referiram este elemento. Ademais os estudos de Van Dulmen et al. (2007) e Emmanuel et al. (2005) também relataram que a etapa mais difícil no processo de comunicação de más notícias é enfrentar as emoções dos pacientes.

Neste sentido, Pereira et al. (2017) realizaram o comparativo entre o sexo dos entrevistados, identificando que ambos concordam que o aspecto mais difícil é falar sobre fim da vida do paciente. Porém, as mulheres acreditaram que a segunda tarefa mais difícil é a abordagem sobre o diagnóstico, enquanto que os homens apresentaram mais dificuldade ao lidar com o fim dos tratamentos disponíveis.

De tal maneira, a questão marcada como a de maior dificuldade “reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença”, após a compreensão do protocolo SPIKES, pelos participantes do nosso curso, vai ao encontro com a percepção de Díaz (2006), na qual deve-se respeitar a vontade daqueles pacientes que não gostariam de saber sobre o seu diagnóstico. Outra possível dificuldade, mencionada pelo mesmo autor, é em relação à idade do paciente. Quanto mais idoso ele seja, maiores são as chances de não assimilar a informação transmitida pelo médico sobre a sua condição de saúde.

Nota-se a real importância da compreensão integral sobre o que está para ser comunicado. No estudo de Borges, Freitas e Gurgel (2012), o profissional apresenta o medo de os pacientes e familiares transferirem a dor do momento para a pessoa que lhes dá a má notícia. Esse tipo de medo está relacionado ao temor do profissional de que os doentes e seus familiares dirijam sua raiva para eles, seja ela originada de uma falha clínica, seja devido a um deslocamento do sentimento de culpa.

Portanto, complementarmente a isso, o National Breast and Ovarian Cancer Centre (2010) acrescenta que a abordagem utilizada para a revelação da má notícia pode ter enfoque no paciente ou na doença. Quando centrado na doença, a ação torna-se técnica e menos empática. Quando centrado no paciente, as emoções permeiam a abordagem do profissional, trazendo comportamento empático. Profissionais da saúde, desta última forma, podem encontrar dificuldade em manter a verdade associada à esperança e apoio.

8.3 Características das respostas dos participantes na avaliação sobre o curso de comunicação de más notícias

Os questionários de avaliação do curso de comunicação de más notícias buscaram caracterizar a reação de seus participantes considerando os aspectos instrucionais, motivacionais para sua rotina clínica, estratégias de ensino, capacidade do facilitador, bem como suas expectativas individuais.

A forma da avaliação, por meio de questões fechadas validadas previamente, possui como aspecto positivo a confiabilidade dos resultados. Porém, corre-se o risco de restringir a opinião e a percepção individuais não previstas pelo aplicador (LACERDA e ABBAD, 2003).

De um modo geral, o curso foi bem avaliado por seus partícipes, baseando-se principalmente nos resultados de 75 (94,9%) indivíduos que responderam que *ficaram satisfeitos com o treinamento recebido*, 79 (100%) participantes, *recomendariam este curso para outros profissionais* e 78 (98,7%) participantes afirmaram que *o curso beneficiaria toda a equipe que tem contato com pacientes*.

Assim, mostra-se imprescindível a adoção de avaliações que abarquem critérios formativos e a metodologia do treinamento. Seus resultados podem se abrir para serem questionados, visto que, desta forma, ofereceriam maior compreensão sobre o conteúdo e didática adotados (SCORSOLINI-COMIN, INOCENTE e MIURA, 2011).

Em relação à avaliação do conteúdo adquirido pelos participantes no nosso curso de más notícias mostrou-se, de uma forma geral, muito enriquecedora, visto a grande porcentagem de alternativas escolhidas em concordância com o gabarito. Apesar disso, uma questão (*Os elementos não verbais devem ser analisados independentemente do contexto e da cultura, nos quais estão inseridos*) apresentou 55,7 % de acertos.

Esta baixa taxa de acertos, comparativamente às outras questões, pode ser explicada pela possível compreensão ambígua que a organização do texto predispõe. A primeira interpretação, compatível com o intuito real da questão, refere-se à interdependência entre aspectos sócio-culturais em que o paciente está inserido e os seus elementos não verbais. Outra possível interpretação refere-se à imprescindibilidade da análise dos elementos não verbais, apesar do contexto e da cultura em que estão inseridos.

Baile et al. (2000) lembra que a transmissão de más notícias a seus receptores equivale a qualquer outro procedimento técnico que exige uma sequência lógica de etapas, em que cada uma deve ser realizada e concluída rigorosamente. Em nossa pesquisa, entretanto, ao avaliarmos a apreensão do conhecimento adquirido, apenas 15,2% concordaram pouco com a

sequência de ações expostas na questão “As etapas do Protocolo SPIKES são: o local onde será transmitida a má notícia; a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente; reconhecimento de o quanto o paciente quer saber sobre a doença; a apresentação das possibilidades de tratamento, além do reconhecimento das emoções e dos sentimentos que possam aparecer nesse contexto.”

De acordo com Bonnaud-Antignac et al. (2010) na avaliação do desempenho de um curso de formação sobre a divulgação do diagnóstico de câncer para estudantes do quinto ano de medicina da Universidade de Nantes, e desenvolveram um curso dividido em três sessões: (1) um grupo de discussão sobre o protocolo SPIKES para a comunicação do diagnóstico ruim, (2) uma entrevista gravada com um paciente simulado para aferir as habilidades de implementação deste protocolo na comunicação, e (3) feedback de um profissional da saúde com experiência na informação de más notícias.

Para tanto, os seus objetivos de aprendizagem dos autores citados anteriormente eram a memorização e a implementação do protocolo SPIKES, além do uso de técnicas de comunicação adequadas para lidar com as respostas dos pacientes e identificar as próprias reações em uma situação estressante. Neste sentido, dois tipos de avaliações foram realizados antes e após cada sessão, sendo estas: a auto-avaliação por parte dos alunos e uma avaliação externa quantitativa e qualitativa por um psicólogo e por médico sênior.

Ainda de acordo com os autores supracitados, no geral, 108 estudantes participaram do curso. Eles sentiram que a sua competência melhorou após cada sessão em termos dos três objetivos de aprendizagem. Por isso, concluíram que o curso de formação em técnicas de comunicação ajudou os alunos a adquirir habilidades na sua confiança em transmitir más notícias, apoiando a teoria com a prática e o feedback.

No comparativo das idades, a única questão que apresentou significância foi o item 6.1 que trouxe o questionamento “Os principais elementos do processo de comunicação são: fonte, mensagem, receptor e feedback”, onde os entrevistados deveriam referir, como resposta a alternativa “concordo plenamente”. A porcentagem de acerto chegou a 91,1%, porém, a média de idade dos acertos foi de 29 anos, ao passo que a média de idade dos erros foi de 23 anos.

Corroborando com este achado, Perosa e Ranzani (2008) relataram que é da conduta de profissionais mais velhos e experientes, mesmo sem o treinamento formal da comunicação de más notícias, utilizarem-se da auto-aprendizagem e espelharem-se em profissionais mais graduados para basear suas condutas.

Diante dos resultados obtidos, podemos considerar que a hipótese desta Tese foi corroborada, ou seja, o treinamento de habilidades de comunicação de más notícias melhorou o conhecimento e competência dos profissionais da saúde nas situações de comunicação de más notícias.

9. Considerações finais

O presente estudo teve por objetivo capacitar os estudantes e os profissionais atuantes na área da saúde para as situações de comunicação de más notícias aos pacientes e aos seus familiares, favorecendo a assimilação das referências propostas no protocolo SPIKES.

A amostra analisada foi composta por 79 participantes do curso de difusão sobre a comunicação de más notícias realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, os quais aceitaram o convite para a participação desta pesquisa após receberem as informações sobre os objetivos e os procedimentos para a sua realização.

A avaliação do treinamento foi pelo questionário composto, na primeira parte, por 13 questões objetivas acerca do protocolo SPIKES e, posteriormente, por 43 questões objetivas sobre o conteúdo ministrado durante as atividades do curso.

Tratando-se de uma análise aos pares, com resultados pré e pós testes comparados, o procedimento estatístico de escolha foi o teste de McNemar. Frente ao que se propõem, ao analisar os resultados, os questionários não respondidos foram descartados a fim de indicar a verossímil codificação dos valores obtidos.

A população estudada foi composta majoritariamente por mulheres, na faixa etária entre 18 e 55 anos e na carreira de Enfermagem. Esta classe profissional tem destaque nesta temática visto à responsabilidade do enfermeiro de manter-se próximo à pessoa cuidada durante seu período de hospitalização.

O elevado número de entrevistados que responderam que nunca receberam qualquer formação sobre como comunicar más notícias revela a defasagem da formação profissional no Brasil no que tange à relação médico-paciente. Da mesma forma que permanece precária a formação da capacidade de responder às emoções do paciente.

A auto-avaliação na habilidade de comunicação mostrou que 15 pessoas, as quais se consideravam com capacidade razoável em dar más notícias, passaram a se considerar boas. Apesar do cenário otimista, a real proporção da efetiva mudança na interação profissional-paciente só pode ser mensurada após o seu retorno à atuação profissional e o contato com os seus pacientes.

Quanto à aplicabilidade do protocolo SPIKES, houve diferença significativa entre confiança no protocolo nas duas aplicações dos questionários. Apesar disso, os resultados poderiam ser mais fidedignos caso tivesse sido considerado o item que integrasse os participantes que não conheciam o protocolo previamente ao curso.

Na comparação entre o pré e pós-testes, também encontramos diferença significativa ao abordar qual o plano ou estratégia utilizada durante o relato de uma má notícia, fato que contradiz o objetivo da questão que é avaliar a rotina da atuação do profissional, visto que não

houve possibilidade de aplicar em sua prática clínica o conhecimento adquirido. A quantidade de respostas perdidas também revela a incapacidade dos entrevistados de optarem por uma alternativa condizente à sua técnica comunicacional.

Quanto ao elemento do protocolo SPIKES de maior facilidade, no pré-teste, 15 pessoas consideraram a escolha do ambiente e 14 pessoas consideraram a realização de uma síntese de tudo o que foi dito e a verificação da compreensão por parte do paciente, enquanto que o pós teste apenas seis pessoas optaram por este último item. A conscientização da importância, por parte dos profissionais, da compreensão da condição de saúde pelo próprio paciente e familiar para a sua evolução clínica levou a esses partícipes reconsiderarem esta aparente facilidade da ação.

Assim, conforme percebido pelas respostas dos participantes e pelos achados disponíveis na literatura científica, a comunicação de más notícias tem sido negligenciada pelas instituições de ensino da área da saúde.

O presente trabalho buscou a capacitação de profissionais e graduandos da área da saúde com posterior avaliação do curso ministrado. Diante deste movimento, espera-se que haja maior conscientização da importância na qualidade da relação profissional de saúde e paciente e dos seus benefícios consequentes da comunicação pertinente ao contexto no qual está inserido.

Para que a qualidade da comunicação em saúde seja implementada na rotina clínica, sugere-se que a temática seja abordada em formato de educação continuada ou educação permanente, baseando-se no perfil da equipe de profissionais da instituição trabalhada.

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) asseveram que a educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Deste modo, é conceituada como o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual

Ressalta-se também a importância da capacitação de toda a equipe multiprofissional, pois, embora o médico seja o primeiro responsável pela informação ao paciente e ao familiar sobre a nova condição sobrepujante em suas vidas, todo e qualquer contato respalda-se na abordagem adequada e conveniente para o bem estar do ser cuidado.

Além disso, as evidências demonstram que uma comunicação de más notícias eficaz pelos profissionais de saúde, proporciona a adesão ao tratamento, contribuem para melhores resultados e consequentemente um incremento na qualidade de vida dos pacientes que passam por um momento crítico de suas vidas.

10. Conclusão

Em relação às características sociais e demográficas, os participantes do curso, esteve entre as faixas etárias de 18 anos (idade mínima) e 55 anos (idade máxima), sendo a média 28,6. Com relação ao sexo, 66 foram mulheres (83,5%) e 13 eram homens (16,5%). Houve uma maior prevalência da profissão Enfermagem, com 42 participantes (53,2%), seguido dos 19 estudantes de graduação em Enfermagem (24,1%). As outras carreiras apresentaram frequências menores de indivíduos, sendo nove de Psicologia (11,4%), três de Serviço Social (3,8%), dois de Farmácia (2,5%), dois de Biologia (2,5%), um de Terapia Ocupacional (1,3%) e um estudante de Medicina (1,3%).

Com relação às modificações ocorridas por meio do Questionário Breaking Bad News, antes e após a proposta de treinamento de habilidades de comunicação de más notícias, encontramos diferença significativa nos itens 3,4; 6,7; 10; 11 e 12.

A questão 3 demonstrou que a maioria dos participantes não havia recebido formação formal de como comunicar as más notícias, sendo que no pré-teste apenas 10,1% responderam que já havia recebido formação formal e no pós-teste encontramos que 60,8% responderam afirmativamente, demonstrando que pode ter ocorrido mudança de aptidão.

A questão 4 refere-se à capacidade de transmitir as más notícias, sendo que no pós-teste os participantes melhoraram sua autoavaliação em relação à sua comunicação de más notícias, onde a categoria “boa” apresentou a frequência de 18,2% no pré-teste e aumentou para 42,8% no pós-teste, demonstrando que neste grupo 24,6% consideraram a melhora na sua aptidão.

A questão 6 referente ao tipo de treinamento técnico recebido para responder às emoções do paciente, no pós-teste encontramos que 64,6% responderam que tiveram treinamento formal, o que podemos inferir que houve mudança de competência.

A questão 7 relaciona-se ao conforto em lidar com as emoções do paciente e encontramos no pré-teste que 21,8% dos participantes responderam absolutamente desconfortável e após o curso, apenas 7,7% responderam neste item, demonstrando mudança de aptidão.

A questão 10 refere-se a utilização do protocolo SPIKES na prática clínica, sendo que no pré-teste 65,4% dos participantes responderam positivamente e no pós-teste 92,3% dos participantes reafirmaram esta resposta, o que demonstra a mudança de competência neste grupo de sujeitos.

A questão 11 referiu-se ao plano ou estratégia utilizada para comunicar as más notícias, demonstrando que no pré-teste 21,9% dos indivíduos responderam usar um plano ou estratégia consistente e no pós-teste encontramos 51,6%, o que pode nos levar a inferir que houve mudança de aptidão neste item.

Na questão 12 cita-se qual elemento do protocolo SPIKES é considerado mais fácil, sendo verificado no pré-teste que 30,6% dos sujeitos consideraram o local e no pós-teste 53,6% dos indivíduos reafirmaram este item; 28,6% das pessoas consideraram a síntese de informação e no pós-teste 12,24% participantes a reafirmaram, sugerindo que possa ter ocorrido mudanças de competência neste item.

Com relação a avaliação do curso de comunicação de más notícias, aplicada ao final da atividade, 100% dos participantes concordaram plenamente com os itens 1.1, 1.2 e 1.3 relacionados ao conhecimento do conteúdo, organização e clareza dos facilitadores. Nas questões 2.1 e 2.2, 97,5% dos sujeitos também concordaram plenamente com as estratégias e métodos utilizados no curso e apontaram ter havido oportunidade adequada para a participação.

No quesito qualidade dos materiais recebidos 91,1% dos participantes consideraram adequado; 92,4% das pessoas consideraram tema e a qualidade das referências bibliográficas adequada, 77,2% participadores consideraram o assunto adequado.

Em relação a relevância para o trabalho, 97,5% partícipes concordaram plenamente para a formação e aplicação no seu trabalho, além de 84,8% das pessoas concordarem plenamente que o curso foi prático.

No quesito eficácia, dentre os participantes concordaram plenamente: 81% com a duração do curso, 88,6% que os objetivos do curso foram alcançados, 97,5% que valeu a pena o tempo investido no curso, fora do trabalho, 94,9% que podem fazer um trabalho melhor após este treinamento e 72,2% que se sentem confiantes sobre o uso destas habilidades no trabalho. Ainda neste quesito, 63,3% dos partícipes não concordaram plenamente que poderiam desenvolver estas habilidades antes deste treinamento.

Nas questões referentes às expectativas individuais, concordaram plenamente: 92,4% que o conteúdo atendeu suas expectativas, 93,7% que suas perguntas e preocupações foram atendidas, 94,9% ficaram satisfeitos com o treinamento recebido, 100% recomendariam este curso para outros profissionais e, por fim 98,7% concordaram que o curso beneficiaria toda a equipe que tem contato com pacientes.

No comparativo das idades, a única questão que apresentou significância foi o item 6.1 que trouxe o questionamento “Os principais elementos do processo de comunicação são: fonte, mensagem, receptor e feedback”, onde os entrevistados deveriam referir, como resposta a alternativa “concordo plenamente”. A porcentagem de acerto chegou a 91,1%, porém, a média de idade dos acertos foi de 29 anos, ao passo que a média de idade dos erros foi de 23 anos.

Diante desses resultados positivos consideramos que a hipótese formulada: o treinamento de habilidades de comunicação de más notícias melhora o conhecimento e a

competência dos profissionais da saúde nas situações de comunicação de más notícias, foi corroborada.

11. Referências

ABBASZADEH, A. et al. Nurses perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. **J. med. ethics and hist. Med.**, v. 7, 2014.

ANDRADE, C. G. et al. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v.22, n.5, p. 674-679, set. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a15.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ALMANZA-MUÑOS, M. J. J.; HOLLAND, C. J. La comunicación de las malas noticias en la relación medico-paciente. III Guía clínica práctica basada en evidencia. **Rev. Sanidad Militar**, 53(3): 220-224, 1999.

ARAUJO, M. M. T. **Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ARAUJO, J.; ELIZABETH, M. L. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto**, v11, n.2, abr. 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ARBABI, M. et al. Patients' preference to hear cancer diagnosis. **Iran. J. Psych.**, v. 9, n. 1, p. 8, 2014.

ARBABI, M. et al. How to break bad news: Physicians' and nurses' attitudes. **Iran. J. Psych.**, v. 5, n. 4, p. 128, 2010.

BAILE, W. F. et al. SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: **The Oncologist**, 5: 302-311, 2000.

BARNETT, M. M. et al. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. **Med. Educ.**, v. 41, n. 10, p. 947-956, 2007.

BASCUÑÁN, M. L.; ROIZBLATT, A.; ROIZBLATT, D. Giving bad news in medicine: an exploratory study. **Rev. Med. Univers. Navarra**, v. 51, n. 2, p. 28-31, 2007.

BERLO, D. K. **O processo de comunicação: Introdução a teoria e prática**. São Paulo, SP: Fontes, J. A. (trad.), Martins, 2003.

BERRY, J. Technology support in nursing education: clickers in the classroom. **Nursing Education Perspectives**, v.30, n.5, p.295-8, set. 2009. Disponível em: <<http://nlnjournals.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-30.5.295>> Acesso em: 15 dez. 2016

BONAMIGO, E. L.; DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Rev. Bioética**, 18(3):725 –742, 2010.

BONNAUD-ANTIGNAC, A. et al. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. **Psycho-Oncology**, v.19, n.9, p.975-981, nov. 2009.

BORGES, M. S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 113-126, ago. 2012. ISSN 1982-8829.

Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>>. Acesso em: 10 jul. 2017

Brown, R. et al. Doctor's stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. **Acad. Med.** V. 84, n 11, p.1595-602, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858823>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

Buckman, R. **How to break bad news**: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

CASTEL, A. D. et al. The development of memory efficiency and value-directed remembering across the life span: a cross-sectional study of memory and selectivity. **Developmental psychology**, v. 47, n. 6, p. 1553, 2011.

CHUMPITAZI, C. E. et al. Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation Curriculum for Pediatric Emergency Medicine Fellows. **Cureus**, 8(5); 2016.

DELEVALLEZ, F. et al. Breaking bad news in oncology: the Belgian experience. **Rev. Mal. Respir.** Oct;31(8):721-8, 2014.

EGGLY, S. et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. **J. Clin. Oncol.**, v.24, n.4, p.716-719, 2006. Disponível em: <<http://jco.ascopubs.org/content/24/4/716.short>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

EID, A. et al. Breaking bad news: standardized patient intervention improves communication skills for Hematology-Oncology fellows and advanced practice nurses. **J. Canc. Educ.**, 24(2): 154-159, 2009.

EMANUEL, L. L. et al. Communicating effectively. education in palliative and end-of-life care. **Oncology EPEC-O**. Chicago: The EPEC Project, p. 1-13, 2005.

FARBER, N. J. et al. The good news about giving bad news. **J. Gener. Intern. Med.**, v.17, n.12, p. 914-922, 2002.

FUJIMORI, M.; UCHITOMI, Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. **Japan. J. Clin. Oncol.**, v. 39, n. 4, p. 201-216, 2009.

FUMIS, R. R. L. Comunicação das más notícias: um cuidado com a saúde. **Rev. Bras. Med. - Especial Oncologia** 1, 67(1): 34-35, 2010.

HAGERTY, R. G. et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. **J. Clin. Oncol.**, v. 23, n. 6, p. 1278-1288, 2005.

HEBERT, H. D. et al. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors. **J. Palliat. Med.**, v. 12, n. 12, p. 1119-1124, 2009.

GARCIA DÍAZ, F. Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue. **Med. Intens.**, v. 30, n. 9, p. 452-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194403>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, v. 21, n.3, p.455-462, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300010&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 27 out. 2016.

GRINBERG, M. Comunicação em Oncologia e Bioética. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**,56(4):376-377, 2010.

GRIFFITHS, J. et al. Breaking bad news about transitions to dying: a qualitative exploration of the role of the district nurse. **Palliat. Med.**, v. 29, n. 2, p. 138-146, 2015.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.55, n.2, p. 139-143, 2009.

IGNÁCIO, M.G; FAVARIN, R.N. Más Notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. **Boletim Eletrônico SBPO**, v. 7, n. 1, janeiro/fevereiro/março. 2010. Disponível:http://www.sbp.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf. Acesso em: 20 fev. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, v.1. 2010 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

KAPLAN, M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. **Clin. J. Oncol. Nurs.**, v.14, n.4, p.514-516, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20682509>>. Acesso em: 4 jun. 2017.

KIM, J. H.; VON GERSDORFF, H. Suppression of spikes during posttetanic hyperpolarization in auditory neurons: the role of temperature, I h currents, and the Na⁺-K⁺-ATPase pump. **J. neurophysiol.**, v. 108, n. 7, p. 1924-1932, 2012.

KILUK, J. V.; DESSUREAULT, S.; QUINN, G. Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. **J. Canc. Educ.** v. 27, n. 2, p. 277-280, 2012.

KONSTANTIS, A.; EXIARA, T. Breaking bad news in cancer patients. **Indian J. Palliat. Care**, v. 21, n. 1, p. 35, 2015.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LACERDA, E. M.; ABBAD, G. Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas preditoras. **Rev. Admin. Contemp.**, v. 7, n. 4, p. 77-96, 2003.

LAMBA, S. et al. Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: a literature review. **J. Palliat. Med.**, v. 19, n. 1, p. 101-107, 2016.

LEE, H. R.; YI, S.; Yoon. Delivering bad news to a patient: a survey of residents and fellows on attitude and awareness. **Korean J. Med. Educ.**, v. 25, n. 4, p. 317-325, 2013.

LECH, S. S.; DOS SANTOS DESTEFANI, A.; BONAMIGO, E. L. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 4, n. 1, p. 69-78, 2013. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2568>. Acesso em: 19 abr. 2016.

LEITE, N.; VASCONCELOS, J.; FONTES, W. Communication in the process of humanization of the assistance at intensive care unit: experience of relatives and cares. **Rev. enferm. UFPE on line**. v.4, n.4, p. 1587-94, out. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/957>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

LIÉNARD, A. et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. **Br. J. Cancer**, v. 103, n. 2, p. 171, 2010.

LIMA, A. E. A. Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en intento. **Rev. Argent. Cardiol.**, Buenos Aires, v. 71, n. 3, p. 217-220, 2003.

LINO, C. A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 1, p. 52-7, 2011.

LOCATELLI, C. et al. Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the GIO Ger study. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 5, p. 1112-1119, 2013.

LOPES, M, J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu. Campinas**. N. 24 (jan./jun. 2005), p. 105-125, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MARCELLE KAPLAN, R. N. et al. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. **Clinic. J. oncol. nurs.**, v. 14, n. 4, p. 514, 2010.

MELLO, T. B. **Comunicação de más notícias: experiências de mães de crianças e adolescentes com cancer**. 2013. 89 f. 2014. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)-Curso de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em:< www.teses.usp.br/teses/.../22/.../TALITHABORDINIDEMELLO.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2016.

MENNA BARRETO, S.; DE CASTRO, E. K. Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2820/282038428006/>. Acesso em: 28 mai. 2016.

MCFARLANE, J. ; RIGGINS, J. ; SMITH, T. J. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news about the cost of medical care. **J. Clin. Oncol.** v.26, n.25, p.4200-4204, 2008. Disponível em: < <http://jco.ascopubs.org/content/26/25/4200.short>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MOCHEL, E. G. et al. Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. **Cadernos de Pesquisa**, v. 17, n. 3, 2011.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v.22, n.3, p.323-327, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000300014&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 11 mai. 2015.

MORTON, J. et al. European Donor Hospital Education Programm (EDHEP): enhancing communication skills with bereaved relatives. **Anaesth Intensive Care**, v. 28, n. 1, p.184-190, abr. 2000. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10788971>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

MULLER, P. Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. **J. Postgrad. Med.**, Berwyn, v. 112, n.3, p.1-6, 2002.

NATIONAL BREAST AND OVARIAN CANCER CENTER. Communication skills training initiative breaking bad news evidence from the literature and recommended steps. **Center for Health Research & Psycho-oncology on behalf of the National Breast Cancer**. Disponível em:< <https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/nbocc-bbn-lit-review-and-next-steps.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 36, n. 2, p. 228-33, 2012.

OLIVEIRA, M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 401-408, 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 478-484, Set. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017

PEREIRA, C. R. et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p.

43-49, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000100043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2017.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10226>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 32, n. 4, p. 468-73, 2008.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2006.

PICHETI, J. S.; DUARTE, V. M. Câncer – a influência dos aspectos psicológicos na adesão ao tratamento. In: HART, C.F.M. [et al]. **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008.

POLIT, D.; HUNGLER, B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, SP, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/10.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PTACEK, J. T.; MCINTOSH, E. G. Physician challenges in communicating bad news. **J. Behav. Med.**, v. 32, n. 4, p. 380-387, 2009.

DEL POZO, P. et al. Truth-telling and cancer diagnoses: physician attitudes and practices in Qatar. **Oncol.** 17(11):1469-74, 2012

RCN. **Breaking bad news: supporting parents when they are told of their child's diagnosis**. London, 2015. Disponível em: <https://my.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/545289/004471.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ROSENBAUM, M. E.; FERGUSON, K. J.; LOBAS, J. G. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. **Academic Medicine**, v. 79, n. 2, p. 107-117, 2004.

ROSENZWEIG, M. Q. Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. **Nurse Pract.**, v.37, n.2, p.1-4, fev. 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/tnpj/Abstract/2012/02000/Breaking_bad_news__A_guide_for_effective_and.1.aspx>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SANTOS, J. L. et al. Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033311024/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SEIFART, C. et al. Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. **Annals of oncology**, v. 25, n. 3, p. 707-711, 2014.

SEP, M. S.C. et al. The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. **Patient education and counseling**, v. 95, n. 1, p. 45-52, 2014.

SCHIAVON PASCHOAL, A.; MANTOVANI, M. F.; JOAQUIM MÉIER, Marineli. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, 2007.

SCORSOLINI-COMIN, F.; FORLI INOCENTE, D.; KAZUMI MIURA, I. Aprendizagem organizacional e gestão do conhecimento: pautas para a gestão de pessoas. **Rev. Bras. Orient. Prof.**, v. 12, n. 2, 2011.

SILVA, V. C. E; ZAGO, M. M. F. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes. **Rev. Bras. Enferm. USP**, Brasília, DF, v.58, n.4, p. 476-480, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 fev. 2016.

SILVA, L. P. S.; DOS SANTOS, I.; DE CASTRO, S. Z. M. Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura [Giving bad news in the context of cancer care: integrative literature review]. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 3, p. e19940, 2016.

SPAFFORD, M. M.; SCHRYER, C. F.; CREUTZ, S. Balancing patient care and student education: learning to deliver bad news in an optometry teaching clinic. **Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.** 2009; 14 (2): 233-50. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-008-9107-5>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SOUSA, F. H.; et al. The Use Of Spikes Protocol In Cancer: An Integrative Review. **Intern. Arc. Med.**, v. 10, 2017. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2403>. Acesso em: 04 mar. 2017.

TRAIBER, C.; LAGO, P. M. Comunicação de más notícias em pediatria. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 1, n. 1, 2012. Disponível: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152030bcped_12_01_02.pdf. Acesso em: 20 mai. 2016.

VAIDYA, V. U.; GREENBERG, L.; KANTILAL, M. P.; et al. Teaching physicians how to break bad news. A 1-day workshop using standardized patients. **Arc. Pediatrics & Adolescent Med.**, v.153, n.1, p. 419-422, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

VANDEKIEFT, G.K. Breaking Bad News. **American Family Physician**, Washington, DC, v. 64, n. 12, p. 1975-1979, dez. 2001.

Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html>>. Acesso em: 10 jan.2016.

VAN DULMEN, S.; et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. **BMC health services research**, v. 7, n. 1, p. 55, 2007.

VICTORINO, A. B. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, v. 10, n. 1, p. 53-63, 2007.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005. Acesso em: 29 jun. 2016.

WARNOCK, C.; et al. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. **J.Adv. Nurs.**; 66(7):1543-55. 2010.

WHITNEY, S. N. et al. Beyond breaking bad news. **Cancer**, v. 113, n. 2, p. 442-445, 2008.

WITTMANN, D.; FOLEY, S.; BALON, R. A biopsychosocial approach to sexual recovery after prostate cancer surgery: the role of grief and mourning. **J. Sex and Marital Therap.**37(2):130–144, 2011.

YAMAMOTO, F. et al. A survey of disclosure of diagnosis to patients with glioma in Japan. **Int. J. Clin. Oncol.** v.16, n.3, p.230-7, 2011. Disponível em:<

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21136132>>. Acesso em: 4 jan. 2017

ZAMANZADEH, V.; et al. The taboo of cancer: the experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 2, p. 396-402, 2013.

12. Apêndices

Apêndice I

Questionário: *Breaking Bad News Symposium* (1ª e 2ª Avaliação)

Data: __/__/__ **Idade:** ____ **Sexo:** () Feminino () Masculino

Formação: _____

Questionário: *Breaking Bad News Symposium*

Disponível em: 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.

- 1. Em um mês, quantas vezes você comunica más notícias a um paciente?**
 - a) Menos de 5 vezes.
 - b) 5 a 10 vezes.
 - c) 11 a 20 vezes.
 - d) Mais de 20 vezes.

- 2. Qual tarefa você considera mais difícil?**
 - a) Discutir o diagnóstico.
 - b) Informar ao paciente a recorrência da doença.
 - c) Falar sobre o fim do tratamento ativo e início do tratamento paliativo.
 - d) Discutir questões de fim da vida.
 - e) Envolver a família / amigos do paciente.

- 3. Que tipo de formação ou treinamento você recebeu para transmitir más notícias?**
 - a) Formação formal: treinamento, curso, congresso ou especialização.
 - b) Acompanhou médico ou outro profissional da saúde durante a transmissão de notícias ruins
 - c) Ambos
 - d) Nenhum

- 4. Como você avalia a sua própria capacidade de dar más notícias?**
 - a) Muito boa.
 - b) Boa.
 - c) Razoável.
 - d) Ruim.
 - e) Muito ruim ou péssimo.

- 5. Para você o que é mais difícil ao discutir a má notícia?**
 - a) Ser honesto, sem tirar a esperança.
 - b) Lidar com a emoção do paciente (por exemplo: choro, raiva).
 - c) Decidir o tempo de permanência com o paciente, conforme sua necessidade.
 - d) Conversar/envolver familiares e amigos do paciente.
 - e) Envolver o paciente e/ou a família na tomada de decisões.

- 6. Que tipo de treinamento técnico você recebeu para responder às emoções do paciente?**
 - a) Formação formal: treinamento, curso, congresso ou especialização.
 - b) Acompanhou médico ou outro profissional da saúde durante transmissão de notícias ruins.
 - c) Ambos.
 - d) Nenhum.

7. **Como você classificaria o seu próprio conforto em lidar com as emoções do paciente (por exemplo, choro, raiva, negação)?**
- a) Bastante confortável.
 - b) Não muito confortável.
 - c) Absolutamente desconfortável.
 - d) Confortável.
8. **O protocolo SPIKES fez sentido para você?**
- a) Sim.
 - b) Não.
9. **Uma estratégia ou abordagem para comunicar más notícias pode ser útil para você em sua prática?**
- a) Sim.
 - b) Não.
10. **Você acredita que o Protocolo SPIKES é prático e pode ser usado em sua prática clínica?**
- a) Sim.
 - b) Não.
 - c) Parcialmente.
11. **Ao comunicar má notícia ao paciente, que plano ou estratégia você utiliza?**
- a) Um plano ou estratégia consistente.
 - b) Várias técnicas / táticas, mas nenhum plano global.
 - c) Nenhuma abordagem consistente à tarefa.
12. **Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais fácil?**
- a) O local onde será transmitido o diagnóstico.
 - b) A percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente.
 - c) Reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença.
 - d) A apresentação das possibilidades de tratamento.
 - e) O reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto.
 - f) A realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente.
13. **Qual elemento do protocolo SPIKES você considera mais difícil?**
- a) O local onde será transmitido o diagnóstico.
 - b) A percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente.
 - c) Reconhecer quanto o paciente quer saber sobre a doença.
 - d) A apresentação das possibilidades de tratamento.
 - e) O reconhecimento das emoções e sentimentos que possam aparecer nesse contexto.
 - f) A realização de uma síntese de tudo o que foi dito, e a verificação da compreensão por parte do paciente.

Apêndice II

Gabarito da Avaliação do curso de Más notícias

1. Facilitadores	Concordo pouco	Concordo plenamente
1.1. Os facilitadores conheciam o conteúdo.		
1.2. Os facilitadores foram organizados.		
1.3. Os facilitadores foram claros.		
2. Estratégias e mídia		
2.1. Houve uma adequada variedade de métodos e estratégias usadas no curso.		
2.2. Houve oportunidade adequada para participação.		
2.3. A qualidade dos materiais recebidos foi adequada.		
2.4. A qualidade das referências bibliográficas foi adequada.		
2.5. A quantidade de atividades práticas foi adequada.		
3. Relevância para o trabalho		
3.1. A formação foi relevante para o seu trabalho.		
3.2. O curso foi prático.		
3.3. Você pode aplicar o que aprendeu no trabalho.		
4. Eficácia		
4.1. A duração do curso foi adequada.		
4.2. Os objetivos do curso foram alcançados.		
4.3. Valeu a pena o tempo investido no curso, fora do trabalho.		
4.4. Você poderia desenvolver estas habilidades antes deste treinamento.		
4.5. Você poderá fazer um trabalho melhor após este treinamento.		
4.6. Você está confiante sobre o uso dessas habilidades no trabalho.		
5. As expectativas individuais		
5.1. O conteúdo atendeu suas expectativas.		
5.2. Suas perguntas e preocupações foram atendidas.		
5.3. Você ficou satisfeito com o treinamento recebido.		
5.4. Você recomendaria este curso para outros profissionais.		
5.5. O curso beneficiaria toda a equipe que tem contato com pacientes.		
6. Conteúdo		
6.1. Os principais elementos do processo de comunicação são: fonte, mensagem, receptor e feedback.		X
6.2. As informações não verbais são: os efeitos do ambiente, a aparência física, os gestos, as posturas, as expressões faciais, o comportamento visual, o toque e os aspectos não verbais da voz.		X

6.3. As expressões faciais universais são: medo, tristeza, nojo, alegria, desprezo, surpresa e raiva.		x
6.4. Os elementos não verbais devem ser analisados independentemente do contexto e da cultura, nos quais estão inseridos.	x	
6.5. Em toda comunicação interpessoal cerca de 7% da mensagem é verbal (somente palavras), 38% é vocal (incluindo tom de voz, inflexão e outros sons) e 55% é não-verbal.		x
6.6. A má notícia pode ser definida como: qualquer informação que altera de forma drástica e negativa a visão do paciente sobre seu futuro.		x
6.7. É recomendada a utilização de linguagem técnica na comunicação de uma má notícia ao paciente.	x	
6.8. Durante o processo de comunicação de más notícias, os pacientes preferem que os profissionais de saúde sejam: honestos, diretos, sensíveis e que não valorizem a esperança.	x	
6.9. A comunicação de más notícias pode ser realizada no corredor do ambulatório e/ou na sala de espera.	x	
7.0. As etapas do Protocolo SPIKES são: o local onde será transmitida a má notícia; a percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente; reconhecimento de o quanto o paciente quer saber sobre a doença; a apresentação das possibilidades de tratamento, além do reconhecimento das emoções e dos sentimentos que possam aparecer nesse contexto.	x	
7.1. Comunicar uma má notícia exige do enfermeiro sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino. É aceitável que nem sempre este consiga atender da melhor forma às necessidades do paciente, uma vez que, também vivencia o processo de forma particular e intensa.		x
7.2. A comunicação está presente em muitas atividades do enfermeiro, tais como: a entrevista, o exame físico ou o planejamento da assistência efetuada, influenciando a qualidade da assistência prestada ao paciente.		x
7.3. É importante perceber as condições emocionais do paciente e o quanto ele sabe sobre a doença antes de comunicar uma má notícia.		x
7.4. O tratamento é escolhido e explicado sem considerar a opinião do paciente.	x	
7.5. Durante a comunicação de uma má notícia o paciente começa a chorar, você desconsidera e continua falando sobre o diagnóstico e tratamento.	x	
7.6. No final da comunicação de más notícias você faz uma avaliação do entendimento e das dúvidas do paciente.		x
7.7. Na comunicação de más notícias você se sente atrás da escrivaninha.	x	
7.8. O paciente fica desesperado com a notícia, você espera ele se acalmar deixando-o sozinho no local.	x	
7.9. A maioria dos pacientes deseja receber informação acerca do seu diagnóstico, sintomas, opções de tratamento, efeitos secundários e prognóstico.		x
8.0. A família considera como os elementos mais importantes da comunicação de más notícias: a atitude da pessoa que deu		x

a notícia; a clareza da mensagem; a privacidade; a capacidade do comunicador em responder às eventuais dúvidas.		
8.1. O Protocolo SPIKES pretende servir como um guia geral e não como um protocolo rígido.		x

13. Anexos

Anexo I

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 362/2016, de 10.11.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 10 de novembro de 2016.

Protocolo CAAE: 60061716.1.0000.5393

Projeto: A comunicação de más notícias na área da oncologia: proposta de treinamento de habilidades para enfermeiros

Pesquisadores: Fernando Henrique de Sousa
Namie Okino Sawada (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Namie Okino Sawada

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – EERP/USP

1. NOME DA PESQUISA: A comunicação de más notícias na área da oncologia: proposta de treinamento de habilidades para enfermeiros.

2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: MD. Fernando Henrique de Sousa e Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada.

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo **capacitar enfermeiros para situações de comunicação de más notícias aos pacientes com câncer e aos seus familiares**. Caso concorde em participar, o(a) Senhor(a) realizará, um treinamento de habilidades de comunicação, com duração de cinco horas, a ser realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Inicialmente, será realizada a entrega do material aos participantes: questionário baseado no protocolo SPIKES, que possui 13 questões objetivas. Em seguida, o(a) Senhor(a) será convidado a respondê-lo. Esse processo poderá ocorrer em, aproximadamente, 20 minutos, e será feito no início e no final do curso, em um ambiente em grupo. Sua participação é completamente voluntária e as eventuais despesas com transporte, alimentação e outros durante o período de realização do curso serão de responsabilidade do participante, e não haverá ressarcimento dos mesmos. Tanto sua identidade quanto a da instituição onde as informações serão coletadas serão preservadas. Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a entender os benefícios efetivos do treino de habilidades verbais e não verbais de comunicação para evitar barreiras entre a comunicação da equipe de Enfermagem com o paciente e seus familiares. Esses resultados poderão ser utilizados para fins de aulas, palestras, eventos científicos e publicações, sem a identificação dos participantes. Esses resultados ajudarão os enfermeiros no planejamento da assistência ao paciente em tratamento do câncer, visando à melhora no processo de enfrentamento da doença. Durante a realização da pesquisa, o participante pode sentir-se incomodado devido ao tempo necessário para responder as perguntas dos questionários, bem como ter uma percepção de intimidar-se por estar realizando uma atividade em grupo. No entanto, os pesquisadores responsáveis estarão à disposição para esclarecer dúvidas e oferecer apoio. Também é garantido ao participante negar-se a responder as questões dos questionários ou mesmo de informar que não sabe a resposta. Ademais, será garantido ao participante o contato com os pesquisadores responsáveis por telefone e e-mail. O(a) Senhor(a), também poderá deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento, caso se sinta constrangido pela sua participação. Caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, de acordo com as leis vigente no país. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP por meio do endereço e/ou telefone abaixo. Agradecemos a colaboração.

Rubrica do Participante da Pesquisa.	Rubrica do Pesquisador Responsável.	Rubrica do Orientador (a) Responsável.
--------------------------------------	-------------------------------------	--

Contato do pesquisador: Av. Bandeirantes, 3900, sala 68. CEP: 14040-902. Tel.: (16) 3315-3438.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP: Av. Bandeirantes, 3900, sala 38. CEP: 14040-902. Tel.: (16) 3315-9197. Horário de funcionamento: dias úteis, das 8h às 17h.

EU, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima e estando ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. Sei que, quando não quiser mais participar, posso desistir. Sei também que, ao final desta pesquisa, meu nome será mantido em sigilo. Aceito que as informações prestadas sejam anotadas. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-la com ela.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e livremente manifesto minha vontade em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ORIENTADORA RESPONSÁVEL

Profª. Drª. Namie Okino Sawada

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Fernando Henrique de Sousa

Dados dos pesquisadores responsáveis:

Fernando Henrique de Sousa

Doutorando em Ciências pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).

Telefone para contato: (14) 98176-6649

E-mail: drfhs@yahoo.com.br

Profª. Drª. Namie Okino Sawada

Orientadora- Professora e chefe do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).

E-mail: sawada@eerp.usp.br