



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Mariana Rita Mesquita Silva Estrela Santos

Dissertação para obtenção do Grau de mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Paulo Vitória
Coorientador: Professor Doutor Miguel Castelo-Branco
Coorientador: Professora Doutora Célia Nunes

Covilhã, maio de 2018

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

À minha família.

Pelo apoio incondicional e por tornarem tudo isto possível!

Agradecimentos

Aos meus pais, Mafalda e Paulo, pela sempre presença, por terem feito de mim a pessoa que sou hoje e pelo amor incondicional que dão todos os dias. Obrigada por terem tornado possível a concretização deste sonho.

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Vitória por ser incansável, pela paciência, pela pronta resposta a incontáveis dúvidas, ajuda e disponibilidade ao longo deste projeto, tornando-o possível de se concretizar. Também aos meus coorientadores Professora Doutora Célia Nunes e Professor Doutor Miguel Castelo Branco por todo o tempo dispensado e ajuda valiosa.

À Dra. Juliana Sá pela enorme colaboração e ajuda ao longo deste projeto.

A todos os alunos que participaram neste estudo, tornando-o assim possível.

Ao Dr. Filipe Coutinho pela grande disponibilidade e pelo facultar de ferramentas essenciais.

À minha segunda “mamãzita”, tia e madrinha Ana, por todo o amor, por estar sempre presente nos momentos mais importantes e pelo apoio e disponibilidade constante para me “cortar palavras deste texto” ou “traduzir aquele abstract”.

Aos meus avozinhos, cuja inspiração, presença constante e orgulho me impelem a procurar sempre ser mais e melhor.

Aos meus maninhos, Margarida (Mizinha) e Miguel, por tudo o que representam para mim, por serem as minhas caras “metade” (e por vezes até “gémeos”) e por toda a estupidez natural que temos juntos.

Às melhores amigas que a cidade neve me trouxe e, quando menos espero, me continua a trazer e a surpreender. Tornaram sem dúvida este percurso especial e repleto de recordações. Obrigada por tudo o que trouxeram e por toda a alegria contagiante! Espero que seja para a vida!

À família C’a Tuna aos Saltos, a qual me vai custar muito “largar”, pelos incontáveis momentos de partilha, amizade e boa disposição. Ajudou-me a crescer, a nível pessoal, a nível relacional, na bagagem de responsabilidade e dedicação. “Momentos que passam, histórias que ficam”.

Finalmente à Vera, pela paciência, pelo amor e pelo apoio incondicional nos bons e nos maus momentos.

Resumo

INTRODUÇÃO: A comunicação de “más notícias” em contexto clínico é uma tarefa extremamente difícil e complexa, a qual está presente no dia-a-dia do médico e é transversal a todas as especialidades.

Ainda não é claro que modelos curriculares e metodologias de ensino e aprendizagem serão os melhores para a formação em comunicação de “más notícias”, sendo importante o feedback estudantil, o qual permitirá obter informações valiosas acerca da eficácia das condições pedagógicas atuais e assim desenvolver iniciativas para melhorar a qualidade do ensino.

O principal objetivo do estudo passa por rever a autoavaliação que os alunos da FCS-UBI fazem da sua formação em comunicação de “más notícias” em contexto clínico e perceber o impacto de diferentes métodos pedagógicos na aprendizagem de conhecimentos e de competências relacionadas com dar “más notícias” em contexto clínico, assim como na confiança dos alunos relativamente a estes conhecimentos e competências.

MATERIAIS E MÉTODOS: É um estudo observacional transversal e com uma parte longitudinal prospetivo, com 2 cortes (aula expositiva e vídeo-aula). Durante o mês de Janeiro de 2018 os alunos do 4º e 5º ano da FCS-UBI participaram numa aula que teve por base o protocolo SPIKES e foram convidados a responder a dois questionários eletrónicos, um antes (Q1) e outro após a aula (Q2). Para efetuar o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS®, versão 23 para Windows®.

RESULTADOS: Responderam a Q1 268 alunos, perfazendo uma taxa de resposta de 82,7%, dos quais 197 (73,5%) eram do sexo feminino e 71 (26,5%) do sexo masculino. A idade média foi de $23,12 \pm 2,594$ anos. Assistiram à aula e responderam a Q1 e a Q2 240 alunos, perfazendo uma taxa de resposta de 74,1%, dos quais 176 (73,3%) eram do sexo feminino e 64 (26,7%) do sexo masculino. A média de idades foi de $23,06 \pm 2,608$ anos.

No que toca à formação dos alunos, mais de metade já tiveram alguma formação em comunicação de “más notícias” em contexto clínico, mas apenas de um ponto de vista teórico e ainda 34% afirmam que o tema não terá sido abordado. A autoavaliação que os alunos fazem dos seus conhecimentos, competências e confiança é baixo (valor médio inferior a 4). Apenas uma minoria, 3,4%, refere conhecer o protocolo SPIKES. Cerca de metade dos alunos ainda não presenciou aquilo que se considera uma “má notícia”, facto que pode ajudar a explicar a razão de a maioria dos alunos não se sentir preparado para comunicar “más notícias”. Posto isto a maioria dos alunos avalia o ensino destes conhecimentos e competências por parte da FCS-UBI como sendo insuficiente e atribui uma grande importância em abordar e preparar esta área na formação pré-graduada em medicina.

Os alunos ficaram globalmente satisfeitos com a aula sobre “más notícias”, sendo de notar uma satisfação superior no modelo expositivo-ativo com tutor presencial, e aconselhá-lo-iam a futuros anos. A autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança que os alunos haviam feito em Q1 (situada na parte negativa da escala) subiu significativamente em Q2, situando-se agora na parte positiva da escala, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança e o tipo de modelo de aula assistido. Saliente-se que, em Q1, tendencialmente o sexo masculino sente-se mais confiante do que o sexo feminino para comunicar uma “má notícia”, facto que já não se verifica em Q2.

CONCLUSÃO: Ao longo deste trabalho foram identificadas, na opinião dos alunos, várias falhas na forma como a FCS-UBI tem abordado este tema, nomeadamente, os escassos momentos formativos e a abordagem meramente teórica e desprovida de alguns conteúdos como o protocolo SPIKES. Cerca de metade dos alunos já teriam presenciado a comunicação de uma “má notícia” não estando, contudo, confiantes para o executar se fosse necessário.

A nível dos métodos de ensino testados, os alunos demonstraram uma alta satisfação global pela participação nestas aulas, demonstrando agrado e considerando importante a inclusão de uma aula sobre comunicação de “más notícias” no seu currículo. Importante frisar a subida muito significativa nos conhecimentos, competências e confiança autoavaliadas pelos alunos, após a aula.

Em jeito de conclusão, é essencial fazer alterações no currículo de pré-graduação em medicina de forma a incluir um programa de formação em comunicação de “más notícias” sólido e estruturado, que envolva os vários anos de formação e que tenha uma abordagem teórica e prática, satisfazendo as necessidades dos alunos e a eficácia da aprendizagem.

Palavras-chave

Comunicação de más notícias, Educação Médica, Métodos pedagógicos, Competências, Efetividade, Clínica.

Abstract

INTRODUCTION: The breaking of bad news in clinical environments is an extremely nuanced and complex task, one that is present in the everyday activities of a physician, while also being common to all medical specialties. It is not yet clear what curricular models and teaching methodologies are the most effective for training health professionals in order to break bad news. As such, student feedback presents itself as an important asset, giving us valuable information about the efficacy of current pedagogical conditions, which in turn allows the development of better initiatives to improve teaching.

The main focus of this study is to review FCS-UBI student self-evaluation after their communication training on “Breaking bad news in a clinical environment”, and to assess the impact of different methodologies on the students’ learning process as well as their own confidence in communicating bad news.

MATERIALS AND METHODS: This is a cross-sectional observational study with a prospective longitudinal component, with 2 cohorts (expositional lesson and video-lesson). During the month of January of 2018, medical students of FCS-UBI of the 4th and 5th year participated in a lesson based on the SPIKES protocol, and were then given two quizzes to answer, one before they attended the lesson (Q1) and one after (Q2). The statistical treatment of data was achieved by the usage of the SPSS® program, Windows® version 23.

RESULTS: 268 students answered Q1, resulting in a response rate of 82,7%, from which 197 (73,5%) were females and 71 (26,5%) were male. The student average age was of 23,12±2,594 years. 240 students attended the lesson and answered both Q1 and Q2, which resulted in a 74.1% response rate, from which 176 (73,3%) were female and 64 (26,7%) were male. In this group, the average age was of 23,06±2,608 years.

Regarding student training, over half had already underwent some sort of training in breaking bad news in a clinical environment, but only from a theoretical point of view, while 34% claimed that the subject was not addressed properly. Student self-evaluation concerning their own knowledge and skills was low (average score under 4). Only a minority of students (3,4%) claimed to be familiar with the SPIKES protocol. Roughly half of the students has not yet witnessed an event they deemed as traumatic or “bad”, which could explain why most students do not feel prepared enough to break bad news. Most students assess the teaching of these knowledge and skills as insufficient, while also attributing great importance to this matter.

Students were overall satisfied with the lesson, with greater levels of satisfaction found in the expositional type lesson by a tutor, going so far as to recommend it to fellow colleagues.

The negative self-evaluation students has answered in Q1 improved significantly in Q2, which showed positive results (these differences are statistically significant). However, no significant relationship was found between student self-evaluation scores and the type of lesson attended. It should also be noted that, in Q1, male students felt more confident in their ability to break bad news to patients; this was not the case in Q2.

CONCLUSION: Throughout this work, in the students’ opinion, various flaws have been found pertaining how FCS-UBI has addressed this issue, namely the scarce learning opportunities as well as the purely theoretical approach (devoid of the SPIKES protocol). About half of the students had already witnessed the breaking of bad news, but did not feel prepared to do so themselves.

Students showed overall high satisfaction in attending these lessons, considering them to be of paramount importance in their curriculum. The significant increase in students’ knowledge and skills pertaining this matter cannot be stressed enough.

In conclusion, it is essential to reshape the undergraduate curriculum in medicine, in order to include a training program pertaining the breaking of bad news in a clinical environment, one that involves various degree level, with both a theoretical and practical approach, satisfying students’ needs and learning effectiveness levels.

Keywords

Bad news communication, Medical Education, Teaching Methods, Competencies, Effectiveness, Clinic.

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-chave	v
Abstract.....	vi
Keywords	vii
1. Introdução	1
1.1 Objetivos.....	3
2. Metodologia.....	4
2.1 . Caraterização do estudo.....	4
2.2 . População em estudo	4
2.3 . Amostra.....	4
2.4 . Procedimento.....	5
2.5 . Método de recolha de dados.....	5
2.6 . Questionários	5
2.7 . Análise estatística	6
3. Resultados.....	8
3.1 . Dados sociodemográficos.....	8
3.2 . Comunicação de “más notícias” em contexto clínico: Importância, formação, experiências	9
3.3 . Protocolo SPIKES	12
3.4 . Autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança (pré e pós aula) e relação entre eles	13
3.5 . Relação entre a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança e o ensino na FCS-UBI	14
3.6 . Relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) com o nível de conhecimentos, competências e confiança	15
3.7 . Satisfação e avaliação do modelo da aula lecionada.....	16
3.8 . Relação entre os conhecimentos, competências, confiança e grau de satisfação da aula com o modelo assistido.....	20
3.9 . Relação entre o modelo de aula assistido com o aconselhar deste a futuros alunos e com as necessidades dos alunos nesta área	21
4. Discussão	22
4.1 . Discussão dos resultados.....	22
4.2 . Limitações do estudo	27
4.3 . Sugestões futuras	28
5. Conclusão	29

6.	Bibliografia.....	30
7.	Anexos	32
7.1	. Anexo 1 - Questionário 1 (Q1)	32
7.2	. Anexo 2 - Questionário 2 (Q2)	35
7.3	. Anexo 3 - Plano das aulas sobre comunicação de "más notícias" em contexto clínico	38
7.3	. Anexo 4 - Slides das aulas lecionadas no contexto deste projeto	39
7.3	. Anexo 5 - Parecer da Comissão de Ética da FCS-UBI	46
7.4	. Anexo 6 - Co-autoria de um capítulo na colectânea de textos "Psicologia na Medicina" a publicar pela Editora LIDEL	47
7.5	. Anexo 7 - Certificado de participação no I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde	48
7.6	. Anexo 8 - Confirmação de aceitação de resumo no International Conference on Communication in Healthcare 2018	49

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1- População em estudo</i>	<i>4</i>
<i>Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos participantes.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabela 3 - Importância, formação e experiências em comunicação de más notícias</i>	<i>9</i>
<i>Tabela 4 - Experiência e conhecimento de protocolos em comunicação de más notícias</i>	<i>11</i>
<i>Tabela 5 - Importância, formação e experiências em comunicação de más notícias</i>	<i>12</i>
<i>Tabela 6 - Resultados da autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança em Q1 e Q2.....</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 7 - Correlação entre o ensino em comunicação de “más notícias” e a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 8- Relação entre o sexo e a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança</i>	<i>15</i>
<i>Tabela 9 - Relação entre a variável sociodemográfica idade com a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança</i>	<i>16</i>
<i>Tabela 10 - Resultados da satisfação relativos ao modelo de aula assistido</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 11- Aspectos negativos em relação ao modelo de aula assistido</i>	<i>17</i>
<i>Tabela 12 - Avaliação do protocolo SPIKES após a aula.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabela 13 - Relação entre a autoavaliação de conhecimentos, competências, confiança e a satisfação com o modelo de aula assistido</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 14 - Relação entre o modelo de aula assistido e as necessidades dos alunos nesta área</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 15 - Relação entre o modelo de aula assistido com o aconselhar deste a futuros alunos e com as necessidades dos alunos nesta área</i>	<i>21</i>

Lista de Figuras

<i>Figura 1- População e amostra em estudo</i>	<i>5</i>
<i>Figura 2 - Receios e dificuldades do médico no momento de dar uma “má notícia”</i>	<i>10</i>
<i>Figura 3 - Modelo de aula presenciado</i>	<i>16</i>
<i>Figura 4 - Modelo de aula assistido e necessidades de aprendizagem</i>	<i>18</i>
<i>Figura 5 - Grau de satisfação da aula assistida</i>	<i>18</i>

Lista de Acrónimos

DP	Desvio padrão
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
IAC	Interno do ano comum
Q1	Questionário antes da aula
Q2	Questionário após a aula
ρ	Coeficiente de correlação de Spearman
p-value	Probabilidade de significância
SPIKES	Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

Na era da informação, dos recursos terapêuticos e tecnológicos, na qual todos carregam o desejo de saber mais e melhor sobre as suas condições médicas (a nível de diagnóstico, opções terapêuticas e prognóstico)(1-3), é essencial que os médicos estejam devidamente treinados e capacitados para uma boa comunicação com os seus pacientes, especialmente se nos debruçarmos sobre a comunicação de “más notícias”.

Antes de avançar torna-se imperativo definir o conceito de “má notícia” em contexto clínico. Apesar de muito subjetivo e pessoal, é consensualmente aceite a seguinte definição: “qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro”.(4)

A comunicação de “más notícias” em contexto clínico é uma tarefa extremamente difícil e complexa, a qual está presente no dia-a-dia do médico e é transversal a todas as especialidades.(2,3,5,6) É uma ação que tem um impacto relevante sobre quem transmite, o médico, e quem recebe a informação, paciente e/ou familiar, podendo levar a angústia e stress destes mesmos intervenientes.(5) A comunicação de “más notícias” pode e deve ser ensinada, aprendida e desenvolvida de forma estruturada e, segundo um estudo recente, este ensino deve focar particularmente a gestão das emoções. Como tal, e pelo evidente contraste entre a frequência de comunicação de “más notícias” por parte do médico e a falta de formação na área, tem-se verificado uma preocupação crescente em introduzir este tema nos curricula de formação médica pré-graduada.(5,6)

Sendo os estudantes de medicina a base da pirâmide médica, aqueles com todo um potencial por explorar, e que cada vez mais estão consciencializados para a importância da formação em comunicação,(2,6) torna-se imperativo estruturar um currículo sólido, impregnado não só das capacidades técnicas como das não-técnicas, na qual se inclui a comunicação de “más notícias”. Com este intuito, inúmeros estudos têm procurado obter o feedback estudantil, permitindo obter informações valiosas acerca das condições pedagógicas atuais e assim desenvolver iniciativas para melhorar a qualidade do ensino.(2,6-9) Com este feedback, é visível e preocupante a avaliação negativa da qualidade de ensino nesta área, descrito como precoce e desarticulado.(2,5,8,10) São vários os fatores identificados que afetam negativamente a performance dos jovens médicos, entre eles, a falta de competências em comunicação (experiência ou formação), medo de dizer algo errado, falta de suporte por parte dos seus tutores, limitações temporais, dificuldade em saber quais as palavras corretas a utilizar ou qual a melhor forma de o dizer, o controlo emocional e o distanciamento afetivo.(8,11)

Outro grande fator que poderá ser uma das barreiras na aprendizagem e adquirir de competências na transmissão de “más notícias” é o aumento do *numerus clausus* nas faculdades de medicina portuguesas, que resulta num rácio estudante-tutor alto (média de 7,53 para 3º,4º e 5ºs anos)(12) o que por sua vez se traduzirá numa insuficiente prática da

“relação médico-doente”, meio de ensinamento empírico essencial para a aprendizagem de técnicas de comunicação de “más notícias”. Acrescendo a tudo o que foi referido, a extensa gama de matérias abordadas ao longo dos anos de curso acabam por fazer com que algumas áreas do saber médico sejam negligenciadas, sendo a comunicação de “más notícias” um exemplo disto mesmo.

Vários autores referem que, no caso da comunicação de “más notícias” em contexto clínico, a forma como a mensagem é transmitida influencia a perspetiva que os doentes têm sobre o sistema de saúde, o grau de compreensão acerca da sua condição, a participação e envolvimento na decisão clínica e o seu estado emocional. Como tal, com vista a melhorar essa transmissão, Robert Buckman criou um protocolo constituído por 6 etapas, conhecido pelo acrónimo SPIKES: Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions and Strategy.(3) Este permite ao médico, emissor da notícia difícil, estruturar a sua comunicação numa sequência definida. Existem outros protocolos, mas o protocolo SPIKES é aquele que reúne maior consenso entre os médicos e uma boa aceitação por parte dos estudantes que com ele contactam.(5) Apesar de se saber que o contacto com este tipo de ferramentas aumenta o sentimento de preparação dos profissionais e futuros profissionais no que toca a esta temática, no estudo de Albuquerque,2013, o qual incluiu 1087 estudantes de medicina das várias faculdades portuguesas, apenas 20% dos estudantes tiveram contacto com o protocolo SPIKES durante o seu percurso académico.(8)

Quanto a modelos curriculares e metodologias de ensino e aprendizagem, no que toca à comunicação de “más notícias”, ainda não é claro quais serão as melhores opções pedagógicas. Segundo a perspetiva dos médicos internos de ano comum portugueses que participaram num estudo já referido, estas temáticas deveriam ser abordadas longitudinalmente, em especial após o estudante ter algum contacto prévio com os doentes e ao longo de todos os anos clínicos(6) e, baseado numa revisão da literatura, idealmente qualquer currículo de pré-graduação em medicina deveria incluir um modelo como o SPIKES, o qual permitiria a transmissão de “más notícias” de forma estruturada e segura.(13) É ainda de notar uma clara preferência dos alunos por métodos pedagógicos mais interativos para adquirir conhecimentos e competências nesta área.(7)

Considerando tudo o que foi exposto acima e tendo por base dois anos clínicos, 4º e 5º ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), estabeleceram-se os objetivos propostos abaixo.

1.1 Objetivos

1. Avaliar o impacto de diferentes métodos pedagógicos na aprendizagem de conhecimentos e de competências relacionadas com dar más notícias em contexto clínico, assim como na confiança dos alunos relativamente a estes conhecimentos e competências.
2. Comparar efeitos em subgrupos de alunos com base em variáveis sócio-demográficas;
3. Analisar a perceção que os alunos da FCS-UBI têm em relação à formação em comunicação de “más notícias” em contexto clínico, no sentido de identificar alguns pontos fracos e fortes desta mesma formação.

2. Metodologia

2.1. Caracterização do estudo

O presente estudo define-se como observacional transversal. Uma parte deste estudo é longitudinal prospetivo (dados recolhidos antes e depois de assistir a uma aula), com 2 coortes (aula expositiva-ativa com tutor presencial e aula expositiva com vídeo-aula).

A recolha de dados foi feita de modo não aleatório, a partir de 2 questionários eletrónicos através do serviço web do Google Forms e em dois momentos temporais.

Após a recolha de dados, procedeu-se à análise quantitativa.

2.2. População em estudo

A população deste estudo é constituída pelo universo de alunos inscritos no 4º e 5º ano de medicina da FCS-UBI, sendo o seu total, no ano letivo 2017/2018, de 324 alunos distribuídos de acordo com os dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1- População em estudo

		n (%)
Alunos inscritos na FCS-UBI (n=324)	4º	170 (52,5%)
	5º	154 (47,5%)

2.3. Amostra

Dada a natureza e objetivos do estudo teremos de caracterizar a amostra em duas subamostras constituídas por:

1. os alunos que responderam ao Questionário 1 (Q1), e
2. os alunos que responderam a Q1, assistiram à aula lecionada e responderam ao Questionário 2 (Q2) (figura 1).

As amostras serão caracterizadas mais detalhadamente na secção dos resultados.

2.4. Procedimento

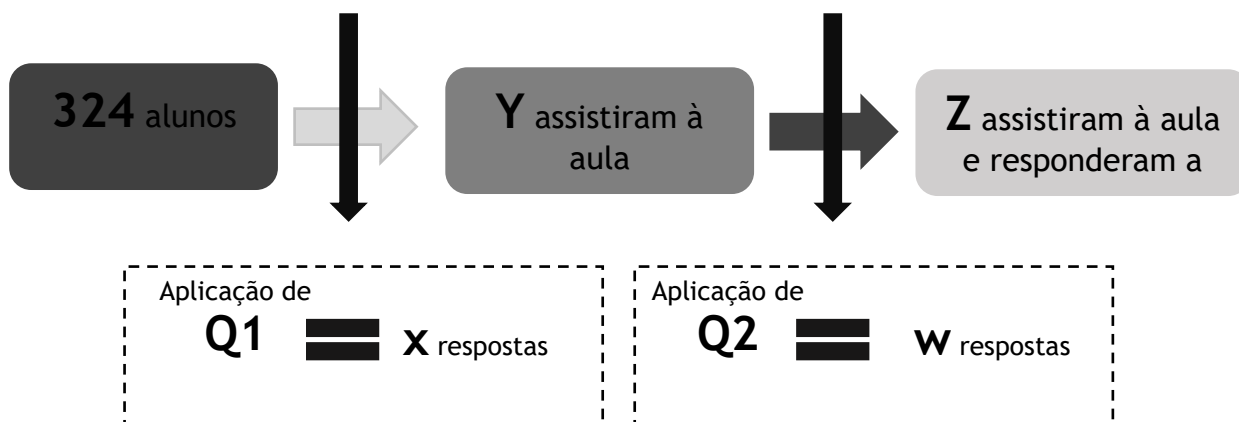


Figura 1- População e amostra em estudo

2.5. Método de recolha de dados

Este estudo teve como ponto de partida uma aula de 90 minutos lecionada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, inserida no plano curricular dos alunos do 4º e 5º ano de medicina da FCS-UBI. A aula foi preparada para este projeto e foi desenvolvida em dois formatos: expositivo-ativo com tutor presencial e expositivo com vídeo-aula. Após se obter uma aprovação por parte do Diretor de Curso e o apoio do Gabinete de Educação Médica, a aula foi realizada em Janeiro de 2018 por dois docentes da FCS. A aula teve como principal objetivo dotar os alunos de uma base teórico-prática em “Comunicação de más notícias em contexto clínico” tendo por base as evidências encontradas na literatura e o protocolo SPIKES.

2.6. Questionários

Para recolha de dados foram aplicados 2 questionários, o primeiro antes da aula (Questionário pré-aula - Q1), e o segundo depois da aula (Questionário pós-aula - Q2). Estes questionários foram aplicados com base no programa Google Forms, tendo sido enviados por email a todos os alunos do 4º e 5º ano da FCS-UBI, sendo que Q1 foi enviado 1h antes do começo da aula e encerrado cerca de 45 minutos após a aula ter começado e Q2 foi enviado 1h após o início da aula e encerrado cerca de 2 dias depois.

Para a elaboração dos questionários, foi feita uma extensa pesquisa bibliográfica que, apesar de evidenciar que a literatura sobre o tema “Comunicação de más notícias” é vasta, revelou

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

grandes insuficiências no que toca a instrumentos de investigação. Por este motivo os dois questionários utilizados neste estudo foram construídos pelo investigador com base em excertos de vários questionários já utilizados em estudos anteriores, sendo depois testados por 5 alunos da FCS-UBI, tendo sido identificados alguns erros e dificuldades de interpretação, procedendo-se posteriormente à sua reformulação (Anexos 1 e 2).

Os referidos questionários, Q1 e Q2, são constituídos por 31 e 30 perguntas, respetivamente, das quais a maioria é respondida em escalas tipo Likert (1-9 pontos) e algumas outras de escolhas múltiplas e de resposta aberta. As perguntas foram organizadas essencialmente em 4 partes, sendo elas:

- Dados sociodemográficos; (em Q1 e Q2)
- Noção de competências em comunicação de más notícias, formação, experiência pessoal e confiança relativamente às mesmas; (Q1 e Q2)
- Conhecimento, facilidades e dificuldades na aplicação do protocolo SPIKES; (Q2)
- Satisfação e repercussões da aula lecionada a nível de conhecimentos, competências e confiança.

Este estudo e os questionários (anexos 1 e 2) foram aprovados pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI) (Anexo 3).

2.7. Análise estatística

Após a recolha dos questionários foi construída uma base de dados e utilizado o software estatístico SPSS®, versão 23 para *Windows*®, para realização do tratamento estatístico.

Com a finalidade de descrever e sintetizar os dados, foi inicialmente feita uma análise descritiva. Para as variáveis qualitativas calculou-se a frequência absoluta e a frequência relativa e para as variáveis quantitativas as médias e os desvios-padrão.

Adicionalmente, para avaliar a relação entre variáveis, recorreu-se a alguns métodos da inferência estatística, nomeadamente ao teste de Wilcoxon, para verificar a diferença entre dois grupos dependentes (uma vez que o pressuposto de normalidade não se verificou por forma a poder-se utilizar o teste t para amostras emparelhadas). O teste de Friedman foi utilizado para comparar mais do que dois grupos dependentes (uma vez que não se verificou o pressuposto de normalidade necessário para a utilização da ANOVA medidas repetidas). Recorreu-se ainda ao teste de Mann-Whitney para testar a existência de diferença entre dois

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

grupos independentes. O pressuposto da normalidade foi verificado através do teste de *Kolgomorov-Smirnov*.

Para cumprir os objetivos propostos recorreu-se ainda ao teste do Qui-Quadrado, para estudar a associação entre variáveis qualitativas. Por forma a quantificar o grau de associação entre as variáveis recorreu-se ao coeficiente de associação V de *Cramer*, cuja classificação foi baseada no seguinte critério (14):

$V \leq 0,1$ - associação fraca;

$0,1 < V \leq 0,3$ - associação moderada;

$V > 0,3$ - associação forte.

Para quantificar a correlação entre a avaliação do modo como o curso ensina as matérias e a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança recorreu-se ao coeficiente de correção ρ de Spearman cuja classificação foi baseada nos seguintes critérios:(15)

$\rho \geq 0,70$: associação muito forte;

$0,5 \leq \rho \leq 0,69$: associação forte;

$0,30 \leq \rho \leq 0,49$: associação moderada;

$0,10 \leq \rho \leq 0,29$: associação fraca;

$0,01 \leq \rho \leq 0,09$: associação muito fraca.

3. Resultados

3.1. Dados sociodemográficos

Dos 324 alunos inscritos no 4º e 5º ano de medicina da FCS-UBI, 268 responderam ao questionário 1 (Q1), perfazendo uma taxa de resposta de 82,7%. Destes 268 alunos que constituem a amostra, com uma média de idades de 23,12 (\pm 2,594) e idade mínima de 20 e máxima de 38, 73,5% eram do sexo feminino. Quanto à distribuição por ano escolar, 54,1% frequentavam o 4º ano de escolaridade (tabela 1 e 2).

Assistiram à aula lecionada e responderam ao questionário 2 (Q2) e a Q1 240 alunos, 74,1% do total de alunos da FCS-UBI e 89,6% do total que haviam respondido a Q1, sendo este número o será utilizado para as análises dos resultados pré e pós aula. A média de idades desta amostra era de 23,06 (\pm 2,608) e idade mínima de 20 e máxima de 38, 73,3% eram do sexo feminino e 51,7% frequentavam o 4º ano (tabela 2).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos participantes

		Q1** n (%)	Q2-Q2*** n (%)
Participantes no estudo	4º	145(54,1%)	124(51,7%)
	5º	123(45,9%)	116(48,3%)
Total (Taxa de resposta) [†]		268 (82,7%)	240 (74,1%)
Sexo	Masculino	71 (26,5%)	64 (26,7%)
	Feminino	197 (73,5%)	176 (73,3%)
Ano Curricular	4º ano	145 (54,1%)	124 (51,7%)
	5º ano	123 (45,9%)	116 (48,3%)
Idade	Média \pm DP (Mínimo- Máximo)	23,12 \pm 2,594 20-38	23,06 \pm 2,608 20-38

Q1- Questionário 1; *Responderam a Q1, Q2- Questionário 2 e assistiram à aula.

[†]Taxa de resposta calculada tendo por base o total de alunos inscritos no 4º e 5º ano de medicina da FCS-UBI

3.2. Comunicação de “más notícias” em contexto clínico: Importância, formação, experiências

O questionário aplicado incluía algumas questões com o objetivo de perceber a importância que os alunos atribuem à comunicação de “más notícias” em contexto clínico, de que forma este tema tem vindo a ser lecionada por parte da FCS-UBI, o grau de satisfação dos alunos para com este ensino, inclusivamente se já teriam tido contacto com algumas técnicas/protocolos em comunicação de “más notícias, e se já teriam feito formação a este nível fora da FCS-UBI (tabela 3).

Como podemos observar na tabela 3, de acordo com a maioria dos alunos, 59,7%, este tema teve apenas uma abordagem teórica por parte da FCS-UBI. 34% dos alunos considera ainda que o tema não foi abordado de todo. Apenas 13,1% respondeu ter tido alguma formação na área fora do âmbito da FCS-UBI.

Tabela 3 - Importância, formação e experiências em comunicação de más notícias

Questão	Alternativas de resposta	Resultados n(%)
De que forma o tema "Comunicação de Más Notícias" foi abordado no curso de medicina da FCS-UBI?	O tema não foi abordado	91 (34%)
	Tema abordado do ponto de vista teórico	160 (59,7%)
	Tema abordado do ponto de vista prático	2 (0,7%)
	Tema abordado do ponto de vista teórico e prático	15 (5,6%)
Fez formação sobre este tema fora do âmbito do curso de medicina da FCS-UBI?	Sim	35 (13,1%)
	Não	233 (86,9%)
		Resultados Média ± DP
Como avalia a importância de abordar e preparar a "Comunicação de Más Notícias" na formação pré-graduada em Medicina		7,93 ± 1,204 ²
Como avalia o ensino destes conhecimentos e competências no curso de medicina da FCS-UBI		4,19 ± 2,127 ³

² Escala 1-9 pontos, 1=Sem importância; 9=Extrema importância. ³ Escala 1-9 pontos, 1=Insuficiente; 9=Excelente.

Os alunos de medicina do 4º e 5º ano da FCS-UBI veem esta temática como muito importante para sua formação e consideram de extrema importância a sua abordagem e preparação na formação pré-graduada em medicina já que, numa escala de 1 a 9 de importância, mais de 85% dos alunos a classificaram ≥ 7 (média do total de respostas: $7,93 \pm 1,204$, tabela 3).

De acordo com a opinião dos alunos, entre os maiores receios e dificuldades dos médicos, no que a dar “más notícias” diz respeito, estão a incerteza quanto à reação emocional do doente e familiar, o sentimento de incapacidade em lidar com uma doença incurável ou com a morte e a Inexperiência e falta de formação por partes dos profissionais (figura 2).

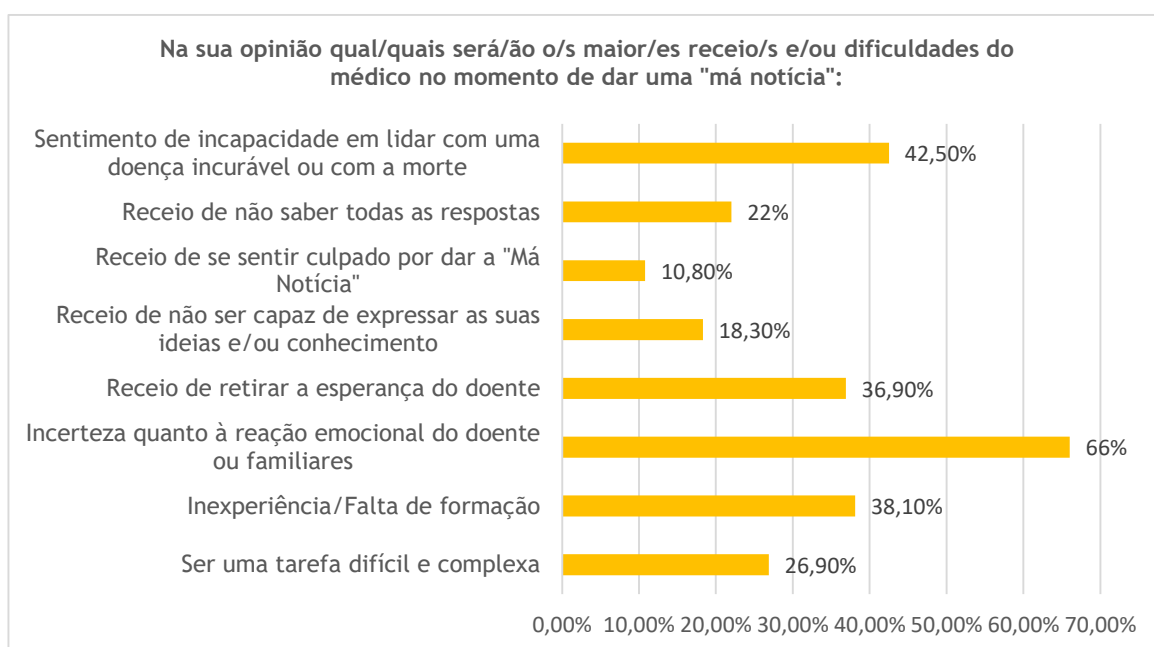


Figura 2 - Receios e dificuldades do médico no momento de dar uma “má notícia”

No que toca à avaliação que os alunos fazem do ensino de conhecimentos e competências em comunicação de “más notícias” por parte da FCS-UBI, numa escala de 1 a 9, mais de 50% avalia esse ensino na parte inferior da escala (inferior a 5) (média do total de respostas: $4,19 \pm 2,127$, tabela 3).

Tendo por base a tabela 4, 46,6% dos alunos declara que já participou/assistiu a pelo menos uma situação de comunicação de uma “má notícia” em contexto clínico ao longo dos seus anos de formação. Os alunos parecem estar cientes da dificuldade em comunicar uma “má notícia” a pacientes dado que, em média, avaliaram o grau de dificuldade em 6,7 ($6,74 \pm$

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

1,003), numa escala de 1 a 9 pontos e, se tivessem de executar essa transmissão no momento de resposta ao questionário, não se sentiam preparados para tal ($3,61 \pm 1,366$) (ver tabela 4).

Tabela 4 - Experiência e conhecimento de protocolos em comunicação de más notícias

Questão	Alternativas de resposta	Respostas n(%)
Já participou/assistiu a uma situação de comunicação de uma "má notícia" a um paciente ou familiar	Sim	125 (46,6%)
	Não	143 (53,4%)
		Respostas Média \pm DP
Como avalia a dificuldade sentida aquando da comunicação da "Má Notícia"		$6,74 \pm 1,003^4$
Se tivesse de comunicar uma "má notícia" a um paciente ou seu familiar neste momento sentir-se-ia		$3,61 \pm 1,366^5$

⁴ Escala 1-9 pontos, 1=Sem dificuldade; 9=Extrema dificuldade. ⁵ Escala 1-9 pontos, 1=Nada preparado; 9=Muito preparado.

3.3. Protocolo SPIKES

Olhando para a tabela 5, 83,6% dos alunos afirma não ter tido qualquer contacto com técnicas/protocolos deste foro durante a sua formação na FCS-UBI e apenas 3,4% conhecia especificamente o protocolo SPIKES. Apesar da grande maioria não conhecer quaisquer técnicas/protocolos em comunicação de “más notícias”, atribuem-lhes uma grande importância e pressupõem que estas terão um papel preponderante na eficácia desta comunicação.

Tabela 5 - Importância, formação e experiências em comunicação de más notícias

Questão	Alternativas de resposta	Resultados n(%)
Durante a sua formação, já teve contacto com algumas Técnicas/Protocolos de "Comunicação de Más Notícias" na prática clínica?	Sim	44 (16,4%)
	Não	224 (83,6%)
Conhece o protocolo SPIKES?	Sim	9 (3,4%)
	Não	259 (96,6%)
		Resultados Média ± DP
Que importância atribui ao papel das Técnicas/Protocolos de "Comunicação de Más Notícias" na prática clínica:		7,67 ± 1,320 ²

² Escala 1-9 pontos, 1=Sem importância; 9=Extrema importância.

3.4. Autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança (pré e pós aula) e relação entre eles

Antes e depois da aula os alunos autoavaliaram, numa escala de 1 a 9, os conhecimentos, competências e confiança que percecionavam ter em relação à comunicação de “más notícias” em contexto clínico (ver resultados na tabela 6).

Podemos verificar que em média, a perceção que os alunos têm dos seus conhecimentos, competências e confiança em Q1 é baixo (valor médio inferior a 4, situado na parte negativa da escala), e que estes resultados sobem em Q2 para valores superiores a 5, situando-se agora na parte positiva da escala (tabela 6). Verificamos ainda que as diferenças na autoavaliação do grau de conhecimentos, competências e confiança em relação à “comunicação de más notícias” são significativamente diferentes ($p < 0,001$) antes da aula (diferença nas médias das 3 variáveis em Q1) e também após esta (diferenças nas médias das 3 variáveis em Q2), sendo que em Q1 o grau de conhecimentos é o mais elevado ($3.56 \pm 1,860$) e o de confiança o mais reduzido ($3.15 \pm 1,822$), e em Q2 o grau de conhecimento obtém também o valor médio mais elevado ($6.58 \pm 1,112$) e o de confiança o mais baixo ($5.47 \pm 1,564$).

Tendo por base ainda os resultados apresentados na tabela 6, e comparando os resultados de Q1 com os de Q2, podemos concluir que existe uma diferença significativa ($p < 0.001$) entre a autoavaliação que os alunos fazem do seu grau de conhecimentos, competências e confiança em relação à “Comunicação de Más Notícias” antes e após a aula, sendo que o grau é superior após terem tido a aula.

Tabela 6 - Resultados da autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança em Q1 e Q2

	Q1** Média ± DP	Q2# Média ± DP	p-value (Teste de Wilcoxon)
Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	3,56 ± 1,860	6,61 ± 1,109	0,000
Como avalia as suas competências em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	3,38 ± 1,808	5,87 ± 1,422	0,000
Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	3,15 ± 1,822	5,46 ± 1,569	0,000
p-value (Teste de Friedman)	0,000	0,000	

¹ Escala 1-9 pontos, 1=Insuficiente; 9=Excelente.

**Q1- Questionário 1; #Q2- Questionário 2.

A média (tanto dos conhecimentos, como das competências, como do grau de confiança) é >5, numa escala de 1 a 9, situando-se assim claramente na metade positiva da escala.

3.5. Relação entre a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança e o ensino na FCS-UBI

Na tabela 7, podemos avaliar a correlação entre o nível de conhecimentos, competências e confiança que os alunos percecionavam ter, pré-aula, com a forma como o tema “comunicação de más notícias em contexto clínico” foi abordado no curso de medicina da FCS-UBI e com a avaliação que os alunos fazem deste ensino. Através da sua análise podemos verificar a existências de correlações estatisticamente significativas entre todas as variáveis ($p < 0,001$).

Tabela 7 - Correlação entre o ensino em comunicação de “más notícias” e a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança

	Como avalia o ensino destes conhecimentos e competências no curso de medicina da FCS-UBI:	Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Como avalia as suas competências em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:
Como avalia o ensino destes conhecimentos e competências no curso de medicina da FCS-UBI:		$\rho=0,587$ (0,000)	$\rho=0,491$ (0,000)	$\rho=0,543$ (0,000)
Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:			$\rho=0,697$ (0,000)	$\rho=0,766$ (0,000)
Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:				$\rho=0,816$ (0,000)

ρ - Coeficiente de correlação de Spearman;

Podemos observar ainda a existência de uma correlação muito forte entre a autoavaliação de confiança e de competências ($\rho = 0,816$) e entre a autoavaliação de conhecimento e de competências ($\rho = 0,766$). Verifica-se uma correlação forte entre a autoavaliação de conhecimento e de confiança ($\rho = 0,697$), entre a autoavaliação de competências e a avaliação que os alunos fazem do ensino destas por parte da FCS-UBI ($\rho = 0,543$) e entre a autoavaliação de conhecimento e a avaliação que os alunos fazem do ensino destas por parte da FCS-UBI ($\rho = 0,587$).

3.6. Relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e o grau de conhecimentos, competências e confiança

Na tabela 8, podemos observar a análise à relação entre os conhecimentos, competências e confiança (pré e pós aula) com o sexo dos estudantes. Desta análise podemos observar que o grau de confiança em Q1 depende do sexo ($p < 0,05$), com valores superiores no sexo masculino ($3,82 \pm 2,065$) quando comparado com o sexo feminino ($2,99 \pm 1,698$). Verifica-se ainda a existência de uma tendência para a existência de relação entre o grau de confiança em Q2 e o sexo ($p = 0,069 < 0,1$).

Todas as restantes variáveis (presentes na tabela 8) não apresentam diferença significativa mediante o sexo do aluno ($p > 0,05$).

Tabela 8- Relação entre o sexo e a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança

	Questionário	Sexo	Média \pm DP ¹	p-value (Teste de Mann-Whitney)
Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	♀	3,57 \pm 1,871	0,699
		♂	3,68 \pm 1,803	
	Q2#	♀	6,65 \pm 1,130	
		♂	6,50 \pm 1,052	
Como avalia as suas competências em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	♀	3,30 \pm 1,780	0,104
		♂	3,75 \pm 1,918	
	Q2#	♀	5,86 \pm 1,417	
		♂	5,90 \pm 1,445	
Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	♀	2,99 \pm 1,698	0,005
		♂	3,82 \pm 2,065	
	Q2#	♀	5,79 \pm 1,416	
		♂	6,69 \pm 1,174	

¹ Escala 1-9 pontos, 1=Insuficiente; 9=Excelente.

**Q1- Questionário 1; #Q2- Questionário 2.

Considerando agora a variável idade (tabela 9), verifica-se que a idade do aluno apresenta uma correlação significativa com o grau de confiança em Q1 ($p = 0,013$), tratando-se de uma correlação positiva fraca ($\rho = 0,152$), sugerindo que estudantes mais velhos se autoavaliam com valores superiores nesta variável. Ainda em relação à correlação entre a idade e o grau de confiança, mas agora em Q2, observa-se uma tendência para existência de correlação significativa ($p = 0,055 < 0,1$), sendo fraca e positiva ($\rho = 0,125$).

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Relativamente à autoavaliação de conhecimentos e competências (tanto em Q1 como em Q2), verifica-se a ausência de correlação estatisticamente significativa com a idade ($p > 0,05$).

Tabela 9 - Relação entre a variável sociodemográfica idade com a autoavaliação de conhecimentos, competências e confiança

	Questionário	Idade
Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	$\rho=0.034^{#1}$ (0,583)
	Q2#	$\rho=0.058^{#1}$ (0,376)
Como avalia as suas competências em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	$\rho=0.097^{#1}$ (0,112)
	Q2#	$\rho=0.063^{#1}$ (0,335)
Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Q1**	$\rho=0.152^{#1}$ (0,013)
	Q2#	$\rho=0.125^{#1}$ (0,055#)

#1 - Coeficiente de correlação de Spearman;

**Q1- Questionário 1; #Q2- Questionário 2.

3.7. Satisfação e avaliação do modelo da aula lecionada

Como se pode verificar na figura 2, 62,9% dos alunos assistiram a um modelo expositivo-ativo com tutor presencial e os restantes 37,1% assistiram a um modelo expositivo com vídeo- aula.

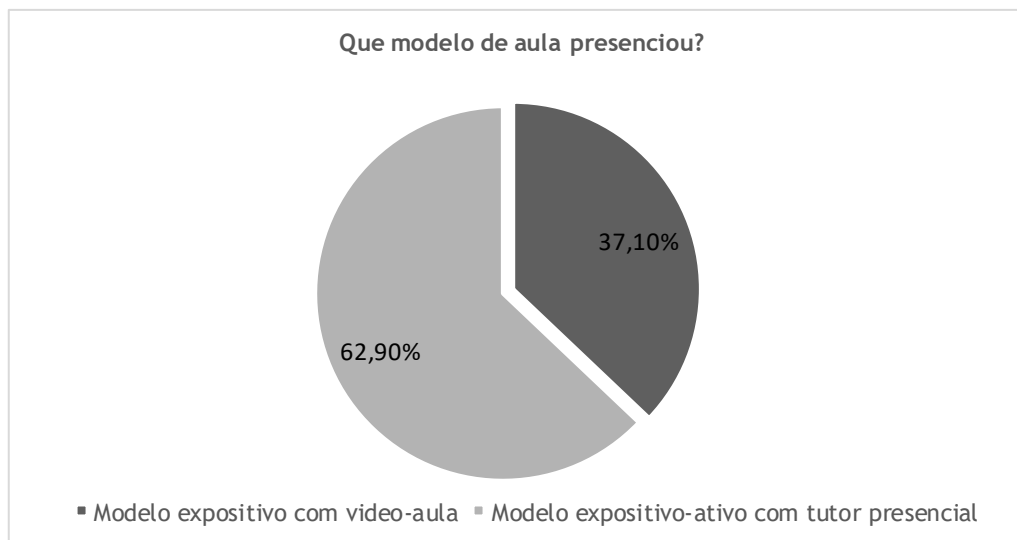


Figura 3 - Modelo de aula presenciado

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

O grau de satisfação dos alunos relativamente ao modelo de aula a que tinham assistido foi alto com uma média de 6,84 ($\pm 1,729$), numa escala de 1 a 9 de satisfação. Separando o grau de satisfação por modelo assistido, podemos observar, na tabela 10, que ambos os modelos foram avaliados como bastante satisfatórios pelos alunos, destacando-se o modelo expositivo-ativo com tutor presencial, o qual obteve uma média mais alta.

Tabela 10 - Resultados da satisfação relativos ao modelo de aula assistido

Questão	Alternativas de resposta	Resposta
	Média \pm DP ⁶	
Relativamente ao grau de satisfação, como avalia o modelo de aula a que assistiu? (por modelo)	Modelo expositivo com vídeo-aula	6,13 \pm 1,932
	Modelo expositivo-ativo com tutor presencial	7,25 \pm 1,452
Aconselharia esta aula a futuros alunos?	Sim- n (%)	224 (93,3%)
	Não- n (%)	16 (6,7%)

⁶ Escala 1-9 pontos, 1=Nada satisfatório; 9=Excelente.

Pedi-se ainda a opinião dos alunos sobre se o modelo de aula assistido ia de encontro às necessidades dos alunos no que toca à aprendizagem em comunicação de más notícias (figura 3), a qual foi afirmativa em 85,2% dos casos. Dos 14,6% que consideram que a aula não vai de encontro a estas necessidades, 71,4% assistiu ao modelo expositivo com vídeo-aula. As justificações para esta resposta negativa encontram-se na tabela 11, podendo observar-se que a maioria dos alunos considera que o modelo assistido não foi de encontro às necessidades dos alunos por “inexistência de prática e de momentos de treino/simulação” (30,8%), “impossibilidade de tirar dúvidas e discussão entre o grupo” (25,6%) e baixa interatividade do modelo assistido (17,9%).

Tabela 11- Aspectos negativos em relação ao modelo de aula assistido

Alternativas de resposta	Resposta- n (%)
Inexistência de prática e momentos de treino/simulação	12 (30,8%)
Pouco interativa	7 (17,9%)
Impossibilidade de tirar dúvidas e discussão entre o grupo	10 (25,6%)
Tempo insuficiente para a simulação	2 (5,1%)
Outros	8 (20,6%)

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Pensa que o modelo de aula a que assistiu vai de encontro às necessidades dos alunos no que toca à aprendizagem em comunicação de “Más Notícias”, em contexto clínico?

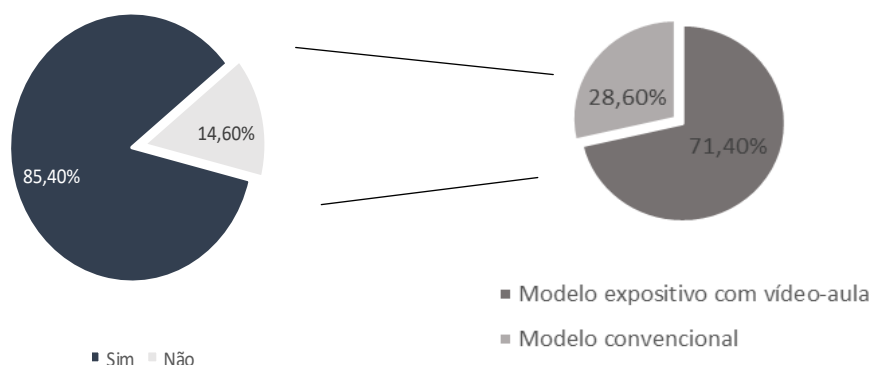


Figura 4 - Modelo de aula assistido e necessidades de aprendizagem

Os alunos classificaram ainda alguns parâmetros sobre a aula, de acordo com o seu grau de satisfação, estando estes apresentados na figura 4. De notar que a maioria dos alunos está satisfeitas com a maioria dos parâmetros apresentados à exceção do horário de formação, onde demonstraram maior grau de descontentamento.

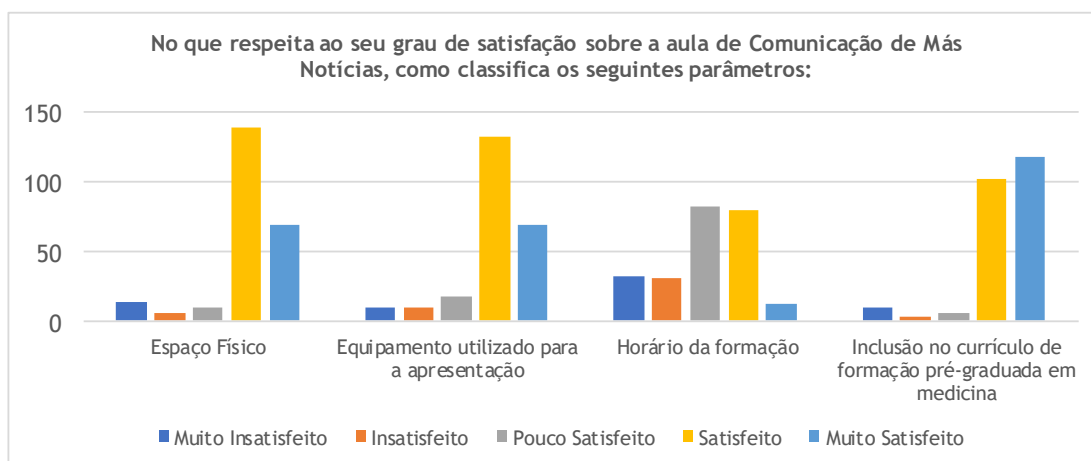


Figura 5 - Grau de satisfação da aula assistida

Após a aula, na qual um dos focos foi o protocolo SPIKES, o conhecimento acerca deste protocolo alterou-se drasticamente, como seria de esperar, passando quase 100% dos alunos a conhecê-lo (tabela 12) e a considera-lo uma ferramenta útil para a futura prática clínica.

Na tabela 12 pode ainda ser observado o passo do protocolo SPIKES considerado, pelos alunos, o mais fácil de executar e aquele que acham mais difícil de pôr em prática. O passo mais fácil foi então o 1º, S”setting”, com 67,1% das respostas e o mais difícil é o E”Emotions and empathy” com 56,3% das respostas. 29,6% consideram o mais difícil como sendo o K”Knowledge”, transmitir o conhecimento que se tem da condição do paciente tendo em conta o que este já sabe, a sua linguagem, etc.

Tabela 12 - Avaliação do protocolo SPIKES após a aula

Questão	Alternativas de resposta	Resultados n(%)
#Q2: Conhece o protocolo SPIKES?	Sim	235 (97,9%)
	Não	5 (2,1%)
Considera que o protocolo SPIKES poderá ser útil na sua futura prática clínica?	Sim	240 (100%)
	Não	0
	Não conheço o protocolo SPIKES	0
Qual dos passos do protocolo SPIKES pensa ser mais fácil de colocar em prática?	S "Setting"	161 (67,1%)
	P "Perception"	30 (12,5%)
	I "Invitation"	14 (5,8%)
	K "Knowledge"	15 (6,3%)
	E "Emotions and Empathy"	3 (1,3%)
	S "Strategy and Summary"	17 (7,1%)
Qual dos passos do protocolo SPIKES pensa ser mais difícil de colocar em prática?	S "Setting"	4 (1,7%)
	P "Perception"	6 (2,5%)
	I "Invitation"	14 (5,8%)
	K "Knowledge"	71 (29,6%)
	E "Emotions and Empathy"	135 (56,3%)
	S "Strategy and Summary"	10 (4,2%)

#Q2- Questionário 2.

3.8. Relação entre os conhecimentos, competências, confiança e grau de satisfação da aula com o modelo assistido

Na tabela 13, podemos observar a análise à relação entre a autoavaliação de conhecimentos, competências, confiança e grau de satisfação da aula com o modelo assistido pelos alunos. Olhando para os resultados, podemos concluir que apenas o grau de satisfação depende do modelo de aula assistido ($p < 0,001$), em que o grau de satisfação é superior no modelo expositivo-ativo com tutor presencial ($7,25 \pm 1,487$) quando comparado com a vídeo-aula ($6,13 \pm 1,700$).

Tabela 13 - Relação entre a autoavaliação de conhecimentos, competências, confiança e a satisfação com o modelo de aula assistido

	Que modelo de aula presenciou	Média \pm DP ¹	p-value (Teste de Mann-Whitney)
Q2: Como avalia o seu conhecimento em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Vídeo-aula	6,69 \pm 1,174	0,337
	Aula convencional	6,56 \pm 1,069	
Q2: Como avalia as suas competências em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Vídeo-aula	5,89 \pm 1,457	0,976
	Aula convencional	5,86 \pm 1,395	
Q2: Como avalia o seu grau de confiança em relação à "Comunicação de Más Notícias" em contexto Clínico:	Vídeo-aula	5,35 \pm 1,568	0,249
	Aula convencional	5,54 \pm 1,416	
Relativamente ao grau de satisfação, como avalia o modelo de aula a que assistiu:	Vídeo-aula	6,13 \pm 1,700	0,000
	Aula convencional	7,25 \pm 1,487	

¹ Escala 1-9 pontos, 1=Insuficiente; 9=Excelente.

Todas as restantes variáveis dependentes (conhecimentos, competências e grau de confiança) não mostraram relação com o modelo de aula assistido ($p > 0,05$).

3.9. Relação do modelo de aula assistido com o aconselhar da aula a futuros alunos e com as necessidades dos alunos nesta área

Examinando a tabela seguinte (tabela 14), obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre a opinião dos alunos relativamente à aula ir de encontro às necessidades de aprendizagem e o modelo de aula realmente presenciado ($p < 0,001$), verificando-se uma associação moderada entre as variáveis ($V = 0,294$).

Olhando para a tabela 15, verifica-se também a existência de uma relação significativa entre o aconselhar a aula a futuros alunos e o modelo de aula presenciado ($p = 0,007$), verificando-se

Tabela 14 - Relação entre o modelo de aula assistido e as necessidades dos alunos nesta área

		Pós Que modelo de aula presenciou		p-value	V de Cramer	
		Vídeo	Convencional			
Pós: Pensa que o modelo de aula a que assistiu vai de encontro às necessidades dos alunos no que toca à aprendizagem em comunicação de “Más notícias” em contexto clínico?	Sim	Count	64	141	0,000	0,294
		Expected Count	76	129		
	Não	Count	25	10		
		Expected Count	13	22		

igualmente uma associação moderada entre as variáveis ($v = 0,175$).

Tabela 15 - Relação entre o modelo de aula assistido com o aconselhar deste a futuros alunos e com as necessidades dos alunos nesta área

		Pós Que modelo de aula presenciou		p-value	V de Cramer	
		Vídeo	Convencional			
Pós: Aconselharia esta aula a futuros alunos?	Sim	Count	78	146	0,007	0,175
		Expected Count	83,1	140,9		
	Não	Count	11	5		
		Expected Count	5,9	10,1		

4. Discussão

4.1. Discussão dos resultados

A formação e treino contínuo na área da comunicação, particularmente “más notícias” em contexto clínico, são extremamente importantes para a prática clínica do médico e na formação do estudante de medicina, uma vez que levará a um fortalecimento da relação médico-doente-familiares, a uma melhor e mais sólida aliança terapêutica e a uma maior efetividade da prática clínica. Acrescendo a isto, um maior e melhor treino por parte dos profissionais está relacionado com níveis mais baixos de stress e burn out entre estes.

Neste contexto, é relevante perceber o estado de conhecimentos e preparação dos estudantes de medicina dos anos clínicos em relação a esta área, se estão consciencializados para a sua importância, a sua opinião acerca da sua atual formação e o que poderá ser modificado para melhorar o ensino na área da comunicação de “más notícias”, recorrendo a intervenções específicas. Tendo em mente estes objetivos, neste capítulo procura-se responder às questões formuladas inicialmente, confrontando os resultados obtidos com a informação científica disponível, analisar a utilidade dos mesmos e analisar perspetivas futuras.

2.2 Formação dos alunos da FCS-UBI em comunicação de “más notícias” em contexto clínico

A maioria dos alunos do 4º e 5º ano de medicina da FCS-UBI estão consciencializados para a importância da abordagem e formação pré graduada em comunicação de “más notícias”, o que vai de encontro à opinião geral dos alunos que participaram no estudo de Nelson Albuquerque, (8) já que 95% considerou importante incluir competências não-técnicas, nomeadamente competências comunicacionais, nos currículos médicos. Apesar desta consciência por parte dos estudantes, importa também saber se estão a ser realmente fornecidas as ferramentas necessárias para que estes possam adquirir as competências necessárias nesta área. Com essa ideia em vista, inúmeros estudos têm procurado obter o feedback estudantil, permitindo obter informações valiosas acerca das condições pedagógicas atuais e assim desenvolver iniciativas para melhorar a qualidade do ensino. O mesmo foi feito neste estudo onde se tentou perceber o tipo de ensino que a FCS-UBI faz, no que à comunicação de “más notícias” concerne, e a opinião dos alunos acerca deste. De um modo geral os alunos não se encontram muito satisfeitos com o ensino destes conhecimentos e competências por parte da FCS-UBI. Esta avaliação poderá estar relacionada com a forma como o tema foi abordado onde a maioria dos alunos refere que o tema já foi abordado ao longo do curso, mas apenas de forma teórica e ainda cerca de um terço refere que o tema não foi sequer abordado. Segundo um estudo já mencionado, e como seria de esperar tendo

em conta as evidências científicas disponíveis, os alunos preferem ver esta temática abordada de uma forma teórico-prática, centrada em pequenos grupos, pois este tipo de estratégia pedagógica permite partilha de experiências entre colegas, estimula o trabalho em equipa e a discussão de problemas, aumenta a confiança em várias componentes e provê um ambiente de suporte.(1,2)

Cerca de metade dos alunos já assistiu (pelo menos uma vez) à comunicação de uma “má notícia” a um doente e/ou familiar e avaliam a dificuldade sentida como alta sendo que, se tivessem de transmitir uma má notícia no momento de resposta a Q1, quase dois terços dos alunos classificaram o seu grau de preparação como reduzido, sendo concordante com o revelado pelo panorama científico geral, onde grande parte dos estudantes e médicos não se sentem preparados para executar este tipo de comunicação. É ainda observado que não existe tendência para os alunos procurarem formação nesta área fora da sua formação regular na FCS-UBI, pois pouco mais de dez em cem refere ter tido formação extracurricular. Estes resultados vêm reforçar a necessidade de implementação de um currículo sólido em comunicação na formação pré-graduada em medicina, usando as estratégias pedagógicas adequadas.

Existem várias técnicas e protocolos para comunicar uma “má notícia” em contexto clínico, sendo estas um forte pilar para um bom e eficaz processo comunicacional,(2,3,11,16-18) devendo ser aprendidas e praticadas. No que toca ao contacto com estas, durante a formação, voltamos a ter um número baixo e desanimador - mais de 80% dos alunos referem não ter tido esse contacto. Contudo, apesar deste valor e visto que os alunos têm conhecimento sobre o que são técnicas e protocolos, na generalidade, atribuem-lhes uma elevada importância na área da comunicação de “más notícias. O protocolo SPIKES, aquele que atualmente reúne maior consenso e aceitação entre os médicos e estudantes, é considerado uma ferramenta de elevada utilidade, aumentando a satisfação e sentimento de preparação dos profissionais e futuros profissionais no que toca a esta temática.(2,3,8,19,20) Apesar de tudo o que foi mencionado, apenas uma percentagem residual dos alunos conhecia especificamente o protocolo SPIKES, valor ainda mais baixo do que o apresentado por Nelson Albuquerque, (8) onde 12,3% dos alunos do 1º o 6º ano da FCS-UBI conheciam o protocolo SPIKES e o facto de terem contactado com este revelou influenciar, de forma positiva e estatisticamente significativa, o grau de preparação face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia.

3.2 Conhecimento, facilidades e dificuldades na aplicação do protocolo SPIKES

Após os resultados supracitados, foi apresentado aos alunos o protocolo SPIKES. Não é uma surpresa que a maioria dos alunos considere o 1º passo do protocolo, “Setting”, como o de menor dificuldade para colocar em prática. Quando questionados acerca de qual dos passos seria o de mais difícil execução, cerca de metade escolheu o 5º passo, “Empathy” e ainda

quase um terço escolheu o 4º passo, “Knowledge”. Estas ideias estão de acordo com a realidade já que W.Baile, num dos seus estudos, demonstrou que 30,1% dos participantes consideravam o passo “Setting” como sendo o mais fácil e 52,4% consideravam o “Empathy” como o mais difícil.(3) Também num outro estudo, no qual participaram IAC’s portugueses, a dificuldade mais enfatizada prendeu-se com o lidar com as emoções e reações do doente e os participantes referiram que muitas vezes se sentiam abalados com as reações dos doentes ou familiares.(6) Estes resultados deixam sugestões importantes sobre o planeamento e as estratégias pedagógicas necessárias para um ensino-aprendizagem mais eficaz destes conteúdos. Após a aula, a totalidade dos alunos consideraram que o protocolo SPIKES poderá vir a ser útil na sua futura prática médica, o que demonstra a importância do ensino e aplicação deste protocolo.

4.2 Auto avaliação do nível de conhecimentos, competências e confiança em Q1 e Q2 e relação entre estes e o ensino em comunicação de “más notícias” por parte da FCS-UBI

Apenas com a experiência que tinham até Q1, os alunos percecionam estarem mal preparados nesta área, autoavaliando negativamente os seus conhecimentos, competências e confiança. Observa-se que o nível de confiança é o mais baixo, seguido do nível de competências e por fim o de conhecimentos. Isto poderá ser justificado com alguns dos resultados acima, já que tínhamos observado que a abordagem que os alunos receberam quanto ao tema terá sido numa base mais teórica, levando a que os conhecimentos sejam os mais elevados e a confiança, a qual se adquire com a contínua formação e prática do aprendido, a mais prejudicada. Para além disso, a literatura evidencia que os profissionais que mais sofrem de stress no momento de comunicação de “más notícias” são os mais jovens e inexperientes(21), sendo a confiança reduzida uma causa para este processo. Uma outra justificação que poderá adequar-se à baixa autoavaliação destes conhecimentos, competências e confiança, é a extensa gama de matérias que são lecionadas durante todo o ano, fazendo com que algumas áreas do saber médico, nomeadamente a que estamos a tratar, sejam negligenciadas. Não é de estranhar que exista correlação entre estas 3 variáveis uma vez que se espera que o conhecimento influencie as competências existentes (fazendo parte destas) e ambas influenciem a confiança.

De notar a existência de uma correlação forte entre os conhecimentos e competências com a avaliação que os alunos fazem do ensino destas por arte da FCS-UBI, reforçando uma vez mais o ensino pobre e desarticulado em comunicação de “más notícias”.

Um resultado bem mais interessante e animador foi a comparação entre os conhecimentos, competências e confiança em Q1 e Q2, a qual se mostrou estatisticamente significativa, sendo que os valores pós-aula sofreram uma acentuada subida. Isto diz-nos que mesmo uma simples intervenção, a qual não implica mais gastos nem grandes recursos da FCS-UBI, pode

ser eficaz e melhorar em muito as competências dos alunos no que às “más notícias” diz respeito.

5.2 Relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) com o nível de conhecimentos, competências e confiança

Apenas uma pequena percentagem dos alunos se sente razoavelmente confiante no que toca à comunicação de uma “má notícia”. Contudo observa-se uma diferença estatisticamente significativa, relativamente à confiança, no que toca a géneros e idades. Os alunos do sexo masculino sentem-se mais confiantes para transmitir uma “má notícia” do que os do sexo feminino, mas apenas em Q1. Uma possível justificação poderá prender-se com a condição de mulher, com o estereótipo ainda existente de alguém que mais facilmente se sente emocionalmente abalado, o que pode contribuir para que se sintam menos preparadas. É positivo que esta diferença desapareça em Q2, interpretando-se que o treino e a formação, neste caso a aula lecionada, favorecem o aumento da confiança em comunicação de “más notícias” independentemente do sexo.

No que toca à idade foi verificada também uma associação estatisticamente significativa com o grau de confiança, em Q1, o que era expectável dado que à medida que a idade aumenta espera-se que as vivências da pessoa sejam maiores e a capacidade para lidar com uma situação difícil seja superior. Em Q2 apenas se verifica uma tendência para relação, vendo-se uma vez mais que a intervenção poderá ter tido um efeito positivo na confiança dos estudantes independentemente da idade.

6.2 Impacto dos diferentes métodos pedagógicos na aprendizagem de conhecimentos, competências e confiança em comunicação de “más notícias” em contexto clínico

Divididos por dois métodos diferentes, o expositivo com vídeo-aula e o expositivo-ativo com tutor presencial, verificámos que aquele que foi mais satisfatório foi o modelo expositivo-ativo com tutor presencial (no qual se discutiram situações palpáveis) o que, uma vez mais vai de encontro à literatura, na qual encontramos referência à grande preferência dos alunos por métodos mais interativos para adquirir competências na área,(7) onde o role-play parece ter um papel importante podendo ajudar a diminuir o stress em meio clínico real dado que permite o treino de competências como as palavras mais adequadas a usar, controlar as emoções, lidar com reações dos pacientes, etc.(22,23) Apesar disto o grau de satisfação relativo ao modelo expositivo com vídeo-aula é também extremamente satisfatório, demonstrando que com pequenas intervenções, que até poderão ser disponibilizadas em plataformas online e integradas num projeto mais abrangente e longitudinal, podem-se formar os alunos nesta área de uma forma simples e satisfatória.

Reforçando o grau elevado de satisfação importa também mencionar que quase a totalidade dos alunos aconselharia a aula assistida a futuros anos, podendo reestruturar-se esta abordagem e aplicá-la a anos seguintes.

Quando foi pedida a opinião dos alunos sobre se o modelo de aula assistido ia de encontro às necessidades dos mesmos, no que toca à aprendizagem em comunicação de “más notícias”, mais de quatro quintos respondeu afirmativamente, sendo novamente um resultado bastante positivo. Dos poucos que responderam negativamente, os quais tinham sido expostos maioritariamente à vídeo-aula, as justificações dadas mais frequentemente para esta resposta foram “Inexistência de prática e momentos de treino/simulação”, “Impossibilidade de tirar dúvidas e discussão entre o grupo” e modelo “Pouco interativo”.(2,24)

Quanto ao espaço físico da aula, equipamento utilizado para a formação e inclusão no currículo de formação pré-graduada em medicina, os alunos encontram-se bastante satisfeitos. O único parâmetro onde demonstraram maior descontentamento foi no horário de formação (das 18h às 20h), o qual foi escolhido por ser o horário em que era possível juntar os alunos do 4º e 5º anos, mas que poderá ser revisto e modificado em planeamentos futuros.

Um resultado muito animador foi o já citado no ponto 3 desta secção em que se verificou uma grande subida no grau de conhecimentos, competências e confiança dos alunos após terem assistido à aula, relevando o impacto positivo desta. Tendo em mente a literatura, estaríamos à espera que o tipo de modelo assistido influenciasse de forma diferente a subida dos conhecimentos, competências e confiança dos alunos mas, ao invés disso, não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre eles. Uma razão para este resultado poderá prender-se com o facto de os alunos terem respondido ao questionário imediatamente após a aula, dando uma sensação mais impactante de aumento de competências e o modelo expositivo-ativo com tutor presencial poder não estar estruturado da melhor forma, devendo este ser preparado com tempo, testado e os formadores receberem treino prévio.

7.2 Relação entre o modelo de aula assistido com o aconselhar deste a futuros alunos e com as suas necessidades nesta área

Por último, mas não menos importante, obteve-se uma associação estatisticamente significativa entre o modelo de aula presenciado e a opinião sobre esta ir de encontro às necessidades educativas o que, dado tudo o que já foi mencionado e resultados apresentados, era de esperar.

4.2. Limitações do estudo

Algumas limitações deste estudo devem ser levantadas dado que condicionam a validade e robustez dos resultados e poderão ser corrigidas no futuro.

A primeira é o facto de ambos os questionários serem opcionais, podendo limitar o número total de respostas e enviesar os resultados devido a uma seleção inadequada dos participantes. No entanto, as boas práticas científicas e éticas estipulam que se respeite sempre a decisão dos eventuais participantes quando estes recusam participar. Acresce que a elevada taxa de resposta obtida deve ter reduzido este eventual enviesamento.

Em segundo lugar, usando dados do momento imediatamente pré-aula e do momento imediatamente pós, apenas se obtêm a opinião dos estudantes em dois momentos particulares no tempo e muito próximos da intervenção feita, não tendo em conta, por exemplo, se a perceção de conhecimentos, competências e confiança após a aula teria alterações ao longo do avançar do curso. Seria interessante aplicar novamente Q2 três ou seis meses após a segunda aplicação.

Em terceiro lugar, este estudo não explora a perceção dos alunos em todas as vertentes que seriam interessantes: vertente teórica, prática e teórico-prática. Teria sido importante pois podem existir diferentes resultados dependendo do modelo educacional implementado.

Em quarto, o facto de a população-alvo ter sido apenas o 4º e 5º anos (anos clínicos), e não termos dados para comparação com anos pré-clínicos, com menos experiência prática clínica, o que poderia ser interessante. Isto deveu-se a questões de logística e disponibilidade curricular de ambos dos anos.

Por fim, é importante referir ainda que ambos os questionários aplicados foram elaborados pelo investigador conjuntamente com o orientador de mestrado, tendo por base algumas questões de outros questionários pré-existentes já publicados e também a elaboração de algumas questões de novo, e não sofreram validação, quer interna quer externa, tendo apenas sido colocado a teste, com alguns alunos, antes de ser aplicado à população-alvo.

4.3. Sugestões futuras

Um dos principais objetivos do presente estudo é poder identificar falhas na formação dos alunos da FCS-UBI na área da comunicação de más notícias, para que com isso, futuramente, se possam colmatar estas falhas e investir num programa de formação geral e específico no que às más notícias diz respeito.

Outro dos grandes objetivos foi, através de uma intervenção (aula) perceber o impacto que esta poderá ter a nível dos conhecimentos, competências e confiança destes mesmos alunos, para com isso se poder desenvolver o melhor método pedagógico possível, adaptado às necessidades dos alunos.

Por fim, seria interessante aplicar este questionário alguns meses ou até mesmo 1 ano após este estudo para podermos verificar se ocorreram algumas mudanças relevantes e, interessante também, aplica-lo a todos os anos da pré-graduação em medicina e em todas as faculdades médicas do país.

5. Conclusão

Na sociedade atual as pessoas querem saber, no seu pleno direito, cada vez mais e melhor acerca das suas condições médicas, exigindo a informação correta e a partilha de decisões, tornando-se a comunicação de “más notícias” em contexto clínico um desafio cada vez maior e mais premente.

Torna-se essencial reconhecer as maiores falhas e dificuldades no que toca à educação dos jovens médicos para que se possam reestruturar os currículos atuais e formar médicos capazes de uma comunicação humanizada e competente.

Ao longo deste trabalho foram identificadas, na opinião dos alunos, várias falhas na forma como a FCS-UBI tem abordado este tema, nomeadamente, os escassos momentos formativos e a abordagem meramente teórica e desprovida de importantes conteúdos como o protocolo SPIKES, uma vez que praticamente todos os alunos desconheciam a sua existência. Cerca de metade dos alunos já teriam presenciado a comunicação de uma “má notícia” não estando, contudo, confiantes para executar esta tarefa se fosse necessário.

A nível dos métodos de ensino testados, os alunos demonstraram uma alta satisfação global pela participação nas aulas extraordinárias que foram dadas no projeto desta tese, demonstrando agrado e considerando importante a inclusão de aulas sobre comunicação de “más notícias” no seu currículo. Denota-se, contudo, uma preferência pelo modelo expositivo-ativo com tutor presencial ao invés do modelo expositivo com vídeo-aula, sendo as principais desvantagens apresentadas, pelos alunos, para este último a “Inexistência de prática e momentos de treino/simulação”, “Impossibilidade de tirar dúvidas e discussão entre o grupo” e ser “Pouco interativo”. Apesar disso ambos os modelos foram avaliados positivamente e contribuíram para uma subida muito significativa nos conhecimentos, competências e confiança autoavaliadas pelos alunos.

Em jeito de conclusão, é essencial fazer alterações no currículo de pré-graduação em medicina de forma a incluir um programa de formação sólido e estruturado, que envolva os vários anos de formação, em comunicação de “más notícias” em contexto clínico. Este programa deverá incluir não só uma abordagem teórica, dotando os alunos de conhecimentos essenciais, como o protocolo SPIKES, como também uma abordagem prática que permita aos alunos pôr em prática o aprendido, terem oportunidade de discutir as dificuldades e receios e ainda obterem feedback por parte tutores com formação prévia na área, reforçando desta forma as suas competências e a confiança necessárias para executarem com efetividade tarefas como esta.

6. Bibliografia

1. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Gloger GA, Myers EG, Greisinger AJ, et al. Communication skills training in oncology: Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*. 1999;86(5):887-97.
2. Coutinho F, Ramessur A. An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School : Should a Lecture be Adequate to Address the Topic ? Uma Visão Geral do Ensino de Comunicação de Más Notícias no Curso de Medicina : Será Uma Aula Teórica Adequada para Abordar o Tema ? *Acta Med Port*. 2016;826-31.
3. Baile WF. SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
4. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288(mAY):1597-9.
5. Lech SS, dos Santos Desdefani A, Bonamigo EL. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. *Unoesc Ciência - ACBS*. 2013;4(1):69-78.
6. Leal-seabra F, Costa MJ. Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato : um estudo exploratório. *Rev Fund Educ Médica*. 2015;18(6):387-95.
7. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):135.
8. Albuquerque NF. Comunicação de más notícias a pacientes : Conhecimento , experiência , dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina. Universidade da Beira Interior; 2013.
9. Mendes LS, Gomes DM, Maximiliano C, Carvalho G, Lino CA, Augusto KL, et al. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):57-64.
10. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad,bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363:312-9.
11. Astaño ALC, Urse N, Rikorian ALK, Sychol P. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news : from the specialists ’ practice perspective *. Colomb

Med. 2009;40:158-66.

12. Diogo PG, Moreira A, Coimbra A, Silva A, Martins A, Mendonça C, et al. Estudo sobre as condições pedagógicas das escolas médicas portuguesas: Uma análise nacional sobre a satisfação estudiantil, rácios estudante-tutor e número de admissões. *Acta Med Port.* 2016;29(5):301-9.
13. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med.* 2004;79(2):107-17.
14. Solutions S. Nominal Variable Association [Internet]. Available from: <http://www.statisticssolutions.com/nominal-variable-association/>
15. Davis JA. *Elementary survey analysis.* Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall; 1971.
16. Article O. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol : An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. 2017;63(1):43-9.
17. Nonino A, Magalhães S, Falcão D. Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(2):228-33.
18. Dentista C, Herrera A. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chile.* 2014;1306-15.
19. José F, Carvalho C, li B, Cirino C, Iii V. Breaking bad news : doctors ' skills in communicating with patients Dando más notícias : a habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes. (X):1-9.
20. A.Dean, S.Willis. The use of protocol in breaking bad news : evidence and ethos The use of protocol in breaking bad news : evidence and ethos. *Int J Palliat Nurs.* 2016;22:0-18.
21. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: A review of the literature. *J Am Med Assoc.* 1996;276(6):496-502.
22. Dale C. Breaking bad news. *Nurs Stand.* 2015;29(19):61-61.
23. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking Bad News: Use of Cancer Survivors in Role-Playing Exercises. *J Palliat Med.* 2008;11(6):885-92.
24. Harden RM. Twelve tips on teaching and learning how to break bad news. *Med Teach.* 1996;18(4):275-8.

7. Anexos

Anexo 1 - Questionário 1

"Comunicação de Más Notícias"

O meu nome é Mariana Estrela Santos e sou aluna do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. No âmbito da realização da minha tese de mestrado, peço-lhe que responda ao seguinte questionário que será composto por duas partes: uma a ser preenchida antes da aula e outra após esta. Informo que a sua participação é voluntária e que todos os dados recolhidos serão totalmente anónimos e confidenciais. O preenchimento do questionário demorará no máx 7 min. Obrigada pela sua colaboração.

***Obrigatório**

1. **Iniciais do primeiro e segundo nomes ***
(exemplo: Rita Alexandra - RA)

2. **Data de nascimento ***
ex: 04/08/1996

3. **Idade ***

4. **Sexo ***
Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino

5. **Neste momento encontra-se no: ***
Marcar apenas uma oval.

- 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina
 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina

6. **Que especialidade pensa em seguir no futuro? ***
Marcar apenas uma oval.

- Médica
 Cirúrgica
 Médico-Cirúrgica

7. **No processo de comunicar uma "Má Notícia", como avalia a dificuldade do papel do médico.**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sem dificuldade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrema dificuldade

8. **Como define uma "Má Notícia" em contexto clínico? ***

9. **Com base na sua formação até ao momento, se tivesse de definir uma "Má Notícia" em contexto clínico, qual das afirmações abaixo escolheria: ***
(Selecione a que lhe parece mais correta.)
Marcar apenas uma oval.

- Toda a informação que acarrete prejuízo físico ao paciente
 Dar a notícia de um óbito
 Dar a notícia de uma doença potencialmente mortal e terminal
 Qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro, afetando a esfera física, emocional e social
 Outra: _____

10. **Na sua perspectiva o que será mais difícil no processo de comunicar uma "Má Notícia"?**

11. **Dentro dos seguintes parâmetros pensa ser o mais difícil no processo de comunicar uma "Má Notícia": ***
Marcar apenas uma oval.

- Discutir o diagnóstico
 Falar com o doente sobre recidiva
 Discutir com o doente sobre o fim de um tratamento curativo e passagem para tratamento paliativo
 Abordar aspetos que incluam o fim de vida (ex. decisão de não reanimar)
 Geir a informação com a família/amigos

12. Na sua opinião qual/quais seriam os maiores receios e/ou dificuldades do médico no momento de dar uma “má notícia”:
 Pode assinalar no máximo 3 opções
 Marcar tudo o que for aplicável!

- Ser uma tarefa difícil e complexa
- Inexperiente/Falta de formação
- Incerteza quanto à reação emocional do doente ou familiares
- Receio de retirar a esperança do doente
- Receio de não ser capaz de expressar as suas ideias e/ou conhecimento
- Receio de se sentir culpado por dar a “Má Notícia”
- Receio de não saber todas as respostas
- Sentimento de incapacidade em lidar com uma doença incurável ou com a morte

13. Com vista a um bom processo de comunicação de “Má Notícias”, que competência considera fulcral para o médico possuir? *

14. De entre as opções abaixo qual a competência que considera fulcral para o médico possuir: *

Marcar apenas uma oval.

- Bom grau de empatia com o doente
- Capacidade de fornecer uma informação clara e objetiva
- Capacidade de estar à altura de responder a todas as dúvidas doente
- Capacidade de manter o respeito e a confidencialidade
- Boa gestão do controlo de emoções médico-doente
- Outra: _____

15. Conheça técnicas/protocolos de “Comunicação de más notícias”? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

16. Se sim, quais?

17. Que importância atribui ao papel das Técnicas/Protocolos de “Comunicação de Más Notícias” na prática clínica:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sem importância,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrema importância,

Curriculo da FCS-UBI em “Comunicação de Más Notícias”

18. Como avalia a importância de abordar e preparar a “Comunicação de Más Notícias” na formação pré-graduada em Medicina: *

Marcar apenas uma oval

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrema importância

19. De que forma o tema “Comunicação de Más Notícias” foi abordado no curso de medicina da FCS-UBI? *

Marcar apenas uma oval

- O tema não foi abordado
- Tema abordado do ponto de vista teórico
- Tema abordado do ponto de vista prático
- Tema abordado do ponto de vista teórico e prático

20. Como avalia o ensino destes conhecimentos e competências no curso de medicina da FCS-UBI: *

Marcar apenas uma oval

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

21. Fez formação sobre este tema fora do âmbito do curso de medicina da FCS-UBI? *

Marcar apenas uma oval

- Sim
- Não

22. Como avalia o seu conhecimento em relação à “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico: *

Marcar apenas uma oval

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

23. Como avalia as suas competências em relação à “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico: *

Marcar apenas uma oval

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insuficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelentes

24. Como avalia o seu grau de confiança em relação a “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico: *
Marcar apenas uma oval

Ineficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

25. Durante a sua formação, já teve contacto com algumas Técnicas/Protocolos de “Comunicação de Más Notícias” na prática clínica? *
Marcar apenas uma oval

Sim
 Não

26. Conhece o protocolo SPIKES? *
Marcar apenas uma oval

Sim
 Não

27. Per quantos passos é composto o protocolo SPIKES? *
Marcar apenas uma oval

Não conheço o protocolo SPIKES
 3
 6
 8
 10

28. Considera que o protocolo SPIKES poderá ser útil na sua futura prática clínica? *
Marcar apenas uma oval

Não conheço o Protocolo SPIKES
 Sim
 Não

Experiência e confiança em “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico

29. Já participou/assistiu a uma situação de comunicação de uma “má notícia” a um paciente ou familiar: *
Marcar apenas uma oval

Sim
 Não *Por favor preencher este formulário.*

30. Quantas vezes? *

31. Como avalia a dificuldade sentida aquando da comunicação da “Má Notícia”: *
Marcar apenas uma oval

Sem dificuldade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrema dificuldade
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

32. Aquando da comunicação da “Má Notícia” referida acima, foi utilizado algum protocolo/plano e/ou estratégia? *
Marcar apenas uma oval

sim
 Não
 Outra: _____

33. Se tivesse de comunicar uma “má notícia” a um paciente ou seu familiar neste momento sentir-se-ia: *
Marcar apenas uma oval

Nada Preparado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito preparado
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Anexo 2 - Questionário 2

"Comunicação de Más Notícias"

O meu nome é Mariana Estrela Santos e sou aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. No âmbito da realização da minha tese de mestrado, peço-lhe que responda ao seguinte questionário que será composto por duas partes: uma a ser preenchida antes da aula e outra após esta. Informo que a sua participação é voluntária e que todos os dados recolhidos serão totalmente anónimos e confidenciais. O preenchimento do questionário demorará no máximo 7 min. Obrigada pela sua colaboração.

^{*}Obrigatório

1. **Iniciais do primeiro e segundo nomes ***
(exemplo: Rita Alexandria - RA)

2. **Data de nascimento ***
ex. 04/09/1995

Comunicação de "más notícias" a pacientes

3. **No processo de Comunicar uma "Má Notícia", como avalia a dificuldade do papel do médico?**

Marcar apenas uma oval

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sem dificuldade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrema dificuldade

4. **Com base na aula assistida, como define uma "Má Notícia" em contexto clínico? ***

5. **Com base na aula assistida, se tivesse de definir uma "Má Notícia" em contexto clínico qual das afirmações abaixo escolheria? ***

Marcar apenas uma oval

- Toda a informação que acarrete prejuízo físico ao paciente
- Dar a notícia de um óbito
- Dar a notícia de uma doença potencialmente mortal e terminal
- Qualquer informação que afete de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro, afetando a esfera física, emocional e social
- Outra: _____

6. **Com base no que aprendeu o que será mais difícil no processo de comunicar uma "Má Notícia"?** *

7. **Dentro dos seguintes parâmetros pensa ser o mais difícil no processo de comunicar uma "Má Notícia": ***

Marcar apenas uma oval

- Discutir o diagnóstico
- Falar com o doente sobre recidiva
- Discutir com o doente sobre o fim de um tratamento curativo e passagem para tratamento paliativo
- Abordar aspetos que incluam o fim de vida (ex. decisão de não reanimar);
- Gerir a informação com a família/amigos

8. **Na sua opinião quais seriam os maiores receios e/ou dificuldades do médico no momento de dar uma "má notícia" :**

Marcar tudo o que for aplicável

- Ser uma tarefa difícil e complexa
- Inexperiente/Falta de formação
- Incerteza quanto à reação emocional do doente ou familiares
- Receio de retirar a esperança do doente
- Receio de não ser capaz de expressar as suas ideias e/ou conhecimento
- Receio de sentir culpado por dar a "Má Notícia"
- Receio de não saber todas as respostas
- Sentimento de incapacidade em lidar com uma doença incurável ou com a morte

9. **Com vista a um bom processo de comunicação de "Má Notícias", que competência considera fulcral para o médico possuir? ***

10. De entre as opções abaixo qual a competência que considera fulcral para o médico possuir:

Marcar apenas uma oval.

- Bom grau de empatia com o doente
- Capacidade de fornecer uma informação clara e objetiva
- Capacidade de estar a altura de responder a todas as dúvidas doente
- Capacidade de manter o respeito e a confidencialidade
- Boa gestão do controlo de emoções médico-doente
- Outra: _____

11. Conhece técnicas/protocolos de “Comunicação de comunicação de más notícias”?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. Se sim, quais?

13. Que importância atribui ao papel das Técnicas/Protocolos de “Comunicação de Más Notícias” na prática clínica:

Marcar apenas uma oval.

- | Sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Extrema importância |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Como avalia a importância de abordar e preparar a “Comunicação de Más Notícias” na formação Pre-graduada em Medicina:

Marcar apenas uma oval.

- Sem importância
- Extrema importância

Protocolo SPIKES

15. Conhece o protocolo SPIKES?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

16. Por quantos passos é composto o protocolo SPIKES?

Marcar apenas uma oval.

- Não conheço o protocolo SPIKES
- 3
- 6
- 8
- 10

17. Considera que o protocolo SPIKES poderá ser útil na sua futura prática clínica?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. Se respondeu não na resposta anterior, justifique a opção:

19. Qual dos passos do protocolo SPIKES pensa ser mais fácil de colocar em prática?

Marcar apenas uma oval.

- S “Setting” (Preparação)- ex. preparar o ambiente, familiarizar-se com a informação clínica do doente, gestão do tempo de consulta
- P “Perception” (Perceção)- ex. perceber o que o doente já sabe da sua doença
- I “Invitation” (Convide ao diálogo) - ex. entender o que o doente pretende saber sobre a sua doença
- K “Knowledge” (Disponibilizar a informação) - ex. a importância do “tiro de aviso”, dar tempo ao doente para assimilar, usar uma esperança realista
- E “Emotions and Empathy” (Expor as emoções e empatia) - ex. reconhecer e refletir sobre um tipo de emoção
- S “Strategy and Summary” (Resumo e delinear estratégias) - ex. compilação de toda a informação, elaborar um plano, evitar falsas ideias, follow-up

20. Qual dos passos do protocolo SPIKES pensa ser mais difícil de colocar em prática?

Marcar apenas uma oval.

- S “Setting” (Preparação)- ex. preparar o ambiente, familiarizar-se com a informação clínica do doente, gestão do tempo de consulta
- P “Perception” (Perceção)- ex. perceber o que o doente já sabe da sua doença
- I “Invitation” (Convide ao diálogo) - ex. entender o que o doente pretende saber sobre a sua doença
- K “Knowledge” (Disponibilizar a informação) - ex. a importância do “tiro de aviso”, dar tempo ao doente para assimilar, usar uma esperança realista
- E “Emotions and Empathy” (Expor as emoções e empatia) - ex. reconhecer e refletir sobre um tipo de emoção
- S “Strategy and Summary” (Resumo e delinear estratégias) - ex. compilação de toda a informação, elaborar um plano, evitar falsas ideias, follow-up

Modelo pedagógico

21. Que modelo de aula preferiu?

Marcar apenas uma oval.

- Modelo expositivo com vídeo-aula
- Modelo clássico de exposição com tutor presencial + vídeo exemplos e discussão
- Modelo ativo presencial (teórico-prático com role-play)

22. Relativamente ao grau de satisfação, como avalia o modelo de aula a que assistiu? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nada satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

23. Pensa que o modelo de aula a que assistiu vai de encontro às necessidades dos alunos no que toca à aprendizagem em comunicação de “Más Notícias”, em contexto clínico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

24. Se não, justifique:

25. Aconselharias esta aula a futuros anos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não

26. Na sua opinião, como pensa que uma aula de Comunicação de Más Notícias pode ser mais eficaz do ponto de vista pedagógico? *

Podem assinalar no máximo 3 opções

Marcar tudo o que for aplicável.

Exposição didática (ex. palestra em auditório)
 Abordagem teórica do tema, seguida de abordagem prática
 Aula em pequenos grupos, com discussão de um caso clínico
 Aula em pequenos grupos, tipo role-playing com os pares
 Aula de pequenos grupos, tipo role-playing com doente-ator
 Abordagem prática, tipo “um-a-um”, com doente-ator
 Treino clínico num ambiente real com doente real

27. No que respeita ao seu grau de satisfação sobre a aula de Comunicação de Más Notícias, como classifica os seguintes parâmetros: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Espazo Físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamento utilizado para a apresentação (projecção em formato PPT em tela grande, vídeo-aula...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horário da formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinação no currículo da formação pré-graduada em Medicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Numero de alunos na turma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Com vista à melhoria do modelo pedagógico em Comunicação de Más Notícias que temática(s) gostaria de ver abordada(s)?

Marcar apenas uma oval.

Transição de um tratamento curativo para uma intenção paliativa
 Revelação de um diagnóstico com prognóstico sombrio
 Discussão de opções de tratamento e consentimento informado
 Preparação de uma conferência com familiares
 Todas as afirmações acima citadas
 Nenhuma das opções
 Outra: _____

29. Após a aula, como avalia o seu conhecimento em relação à “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nada satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

30. Após a aula, como avalia as suas competências em relação à “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nada Satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelentes

31. Após a aula, como avalia o seu grau de confiança em relação à “Comunicação de Más Notícias” em contexto Clínico? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nada satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

Anexo 3 - Plano das aulas sobre comunicação de “más notícias” em contexto clínico

PLANO DE SESSÃO- MODELO 2: MODELO ATIVO-EXPOSITIVO COM TUTOR PRESENCIAL

Curso/Módulo: Módulo de Profissionalismo – Aula em comunicação de más notícias em contexto clínico inserida no LAC						
Grupo Alvo: parte dos alunos do 4º e 5º anos do Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI						
Pré-requisitos: Frequentar 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI						
Data: 30 e 31/01/2018	Duração: 2h (18.30h-20.30h)	Local: Anfiteatro Amarelo	Formador:			
Objetivos						
Gerais	Aquisição de conhecimentos e competências em comunicação de “más notícias” em contexto clínico					
Específicos	-Aumentar o grau de conhecimento, competência e confiança dos alunos de Medicina da FCS-UBI; -Perceber se este modelo de aula será adequado e suficiente para os alunos no que toca a aquisição de conhecimentos e competências na área supracitada;					
Fases	Conteúdos Programáticos	Métodos e técnicas	Recursos didáticos	Metodologias de avaliação	Tempo	
	- (preenchimento do 1º questionário antes de iniciar a aula)					10-20 min (20 min)
INTRODUÇÃO GERAL	- Fazer rapport com a turma - Introduzir o tema e apresentar objetivos - Breve enquadramento teórico; - Definição de “Más notícias” em contexto clínico; - Relevância deste tema em contexto clínico - Justificar a inserção deste tema nos currículos de pré-graduação em Medicina;	Método expositivo e interrogativo c/tutor.	Power-point		10 min (30 min)	
INTRODUÇÃO ESPECÍFICA	- Aspectos envolvidos na comunicação de “más notícias”: <ul style="list-style-type: none"> • Gerais; • Do médico; • Do paciente; • Da família e de outros relevantes. 	- Método expositivo e interrogativo c/tutor.	-Power-point;		15 min (45 min)	
SPIKES E OUTRAS TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS	- Apresentação do protocolo SPIKES e dos seus 6 passos; - Visualização de 2 exemplos de comunicação de uma “má notícia”: um demonstrativo da comunicação inadequada e outro da comunicação adequada; - Breve discussão dos exemplos apresentados com base no protocolo SPIKES apresentado anteriormente (identificação de cada um dos passos do protocolo, aspetos negativos, erros e dificuldades encontradas e percebidas, o que fariam para melhorar a comunicação, etc);	- Método expositivo e interrogativo c/tutor. - Apresentação de exemplos em formato de vídeo;	-Power-point; - Vídeos projetados;		10 min (55 min) 20 min (75 min)	
PARTE PRÁTICA (MÉTODO ATIVO)	Formação de grupos de 3 ou 4 alunos (colégas que estejam uns ao lado dos outros) e simulação da comunicação da “má notícia” entre 2 dos elementos do grupo e ficando os outros 2 a observar e dar feedback. Poderão rodar os papéis (cerca de 10 min) – simulação inspirada no caso dos filmes que vimos	- Apresentação de caso com simulação entre pares+ discussão final pela turma			10 min (95 min)	
CONCLUSÃO	- No final haverá discussão geral entre a turma sobre as dificuldades encontradas, facilidades, se gostaram do papel que desempenharam, se gostariam de ter experimentado o outro papel, se aplicaram o protocolo SPIKES e a facilidade com que o aplicaram... - Breve finalização da aula com uma pequena conclusão sobre o tema; - Disponibilidade para tirar dúvidas;	- Método expositivo e interrogativo c/tutor;	- Power-point;		105 min (120 min)	
	- (preenchimento do 2º questionário no final da aula).					10 min (115 min)

TOTAL= +- 2H

Anexo 4 - Slides das aulas lecionadas no contexto deste projeto




Objetivos


Comunicação de “más notícias” em contexto clínico




Covilhã, Janeiro de 2018

No final desta aula serás capaz de:

- ✓ Identificar uma situação que implica “má notícia” em contexto clínico;
- ✓ Identificar:
 - Dificuldades e fatores envolvidos na comunicação de “más notícias”;
 - Intervenientes neste tipo de comunicação;
 - Técnicas e protocolos capazes de serem aplicados em contexto real;
- ✓ Analisar e discutir criticamente exemplos de estratégias para comunicação de “más notícias”;
- ✓ Conhecer e aplicar o protocolo SPIKES;
- ✓ Transpor o aprendido para um contexto real, melhorando as competências para dar “más notícias”




Sumário




Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.



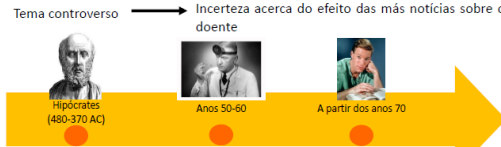
Breve enquadramento histórico





Breve enquadramento histórico


Dizer a verdade

- Tema controverso → Incerteza acerca do efeito das más notícias sobre o doente




Hipócrates
(480-370 AC)
“Give necessary orders with cheerfulness and serenity, revealing nothing of the patient’s future or present condition.”


Anos 50-60
- A comunicação de um prognóstico reservado ao doente era considerada desumana e lesiva;
- 90% dos médicos omitia a verdade;


A partir dos anos 70
- 90% dos médicos afirma revelar o diagnóstico;
- A informação fornecida deve ser individualizada, em função dos desejos e necessidades do doente e familiares;

Evolução dos modelos de comunicação


Modelo paternalista tradicional

↓


Abordagem centrada no doente
 Maior Autonomia e Empowerment
 Participação ativa do doente no processo terapêutico

Nos últimos anos

- Todos os doentes mentalmente competentes têm direitos absolutos (éticos, morais e legais) a qualquer informação médica que solicitarem.

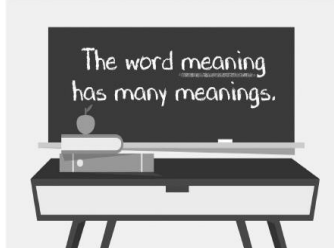


Sumário



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.



39

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

- ☹️ “Qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Buckman, 2000)
- ☹️ Qualquer informação que “...resulta num défice cognitivo, comportamental ou emocional na pessoa que recebe as notícias, que persiste por algum tempo após estas terem sido dadas” (Ptacek, 1996)



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

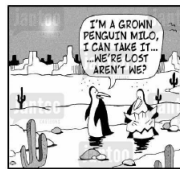
- ☹️ “...situations where there is either a feeling of no hope, a threat to a person’s mental or physical well-being, a risk of upsetting an established lifestyle, or where a message is given which conveys to an individual fewer choices in his or her life.” (Bor et al., 1993)



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

A **gravidade** percebida dependerá:

- Do índice de suspeição para a notícia comunicada;
- De como se sente fisicamente;
- Das experiências de vida individuais;
- Da personalidade;
- Das crenças;
- Do apoio social;
- (...)



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

1

- Jovem de 19 anos;
- Diagnosticado com DM I;



2

- Sr. João, homem de 67 anos;
- Vai ao seu médico o qual lhe diz que lhe restam 6 meses de vida;



Definição de “Má Notícia” em contexto clínico

1

- Jovem de 19 anos;
- Diagnosticado com DM I;



2

- Homem de 67 anos;
- Vai ao seu médico o qual lhe diz que lhe restam 6 meses de vida;



Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. **Relevância do tema;**
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.



Relevância do tema

- Tarefa **extremamente frequente** e **stressante** no dia-a-dia do **médico** (particularmente se o médico for inexperiente, o paciente muito jovem ou se tivermos perspectivas limitadas de sucesso do tratamento);
- Os doentes e familiares cada vez mais querem saber a **verdade e informação para além desta**;
- **Imperativos éticos e legais** envolvidos;
- A forma como as “más notícias” são transmitidas pode influenciar:
 - a **compreensão** do paciente acerca da informação dada;
 - A **satisfação** para com os cuidados de saúde;
 - **Nível de esperança**;
 - **Ajuste psicológico e participação ativa na decisão terapêutica**;



(Baile, WF. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.)



Relevância do tema

- Falta de qualidade de ensino nesta área no que no que toca à formação pré-graduada em medicina;
- Vários fatores que negativamente afetam a performance dos jovens médicos , entre ele:
 - ✓ **Falta de competências em comunicação**;
 - ✓ Receio em dizer algo errado;
 - ✓ Falta de suporte por parte dos tutores;
 - ✓ Controlo emocional e o distanciamento afetivo;
- (...)



(Albuquerque NF. Comunicação de más notícias a pacientes: Conhecimento , experiência , dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina. Universidade da Beira Interior; 2013.)

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Relevância do tema

É uma tarefa de comunicação **complexa** que está presente na prática médica **diária** e envolve aspetos:

Médico



Contexto



Paciente e familiares



Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. **Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;**
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.

Fatores do Médico

1.Receios do Médico

***Medo do desconhecido e do não aprendido**

- A maioria dos médicos não recebe formação específica para este tema;
- O treino na comunicação de “más notícias” parece minimizar o desconforto do médico e melhorar a satisfação dos doentes e famílias. Condição desejável mas não indispensável;
- A dificuldade em abordar o tema pode conduzir a ansiedade e evitamento da situação.

***Medo da reação emocional do doente e familiares**

***Medo de retirar a esperança do doente**

(Buckman, R. Breaking bad news: why is it still so difficult. BMJ,1984)

Fatores do Médico


1.Receios do Médico

***Medo de não saber todas as respostas**

***Medo pessoal de morte e doença**

***Medo de expressar emoção**

- Postura habitual: calma e não emotiva.
- Dificuldade de expressar empatia e simpatia sem assumir a responsabilidade pelo sofrimento (*to be sorry*)



(Buckman, R. Breaking bad news: why is it still so difficult. BMJ,1984)

Fatores do Médico

1.Receios do Médico

***Medo de ser culpado:**

- Fenómeno comum, conhecido desde a Antiguidade ;
- Transferência da emoção negativa despoletada pela notícia para o médico que a comunicou (como forma do doente conseguir lidar com a situação);
- O médico deve ter presente que a responsabilidade do aparecimento da doença não é sua;
- O ato de lhe imputar culpa é uma reação comum e que não deve ser levada pessoalmente.

(Buckman, R. Breaking bad news: why is it still so difficult. BMJ,1984)

Fatores do Médico

1.Receios do Médico

Ao tomar a responsabilidade pela notícia comunicada, o médico pode assumir diversos papéis :

***Escudo (Shielding):**

- Assegurar um desfecho positivo: “vai correr bem”;
- A proteção oferecida pelo médico impede o doente de se adaptar às circunstâncias reais;
- Algum grau de omissão de pormenores da notícia pode ser benéfico para o doente, se for esta a sua preferência expressa;
- Não deve ser a atitude habitual.

(Buckman, R. Breaking bad news: why is it still so difficult. BMJ,1984)

Fatores do Médico

1.Receios do Médico

***Ficar com o mérito da remissão:**

- “Chegámos mesmo a tempo...você está curado”;
- Aumenta temporariamente o bem-estar do doente;
- Qualquer recorrência será identificada como fracasso pessoal do médico;
- Pode promover o afastamento do médico (sentido pelo doente como abandono);

***Controlar a informação:**

- Tentativa de exercer algum controlo (quando o controlo sobre a doença não é possível);

(Buckman, R. Breaking bad news: why is it still so difficult. BMJ,1984)

Fatores do Médico

2.Transmissão de esperança

***Fator essencial na comunicação de “más notícias”:**

Esta deverá ser:

- Realizada de forma realista;
- Orientada para tópicos como os objetivos dos cuidados, controlo sintomático, preservação da funcionalidade e recursos de apoio;
- Dirigida a objetivos alcançáveis;
- Não se basear em expectativas irrealistas;

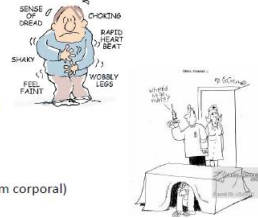
(Schmid Mast et al, 2005)

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Fatores do Doente

1. Receios comuns acerca da doença terminal e morte

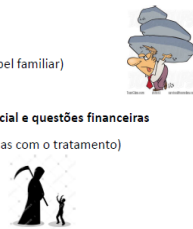
- Medo dos sintomas físicos e incapacidade (dor, náusea, perda de mobilidade)
- Medo dos efeitos psicológicos (“breakdown”, perda de consciência ou controlo)
- Medos relacionados com o tratamento (efeitos secundários, cirurgia, alteração da imagem corporal)



Fatores do Doente

1. Receios comuns acerca da doença terminal e morte

- Medos relacionados com a família e amigos (causar sofrimento, tornar-se um fardo, perda do papel familiar)
- Medos relacionados com o emprego, estatuto social e questões financeiras (perda de emprego, estatuto social ou poder; despesas com o tratamento)
- Medo da morte (questões existenciais, religiosas)



Fatores do Doente

2. Factores relacionados com o descontentamento dos doentes

- Comunicação apressada
- Dificuldade em utilizar as palavras apropriadas; Utilização de linguagem técnica (dificuldade na sua compreensão, acentua desigualdades na relação);
- Não lhes ser dado tempo para falar ou colocar questões;
- Pouca disponibilidade do médico para ouvir.



(Ptacek et al, 2001; Simpson, M et al, 1991)

Fatores do Doente

3. Preferência dos doentes

A maioria dos doentes:

- Deseja receber informação acerca do seu diagnóstico, sintomas, opções de tratamento, efeitos secundários e prognóstico.
- Não expressa ao médico a sua vontade (importância das perguntas abertas);
- Desejam que os seus médicos cuidem deles, não os abandonem e que evitem o sofrimento;
- Encontra-se satisfeita com a comunicação de más notícias efetuada pelo médico.

(Clayton et al 2005, Ptacek et al, 2001)

Fatores do Doente

Aspetos transculturais

- A capacidade de manter a esperança face à comunicação de um prognóstico desfavorável é determinada culturalmente;
- A comunicação direta do facto pode ser vista como insensível, desrespeitosa ou mesmo causadora de acontecimentos adversos futuros;
- Preferência por omissão da verdade, eufemismos, comunicação indireta, com recurso a comunicação não verbal;
- Diferentes perspetivas sobre a morte;

Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. **Quem deverá transmitir a “má notícia”?**
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.

Quem deverá transmitir as “más notícias”?



- Habitualmente, o **médico responsável pelo doente**, com quem este tenha estabelecido uma **relação de confiança** e que esteja **disponível para responder às questões colocadas** após a tomada de conhecimento.

- No caso de estar mais do que um clínico presente a informação deve ser coordenada, transmitida a um ritmo que o doente/familiar possa acompanhar.



Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. **Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;**
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.

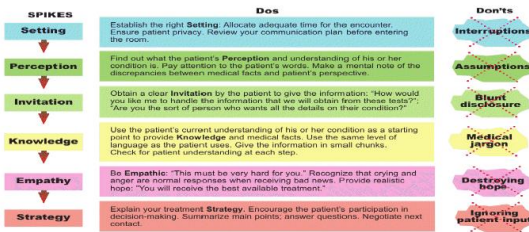
Sumário

1. Breve enquadramento histórico;
2. Definição de “má notícia” em contexto clínico;
3. Relevância do tema;
4. Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
5. Quem deverá transmitir a “má notícia”?
6. Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
7. Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
8. Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - **Protocolo SPIKES;**
9. Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
10. Conclusão.

Protocolo SPIKES (6 passos)

Protocolo SPIKES

Renate Lenzl, MD



Protocolo SPIKES

1. Preparação (Setting Up the interview)

- Estar familiarizado com a informação clínica relevante;
- Pensar antecipadamente no doente;
 - Local privado e confortável
 - Consultório médico com os intervenientes sentados;
 - Cama do doente: fechar as cortinas;
 - Gerir restrições de tempo e interrupções;
 - Presença de familiares;

Protocolo SPIKES

2. Perceber o que o doente sabe (Assessing the patient's Perception)

- Usar questões abertas;
- Criar uma imagem aproximada do que o doente entende da sua situação médica;

"O que é que já lhe foi dito sobre a sua doença?"
 "Tem alguma ideia porque razão fez uma RMN?"
 "O que pensou acerca dos seus sintomas?"

- Corrigir informações erradas;
- Adequar as "más notícias" aos conhecimentos do doente;

Protocolo SPIKES

3. Determinar quanto o doente quer saber (Obtaining the patient's Invitation)

- Alguns doentes preferem não saber o diagnóstico, prognóstico e detalhes da sua doença;
- ↳ Importante mecanismo psicológico de coping

"Se esta situação se mostrar bastante séria, é o tipo de pessoa que gostaria de saber exatamente o que se passa?"
 "Prefere saber toda a informação ou apenas uma breve ideia sobre os resultados e despende mais tempo a discutir o tratamento?"

- Oferecer-se para responder a questões que possam aparecer no futuro ou prestar esclarecimento a familiar;

Protocolo SPIKES

4. Partilha de informação (Giving the Knowledge and information to the patient)

- Adequar ao nível de compreensão e vocabulário do doente;
- Alertar o doente para o facto de que vão ser transmitidas "más notícias" diminui o choque que se segue à revelação dos dados e facilita o processamento da informação;

"Os exames que realizámos apresentam resultados preocupantes."

- Evitar termos técnicos;
- Não reear o uso de palavras como "cancro" e "morte";

Protocolo SPIKES

4. Partilha de informação (Giving the Knowledge and information to the patient)

- Fornecer informação em pequenas porções e confirmar periodicamente que o doente percebeu a informação;
- Permitir o silêncio e as lágrimas;
- Oferecer esperança realista;
- Quando o prognóstico é desfavorável, evitar frases como "Não há nada que se possa fazer por si".

Comunicação de “más notícias” em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Protocolo SPIKES

5. Responder às emoções do doente

(Addressing the patient's **E**motions)

- O médico pode oferecer apoio e solidariedade ao doente através de uma resposta empática:
 - Observar as emoções do doente;
 - Identificar as emoções- podem ser colocadas questões acerca do pensamento ou da emoção do doente naquele momento;
 - Identificar a razão para aquela emoção;
 - Dar a entender ao doente que o médico estabeleceu conexão entre a emoção e o facto.

“Percebo que ouvir esta informação lhe esteja a provocar emoções terríveis...”

Protocolo SPIKES

6. Plano e Follow-up

(**S**trategy and Summary)

- Doentes que têm um plano claro para o futuro apresentam níveis mais baixos de ansiedade;
- Antes de discutir um plano terapêutico, é importante perceber se o doente está preparado para tal discussão;
- Agendar consulta de seguimento;
- É importante que o médico se lembre que falhar a cura não é falhar o doente:
 - Cuidados paliativos;
 - Boa comunicação;

Sumário

- Breve enquadramento histórico;
- Definição de “má notícia” em contexto clínico;
- Relevância do tema;
- Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
- Quem deverá transmitir a “má notícia”?
- Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
- Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
- Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
- Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;**
- Conclusão.

Exemplos de comunicação de “más notícias”

Sumário

- Breve enquadramento histórico;
- Definição de “má notícia” em contexto clínico;
- Relevância do tema;
- Alguns fatores envolvidos na comunicação de uma “Má Notícia”;
- Quem deverá transmitir a “má notícia”?
- Fatores que os doentes valorizam na comunicação de uma “má notícia”;
- Condições com impacto na transmissão de uma “má notícia”;
- Protocolos para a transmissão de uma “má notícia”
 - Protocolo SPIKES;
- Exemplos de Comunicação de uma “má notícia”;
- Conclusão.**

Conclusão

- Corpo de evidência crescente demonstra que a atitude e dotes comunicativos do médico têm uma importância decisiva no modo como o doente lida com as más notícias.
- Um melhor treino clínico na arte de dar más notícias beneficiará tanto os médicos como os doentes.
- Os limites da Medicina implicam que nem sempre os doentes possam obter a cura.

“O contrato terapêutico em medicina é uma obrigação de meio e não de resultado”

- É precisamente nestes momentos que o profissionalismo médico é mais essencial.

Conclusão



“The task of breaking bad news is a testing ground for the entire range of our professional skills and abilities. If we do it badly, the patients or family members may never forgive us; if we do it well, they will never forget us.”

(Robert Buckman)

Comunicação “más notícias” em contexto clínico

Anexo 5 - Parecer da Comissão de Ética da FCS-UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

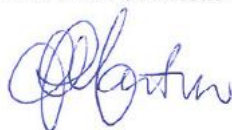
Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2017-033

Na sua reunião de 14 de novembro de 2017 a Comissão de Ética apreciou, retrospectivamente, a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Comunicação de más notícias em contexto clínico pelo olhar dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior**", da proponente **Mariana Rita Mesquita Silva Estrela Santos**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2017-033.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 22 de novembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética



Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

Anexo 6 - Co-autoria de um capítulo na colectânea de textos “Psicologia na Medicina” a publicar pela Editora LIDEL

O capítulo encontra-se, neste momento, no prelo.

25 – Adesão, mudança comportamental e aconselhamento

Paulo Vitória, Mariana Estrela Santos, Ana Teresa Figueiral, Conceição Nobre

SUMÁRIO:

- Enquadrar o tema da adesão, da mudança comportamental e do aconselhamento na psicologia da saúde.
- Definir adesão, as suas causas e consequências e as estratégias para prevenir a não adesão.
- Justificar a importância da mudança comportamental e do apoio emocional para promover a saúde e prevenir e tratar a doença.
- Propor as abordagens proativas, o aconselhamento breve e a referência de casos com problemas de comportamento e com perturbações emocionais como tarefas que devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde.
- Definir aconselhamento profissional, com base científica e técnica, e apresentar, resumidamente, alguns dos modelos mais relevantes de aconselhamento.
- Estabelecer relações entre o aconselhamento profissional e a comunicação terapêutica (comunicação que transforma, que muda).
- Referir algumas estratégias e técnicas mais relevantes do aconselhamento profissional.

Anexo 7 - Certificado de participação no I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde



I CONGRESSO NACIONAL DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA EM CUIDADOS DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que

Foi apresentado, sob a forma de *poster*, o trabalho “Comunicação de más notícias: revisão sistemática sobre a perceção de médicos e estudantes de medicina”, da autoria de **Mariana Estrela Santos** e **Paulo Vitória**, no I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde, que se realizou na Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, a 20 e 21 de outubro de 2017.

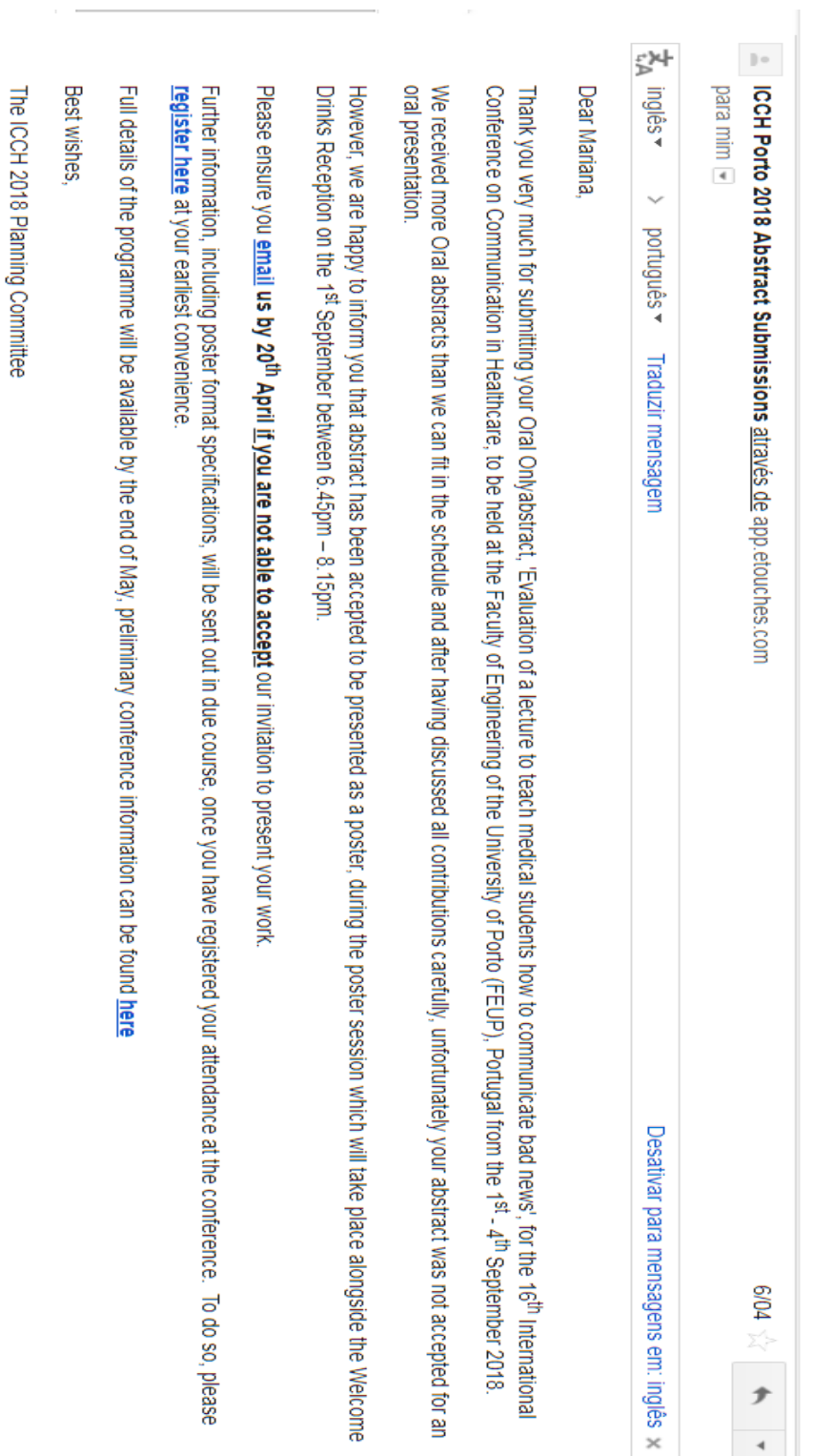
Braga, 23 de outubro de 2017

Pela Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Morgado', is written over a horizontal line. Below the signature, the name 'Pedro Morgado' is printed in a standard black font.

Pedro Morgado

Anexo 8 - Confirmação de aceitação de resumo no International Conference on Communication in Healthcare 2018



The screenshot shows an email interface. At the top, it says 'ICCH Porto 2018 Abstract Submissions através de app. etouches.com'. Below this, there are language options: 'para mim', 'inglês', and 'português', along with a 'Traduzir mensagem' button. The main body of the email is in English and contains the following text:

Dear Mariana,

Thank you very much for submitting your Oral Only abstract, 'Evaluation of a lecture to teach medical students how to communicate bad news', for the 16th International Conference on Communication in Healthcare, to be held at the Faculty of Engineering of the University of Porto (FEUP), Portugal from the 1st - 4th September 2018.

We received more Oral abstracts than we can fit in the schedule and after having discussed all contributions carefully, unfortunately your abstract was not accepted for an oral presentation.

However, we are happy to inform you that abstract has been accepted to be presented as a poster, during the poster session which will take place alongside the Welcome Drinks Reception on the 1st September between 6.45pm – 8.15pm.

Please ensure you **email us by 20th April if you are not able to accept** our invitation to present your work.

Further information, including poster format specifications, will be sent out in due course, once you have registered your attendance at the conference. To do so, please [register here](#) at your earliest convenience.

Full details of the programme will be available by the end of May, preliminary conference information can be found [here](#)

Best wishes,

The ICCH 2018 Planning Committee