



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Comunicação de más notícias a pacientes:  
Conhecimento, experiência, dificuldades e  
padrões de comportamento de alunos de  
medicina**

**Nelson Ferreira Albuquerque**

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

Orientador: Dr. Ricardo Tjeng

**Covilhã, dezembro de 2013**

# Dedicatória

*Aos meus pais e avós...*

*Toda a arte da medicina está na observação, como fala o velho ditado, mas para educar os olhos para ver, o ouvido para ouvir e o dedo para sentir demora. Iniciar um homem no caminho correto é tudo o que podemos fazer.*

William Osler

## Agradecimentos

O meu sincero agradecimento ao meu orientador Dr. Ricardo Tjeng, por toda a disponibilidade e por todo o apoio incondicional e atempado.

A todos os alunos das diversas faculdades médicas Portuguesas, que se disponibilizaram para responder de forma muito sincera às questões que lhes foram colocadas no questionário que lhes foi enviado.

Aos meus pais, avós e irmão, por acreditarem em mim e por toda a motivação que sempre me imprimiram.

À Joana pelo amparo e carinho nas horas de maior desespero.

E a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a realizar este trabalho.

## Resumo

**Introdução:** O ensino de medicina sofreu grandes mudanças ao longo dos anos. Hoje em dia, em conjunto com as competências clínicas, surgiu a necessidade de dar ênfase a outras competências, tais como o treino em competências não-técnicas. Estas últimas, são especialmente benéficas em áreas onde os eventos estão em rápido desenvolvimento, tais como a consciência social, a comunicação e o trabalho em equipa. O ensino ligado às competências não-técnicas, tais como saber como comunicar más notícias, deve ser objeto de estudo e avaliação. O principal objetivo deste estudo é perceber se os estudantes de medicina portugueses estão conscientes do que são as competências não-técnicas no geral e da sua aplicação na comunicação de más notícias em particular, através da identificação de diferentes experiências, padrões de comportamento e atuação. Interessa também perceber qual o grau de conhecimento que têm relativamente à existência de protocolos de comunicação.

**Metodologia:** Estudo transversal, observacional e descritivo. Durante o ano letivo de 2012/2013, todos os alunos de medicina das diversas faculdades médicas de Portugal foram convidados a responder a um questionário eletrónico com perguntas de resposta aberta e fechada, estas últimas, na sua maioria, usando uma escala Likert de 5 pontos.

**Resultados:** Menos de metade dos alunos de medicina portugueses tem a opinião de que já tiveram formação em competências não-técnicas. Cerca de um quarto dos alunos termina o curso de medicina sem presenciar aquilo que considera uma má notícia, facto que pode ajudar a explicar a razão de menos de 20% dos alunos de medicina referirem que se sentem preparados para comunicar más notícias. Saliente-se que, tendencialmente, o sexo masculino sente-se mais preparado para comunicar más notícias do que o sexo feminino, contudo, a idade e o ano de curso não parecem ter influência nesse mesmo grau de preparação. Existem também diferenças entre as diversas faculdades médicas portuguesas, no que toca ao grau de preparação dos alunos para comunicar uma má notícia.

**Conclusão:** Perante a discordância de respostas, dadas pelos alunos, relativamente às competências não-técnicas, pode-se concluir que os alunos não têm uma perfeita noção do que realmente são as competências não-técnicas. Parece existir uma influência do rácio aluno/tutor de cada faculdade no grau de preparação que os alunos percecionam ter face à possibilidade de terem de comunicar uma má notícia. Perante o baixo grau de experiência em presenciar a comunicação de más notícias por parte de um médico, e o baixo grau de conhecimento de protocolos na área da comunicação em medicina, conclui-se que é necessário rever se os planos curriculares estão de acordo com as necessidades dos alunos de forma a proporcionar um maior contacto com esta temática.

# Palavras-chave

Estudantes de medicina, divulgação da verdade, comunicação, más notícias, competências não-técnicas.

## Abstract

**Introduction:** Medical teaching suffered large changes over the past years. Nowadays, combined with the clinical skills, the need to emphasize other skills arose, such as the training on non-technical skills (NTS). NTS are especially beneficial in areas where events are developing rapidly, such as social awareness, communication and teamwork. Training linked to NTS, such as knowing how to communicate bad news, should be object of study and assessment. The main objective of this study is to understand if the Portuguese medical students are aware of non-technical skills in general and of their use in the communication of bad news in particular, through the identification of different experiences and behavior and action patterns. It's also necessary to understand the degree of knowledge that students have in relation to the existence of communication protocols.

**Methodology:** Cross-sectional, observational and descriptive study. During the academic year 2012-2013, all medical students of all Portuguese medical faculties were invited to answer an online questionnaire with open and closed questions, most of them using a 5-point Likert scale.

**Results:** Less than half of the Portuguese medical students said that they had already had training on non-technical skills. About a quarter of the students complete their medical degree without witnessing what one generally considers the communication of bad news, which might help to explain the fact that less than 20% of the medical students referred that they felt prepared to communicate bad news. It should be highlighted that there is a tendency for men to feel more prepared to communicate bad news than women, however the age and year of studies do not seem to have that same influence in that level of preparation. There are also differences among the several Portuguese medical faculties in what concerns the students' degree of being prepared to communicate bad news.

**Conclusion:** Given the disagreement of the answers given by the students in relation to non-technical skills, it can be concluded that the students do not have a perfect notion of what non-technical skills really are. There seems to be an influence in the faculty pupil / tutor ratio in the preparedness that the students perceive in relation to the possibility of having to communicate bad news. Given the low degree of experience in witnessing the communication of bad news from a doctor and the low level of knowledge of communication protocols in medicine, it is concluded that, in order to provide greater contact with this issue, it is necessary to review if the medical curriculums are adjusted to the students' demanding.

# Keywords

Medical students, truth disclosure, communication, bad news, non-technical skills.

# Índice

Dedicatória .....	ii
Agradecimentos .....	iv
Resumo .....	v
Palavras-chave .....	vi
Abstract .....	vii
Keywords .....	viii
Índice .....	ix
Lista de tabelas .....	xi
Lista de acrónimos .....	xii
1. Introdução .....	1
1.1. Objetivos .....	3
1.2. Hipóteses de estudo .....	3
2. Metodologia de Investigação .....	4
2.1. Caracterização do estudo .....	4
2.2. População em estudo .....	4
2.3. Amostra .....	5
2.4. Instrumento de investigação .....	6
2.5. Métodos estatísticos .....	7
3. Resultados .....	8
3.1. Competências não-técnicas .....	8
3.2. Comunicação de más notícias .....	9
3.3. Informação prestada aos doentes .....	10
3.4. Protocolo SPIKES .....	11
3.5. Associação de variáveis .....	12
3.5.1. Associação entre ano de curso e competências não-técnicas .....	12
3.5.2. Associação entre competências não-técnicas e faculdades médicas .....	12
3.5.3. Associação entre comunicação de más notícias e faculdades médicas .....	13
3.5.4. Formação em competências não técnicas e comunicação de más notícias nos alunos do sexto ano .....	14

3.5.5.	Associação entre sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia e sexo e ano de curso .....	15
3.5.6.	Associação entre o sentimento de preparação para comunicar uma má notícia e o conhecimento de um protocolo de comunicação. ....	16
3.5.7.	Associação entre elementos do protocolo SPIKES mais difíceis de aplicar e conhecimento do protocolo SPIKES .....	17
3.5.8.	Situações em que os alunos transmitiram más notícias a doentes ou familiares (pergunta de resposta aberta).....	18
3.5.9.	Situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia (pergunta de resposta aberta).....	19
3.5.10.	Maiores falhas/dificuldades dos alunos na comunicação de uma má notícia (pergunta de resposta aberta).....	21
<b>4.</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>23</b>
4.1.	Discussão de resultados .....	23
4.2.	Limitações do estudo .....	27
4.3.	Sugestões futuras .....	28
<b>5.</b>	<b>Conclusão .....</b>	<b>29</b>
	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>30</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>32</b>
6.1	Anexo 1 - Tabelas referentes aos dados da FCS-UBI.....	32
6.2	Anexo 2 - Protocolo SPIKES.....	37
6.3	Anexo 3 - Questionário .....	38

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Número de alunos de cada faculdade médica.....	4
Tabela 2 - Distribuição dos alunos segundo a Universidade .....	5
Tabela 3 - Caracterização dos alunos .....	5
Tabela 4 - Competências não-técnicas.....	8
Tabela 5 - Comunicação de más notícias .....	9
Tabela 6 - Informação a pacientes .....	10
Tabela 7 - Protocolo SPIKES.....	11
Tabela 8 - Competências não-técnicas segundo o ano de curso.....	12
Tabela 9 - Formação em competências não-técnicas segundo a Universidade .....	13
Tabela 10 - Comunicação de uma má notícia segundo a Universidade.....	14
Tabela 11 - Formação em competências não-técnicas e presenciar a comunicação de uma má notícia a um paciente nos alunos do 6º ano.....	14
Tabela 12 - Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o sexo e ano .....	15
Tabela 13 - Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o contacto com o protocolo SPIKES ou outro .....	16
Tabela 14 - Elementos do protocolo SPIKES mais difíceis de aplicar segundo o conhecimento do protocolo SPIKES .....	17
Tabela 15 - Situações em que os alunos transmitiram más notícias a doentes ou familiares ..	18
Tabela 16 - Descrição de situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia .....	19
Tabela 17 - Maiores falhas/dificuldades que os alunos percecionam ter face à possibilidade de terem de comunicar uma má notícia.....	21
Tabela 18 - (Anexo1) Caraterização dos alunos da UBI .....	32
Tabela 19 - (Anexo1) Competências não-técnicas .....	32
Tabela 20 - (Anexo1) Transmissão de más notícias a pacientes .....	33
Tabela 21 - (Anexo1) Informação a pacientes .....	34
Tabela 22 - (Anexo1) Protocolo SPIKES .....	34
Tabela 23 - (Anexo1) Competências não-técnicas segundo o ano.....	35
Tabela 24 - (Anexo1) Formação em competências não-técnicas e presenciar a comunicação de uma má notícia a um paciente nos alunos do 6º ano.....	35
Tabela 25 - (Anexo1) Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o sexo e ano .....	36

## Lista de acrónimos

**DP** - Desvio padrão

**FCS** - Faculdade de Ciências da Saúde

**FML** - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**FMUC** - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**FMUP** - Faculdade de Medicina do Porto

**ICBAS** - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

**NTS** - Non-technical skills (competências não-técnicas)

**SPIKES** - Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**U.Alg** - Universidade do Algarve

**UBI** - Universidade da Beira Interior

**UM** - Universidade do Minho

**UNL** - Universidade Nova de Lisboa

# 1. Introdução

O ensino da medicina sofreu grandes alterações desde a era medieval, onde o ensino médico consistia basicamente no estudo e recitação de textos hipocráticos e galénicos, não necessariamente associados ao ensino prático supervisionado da profissão, passando por fases onde imperava apenas uma sólida formação científica pré-médica (séc. XIX), até aos dias de hoje. Nas últimas décadas, aliada à formação científica, começou a surgir a necessidade de formação em competências não-técnicas, sendo estas um conjunto de habilidades cognitivas, sociais e pessoais que complementam as habilidades técnicas e contribuem para a melhoria da segurança e eficiência da performance médica.(1)

A falta de formação em competências não-técnicas está bem documentada como uma das grandes causas de efeitos adversos nos sistemas de saúde.(2, 3)

As competências não-técnicas são mais vantajosas relativamente às competências técnicas em áreas onde os eventos estão em rápido desenvolvimento, tais como a consciência situacional e a capacidade de comunicar e trabalhar em equipa. Assim sendo, a formação ligada às competências não-técnicas, tais como saber comunicar más notícias, deve ser alvo de estudo e avaliação para uma possível futura incorporação no plano curricular das faculdades de medicina, ou para melhoria de planos já existentes.

No seu quotidiano, é tarefa praticamente inevitável, para um médico, dar más notícias, seja diretamente a um paciente ou seja a um familiar seu. Contudo, nem sempre os profissionais de saúde estão dotados das ferramentas necessárias para lidar com esta difícil e especial faceta do seu trabalho.

Neste sentido, é importante, antes de mais, definir o conceito de “má notícia”, sendo o mesmo muito subjetivo e pessoal, contudo é consensualmente aceite a seguinte definição: “qualquer informação que altere de forma drástica e negativa a visão do doente sobre o seu futuro”.(4-6)

Dado o crescente aumento do *numerus clausus* de alunos nas faculdades de medicina portuguesas, torna-se cada vez mais difícil a prática da “relação médico-doente”, sendo esta, um meio de ensinamento empírico para a aprendizagem de técnicas de transmissão de más notícias.(7) Além disso, a extensa matéria lecionada ao longo do curso, faz com que, inevitavelmente, algumas áreas do saber médico sejam um pouco descuradas, sendo a prática da comunicação médico-doente uma delas.

Sendo a medicina, uma área onde os profissionais de saúde rotineiramente abordam os seus pacientes/familiares, no sentido de lhes comunicar algo delicado sobre o seu estado de

saúde, urge, desta forma, uma profunda necessidade de formação por parte de quem fornece a informação, pois a literatura evidencia que as competências de comunicação influenciam positivamente o tratamento do doente.(8) Saliente-se que, “quando as notícias são más, ainda podem piorar se a forma como são anunciadas não for a melhor” (Walter Baile), ou seja, a capacidade de demonstrar empatia e cuidado pelo doente pode ser tão importante como as competências de diagnóstico e tratamento.(9) Cabe aos médicos a oferta de uma esperança realista, que pode interferir na qualidade de vida do paciente, na dignidade e no conforto durante a evolução da doença. Além disso, o médico tem que ter a capacidade de ouvir as dúvidas e preocupações do doente, descobrir o que este sabe sobre a sua doença e dar informação de uma forma compreensível.(10)

É sabido que a comunicação de más notícias acarreta, inevitavelmente, uma alteração emocional forte no paciente, assim como, por associação, no médico.(11) Desta forma, são várias as razões que, segundo o Serviço de Atenção Psicossocial Integrada da Unifesp, levam os médicos a evitar um contacto emocional, sendo elas: “falta de treinamento; medo de aumentar o stresse do paciente; falta de suporte emocional e prático dos colegas; e preocupação quanto à própria sobrevivência”.(12)

Esta temática ganha outro relevo em situações particulares, como por exemplo em contexto de urgência, pois existe muito pouco tempo para preparar a situação, assim como existe um grande ou total desconhecimento do *background* do paciente e da sua família.(13)

Dada a complexidade desta tarefa, Walter Baile definiu o protocolo SPIKES (Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy), que oferece ao médico “as boas maneiras de dar más notícias”. Existem outros protocolos, tais como o “ABCDE”, contudo, o protocolo SPIKES é o que reúne maior consenso entre os médicos.(14) Saliente-se que, a palavra “protocolo” adquire, neste sentido, um carácter de “guia geral” e não de protocolo rígido.(15, 16) (Ver anexo 2)

## 1.1. Objetivos

- Identificar qual o grau de conhecimento que os alunos de medicina têm em relação às competências não-técnicas, no geral, e à comunicação de más notícias a pacientes e familiares, em particular.
- Avaliar qual o grau de preparação que os alunos de medicina percecionam ter, face à comunicação de más notícias.
- Identificar diversos padrões de comportamento/atuação face à comunicação de más notícias por parte dos futuros médicos portugueses.
- Comparar os resultados obtidos na Faculdade de Ciências da Saúde - UBI, com a média de resultados das restantes faculdades médicas nacionais.

## 1.2. Hipóteses de estudo

H1: O ano letivo em que os alunos se encontram influencia o seu conhecimento relativamente às competências não-técnicas.

H2: A faculdade médica em que o aluno se encontra influencia o sentimento de preparação dos alunos face à possibilidade de terem de transmitir uma má notícia no futuro.

H3: A idade, o sexo e o ano de curso influenciam o sentimento de preparação dos alunos face à possibilidade de terem de transmitir uma má notícia no futuro.

H4: O contacto prévio com o protocolo SPIKES, ou outro do género, influencia o sentido de preparação dos alunos face à necessidade de transmitirem uma má notícia.

## 2. Metodologia de Investigação

### 2.1. Caracterização do estudo

O presente estudo define-se como observacional, descritivo e transversal, não tendo existido a intervenção do investigador.

A recolha dos dados foi feita de modo não aleatório, através de um questionário eletrónico e apenas num momento temporal através do serviço web do Google Docs.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à sua análise quantitativa e qualitativa, sendo que esta última foi categorizada apenas pelo investigador.

### 2.2. População em estudo

A população deste estudo é constituída pelo universo de alunos de medicina das diversas faculdades médicas de Portugal, desde o primeiro ao sexto ano, sendo o seu total, no ano letivo de 2012/2013, de 9993 alunos distribuídos segundo a tabela 1.

Tabela 1 - Número de alunos de cada faculdade médica

Faculdade:	N
FMUP	1669
UBI	830
FMUC	1874
ICBAS	1091
U.Alg	92
FML	2178
UM	680
UNL	1579
<b>TOTAL:</b>	<b>9993</b>

## 2.3. Amostra

Nesta secção efetua-se uma caracterização dos 1087 alunos das diversas Faculdades de Medicina de Portugal, incluídos no estudo. A Tabela 2 apresenta os resultados alusivos à distribuição dos alunos inquiridos segundo a Universidade em que estudavam.

Tabela 2 - Distribuição dos alunos segundo a Universidade

	Número total de alunos da faculdade	N	Taxa de resposta por faculdade	%
U. Coimbra	1874	213	11,37%	19,6%
U. Lisboa	2178	297	13,63%	27,3%
U. Porto	1669	171	10,25%	15,7%
U. Nova Lisboa	1579	103	6,52%	9,5%
ICBAS	1091	50	4,58%	4,6%
U. Minho	680	54	7,94%	5,0%
U.B.I. (Covilhã)	830	188	22,65%	17,3%
U. Algarve	92	11	11,96%	1,0%
<b>TOTAL</b>	<b>9993</b>	<b>1087</b>	<b>10,88%</b>	<b>100%</b>

Relativamente aos dados sociodemográficos (Tabela 3), 72,4% dos alunos eram do sexo feminino, com uma média etária de  $22,3 \pm 3,3$  anos, variando esta entre os 18 e os 51 anos. No que respeita ao ano de frequência do curso, 10,6% estavam no 6º ano, 25,2% no 5º ano, 19,4% no 4º ano, 22,9% no 3º ano, e 12,7% e 9,2% estavam no 2º e 1º anos, respetivamente.

Tabela 3 - Caracterização dos alunos

		N	%
Sexo	Feminino	781	72,4%
	Masculino	298	27,6%
Idade	Média $\pm$ DP	22,3 $\pm$ 3,3	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	22 (18 - 51)	
Ano	1º Ano	99	9,2%
	2º Ano	137	12,7%
	3º Ano	248	22,9%
	4º Ano	210	19,4%
	5º Ano	272	25,2%
	6º Ano	115	10,6%

## 2.4. Instrumento de investigação

No sentido de encontrar um questionário que respondesse aos objetivos supracitados, foi feita uma extensa pesquisa bibliográfica que, apesar de evidenciar que a literatura sobre o tema “breaking bad news” é extensa, mostrou-se insuficiente no que toca a instrumentos de investigação, existindo apenas alguns dirigidos à comunicação de más notícias ligadas à área da oncologia.

Desta forma, e tendo em vista a resposta aos objetivos colocados, foi elaborado um questionário *de novo* pelo investigador. Este questionário foi elaborado na plataforma digital do Google Docs para facilitar o seu envio às diferentes faculdades médicas nacionais, assim como a sua receção (Anexo 3)

O questionário em questão foi previamente testado por seis alunos da Faculdade de Ciências da Saúde - UBI, tendo sido demonstradas algumas limitações e erros no mesmo, procedendo-se, *à posteriori*, à sua reformulação.

O referido questionário é constituído por um total de 29 perguntas, 26 delas de resposta fechada e 3 de resposta aberta, de forma a poder retirar mais informação do mesmo, dividindo-se essencialmente em 5 partes, sendo elas:

- Dados sociodemográficos;
- Noção de competências não-técnicas e experiência pessoal relativamente às mesmas;
- Experiências vividas e presenciadas face à comunicação de más notícias;
- Grau de preparação e padrões de atuação relativamente à comunicação de más notícias;
- Conhecimentos, facilidades e dificuldades na aplicação do protocolo SPIKES.

## 2.5. Métodos estatísticos

Os dados recolhidos foram analisados através do Software IBM SPSS versão 21.0 (IBM Corporation, New York, USA).

As variáveis quantitativas resumiram-se através da média e desvio padrão (DP) e as qualitativas recorrendo às frequências absolutas e relativas. Os resultados referentes aos valores médios são apresentados através da média  $\pm$  DP.

Para analisar os objetivos do estudo utilizou-se o teste do Qui-Quadrado, para estudar a associação entre variáveis qualitativas, e o teste à significância da correlação de Spearman, para associar a idade e o grau de concordância com sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia no futuro.

O nível de significância utilizado para os testes de hipóteses foi de  $\alpha=0.05$

A análise qualitativa das perguntas de respostas aberta foi feita através do método de “clustering”, ou seja, foram feitas categorias de respostas que se assemelham. As respostas foram agrupadas segundo os temas principais, impressões e resumo de opiniões, tendo sempre a preocupação com a convergência (“o que é que encaixa?”) e a divergência (definição de categorias e subcategorias).

### 3. Resultados

NOTA: Alguns dos resultados nacionais são comparados com os obtidos apenas na FCS-UBI, estando estes últimos apresentados em itálico. (Ver anexo 1)

#### 3.1. Competências não-técnicas

Os resultados relativos ao conhecimento, formação e perceção de competências não-técnicas são apresentados na Tabela 4.

Observa-se que 69,6% (*UBI=80,3%*) dos alunos já tinham ouvido falar em competências não técnicas, 72,9% (*UBI=79,9%*) sabiam o que eram essas competências e 47,3% (*UBI=56,5%*) afirmaram que tiveram formação em competências não-técnicas. Quanto à formação, os conteúdos ministrados mais referidos foram, as técnicas de comunicação (41,9%), o trabalho em equipa (30,2%), a segurança do doente (26,4%) e a resolução de problemas (17,2%). Em termos de concordância com necessidade de ser realizada uma aprendizagem de competências não-técnicas nos cursos de medicina, 94,6% concordam que é importante.

Tabela 4 - Competências não-técnicas

		N	%
Já ouvi falar em competências não-técnicas ("non-technical skills").	Não tenho certeza	83	7,7%
	Não	247	22,8%
	Sim	754	69,6%
Sei o que são competências não-técnicas.	Não tenho certeza	170	19,1%
	Não	71	8,0%
	Sim	648	72,9%
Já tive formação em competências não-técnicas.	Não tenho certeza	151	16,8%
	Não	323	35,9%
	Sim	425	47,3%
Formação em competências não-técnicas	Técnicas de comunicação	455	41,9%
	Trabalho em equipa	328	30,2%
	Segurança do doente	287	26,4%
	Resolução de problemas	187	17,2%
	Técnicas de liderança	170	15,6%
	Outras	70	6,4%
	NUNCA tive formação em non-technical skills	5	0,5%
A aprendizagem de competências não-técnicas no curso de medicina é importante.	Discordo completamente	0	0,0%
	Discordo parcialmente	2	0,2%
	Indiferente	55	5,3%
	Concordo parcialmente	215	20,6%
	Concordo completamente	774	74,0%

### 3.2. Comunicação de más notícias

No que respeita à transmissão de más notícias a pacientes (Tabela 5), 5,5% (*UBI=2,1%*) referiram que esse evento já tinha ocorrido, em média  $5,0 \pm 7,8$  vezes, 32,7% destes sentiram-se preparados para essa comunicação, 42,4% sentiram-se calmos e 55,2% seguiram uma estratégia para transmitir essas más notícias.

Relativamente a presenciar a comunicação de uma má notícia a um paciente, 37,9% (*UBI=40,3%*) referem que esse facto já ocorreu, em média  $4,5 \pm 5,5$  vezes, 54,1% (*UBI=56%*) concordam que, no geral, sentiram os médicos preparados para comunicar essa má notícia a um paciente e 43,3% (*UBI=46,2%*) dos alunos discordam de eventualmente se sentirem preparados para a comunicação de uma má notícia a um paciente.

Tabela 5 - Comunicação de más notícias

		N	%
Já transmiti uma má notícia a um paciente.	Não	1024	94,5%
	Sim	60	5,5%
Quantas vezes	Média $\pm$ DP	$5,0 \pm 7,8$	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	2 (1 - 50)	
Senti-me preparado para comunicar a má notícia.	Discordo completamente	6	10,3%
	Discordo parcialmente	14	24,1%
	Indiferente	19	32,8%
	Concordo parcialmente	17	29,3%
	Concordo completamente	2	3,4%
Senti-me calmo ao comunicar a má notícia.	Discordo completamente	6	10,2%
	Discordo parcialmente	9	15,3%
	Indiferente	19	32,2%
	Concordo parcialmente	20	33,9%
	Concordo completamente	5	8,5%
Quando transmito uma má notícia a um paciente ajo segundo algum plano ou estratégia.	Não tenho certeza	10	17,2%
	Não	16	27,6%
	Sim	32	55,2%
Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.	Não	663	62,1%
	Sim	405	37,9%
Quantas vezes	Média $\pm$ DP	$4,5 \pm 5,4$	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	2 (0 - 50)	
Senti que no geral o(s) médico(s) estava(m) preparado(s) para comunicar a má notícia ao paciente.	Discordo completamente	18	4,4%
	Discordo parcialmente	49	12,0%
	Indiferente	120	29,5%
	Concordo parcialmente	158	38,8%
	Concordo completamente	62	15,2%
Sinto-me preparado face à	Discordo completamente	132	12,2%

eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.	Discordo parcialmente	335	31,1%
	Indiferente	412	38,2%
	Concordo parcialmente	178	16,5%
	Concordo completamente	21	1,9%

### 3.3. Informação prestada aos doentes

Em relação à informação prestada aos doentes (Tabela 6), 69,8% (*UBI*=73,8%) referem que concordam com a necessidade dos pacientes estarem informados sobre a totalidade do seu estado de saúde, 91,3% (*UBI*=90,9%) concordam que faz sentido o médico obter por parte do doente o desejo de ser informado, 87,4% (*UBI*=93%) concordam com a existência de uma repercussão no prognóstico do doente pela forma como o médico comunica uma má notícia, 97,8% (*UBI*=98,9%) concordam com a valorização pelo médico da visão que o paciente tem em relação à sua doença e 63,6% (*UBI*=64,5%) concordam que é normal os médicos sentirem-se emocionalmente abalados após a comunicação de uma má notícia.

Tabela 6 - Informação a pacientes

		N	%
Acho que os pacientes devem ser sempre informados a 100% do seu estado de saúde.	Discordo completamente	20	1,8%
	Discordo parcialmente	62	5,7%
	Indiferente	244	22,6%
	Concordo parcialmente	549	50,7%
	Concordo completamente	207	19,1%
Faz sentido o médico obter do doente o desejo de ser informado.	Discordo completamente	6	0,6%
	Discordo parcialmente	22	2,0%
	Indiferente	66	6,1%
	Concordo parcialmente	274	25,3%
	Concordo completamente	714	66,0%
A forma como o médico comunica uma má notícia pode ter repercussão no prognóstico do paciente.	Discordo completamente	2	0,2%
	Discordo parcialmente	26	2,4%
	Indiferente	97	9,0%
	Concordo parcialmente	375	34,7%
	Concordo completamente	580	53,7%
É importante a visão que o paciente tem da sua doença e deve ser valorizada pelo médico.	Discordo completamente	2	0,2%
	Discordo parcialmente	2	0,2%
	Indiferente	20	1,9%
	Concordo parcialmente	246	22,9%
	Concordo completamente	806	74,9%
Após a comunicação de uma má notícia é	Discordo completamente	15	1,4%
	Discordo parcialmente	91	8,4%

normal o médico sentir-se emocionalmente abalado.	Indiferente	288	26,7%
	Concordo parcialmente	451	41,8%
	Concordo completamente	235	21,8%

### 3.4. Protocolo SPIKES

Na Tabela 7 são apresentados os resultados respeitantes às questões colocadas sobre o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e os pacientes. Observa-se que 19,6% (*UBI*=12,3%) referem a existência desse contacto e os elementos mais fáceis de aplicar são, a preparação da entrevista (45,6%) e obter do doente o desejo de ser informado (26,8%), e quanto aos elementos mais difíceis, é referido o confronto com as emoções do doente (67,0%) e dar conhecimento das más notícias (21,2%).

Tabela 7 - Protocolo SPIKES

		N	%
Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.	Não tenho certeza	111	10,3%
	Não	757	70,1%
	Sim	212	19,6%
Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que, a meu ver, é mais FÁCIL de aplicar é:	S (Setting up) - Preparar a entrevista	467	45,6%
	P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença	136	13,3%
	I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado	274	26,8%
	K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias	19	1,9%
	E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente	4	0,4%
	S (Strategy) - Plano de ação para o futuro	124	12,1%
Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que, a meu ver, é mais DIFÍCIL de aplicar é:	S (Setting up) - Preparar a entrevista	11	1,1%
	P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença	63	6,1%
	I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado	33	3,2%
	K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias	217	21,2%
	E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente	687	67,0%
	S (Strategy) - Plano de ação para o futuro	15	1,5%

### 3.5. Associação de variáveis

#### 3.5.1. Associação entre ano de curso e competências não-técnicas

Relativamente ao ano de curso a partir do qual os alunos de medicina ouvem falar em competências não-técnicas (Tabela 8), não se constata a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq .05$ ) entre os diferentes anos, contudo existe uma tendência para uma maior proporção dos alunos do 5º e 6º ano já terem ouvido falar desse tipo de competências. No que respeita ao conhecimento do que são as competências não-técnicas, também não se observa a existência de diferenças com significância estatística ( $p \geq .05$ ) entre os diferentes anos de ensino.

Tabela 8 - Competências não-técnicas segundo o ano de curso

		Ano												p <sup>1</sup>
		1º Ano		2º Ano		3º Ano		4º Ano		5º Ano		6º Ano		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Já ouvi falar em competências não-técnicas ("non-technical skills").	Não tenho certeza	8	8,1%	7	5,1%	22	8,9%	15	7,2%	23	8,5%	8	7,0%	0,102
	Não	28	28,3%	41	29,9%	55	22,3%	55	26,3%	44	16,2%	23	20,0%	
	Sim	63	63,6%	89	65,0%	170	68,8%	139	66,5%	205	75,4%	84	73,0%	
Sei o que são competências não-técnicas.	Não tenho certeza	22	27,8%	21	19,8%	36	17,7%	37	22,8%	36	15,2%	17	17,5%	0,254
	Não	7	8,9%	13	12,3%	13	6,4%	11	6,8%	18	7,6%	8	8,2%	
	Sim	50	63,3%	72	67,9%	154	75,9%	114	70,4%	183	77,2%	72	74,2%	

<sup>1</sup> Teste do Qui-Quadrado

#### 3.5.2. Associação entre competências não-técnicas e faculdades médicas

A Tabela 9 apresenta os resultados referentes à formação em competências não-técnicas segundo a Universidade. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as Universidades, em relação à proporção de alunos que respondem que já tiveram formação em competências não-técnicas. Os alunos da Universidade de Coimbra (38,5%), de Lisboa (39,3%) e Nova de Lisboa (40,0%) são os que referem, em menor percentagem, que tiveram formação em competências não-técnicas.

Tabela 9 - Formação em competências não-técnicas segundo a Universidade

		Já tive formação em competências não-técnicas.						p
		Não tenho certeza		Não		Sim		
		N	%	N	%	N	%	
Faculdade médica onde estuda:	U. Coimbra	29	18,6%	67	42,9%	60	38,5%	0,000
	U. Lisboa	47	19,3%	101	41,4%	96	39,3%	
	U. Porto	17	11,7%	46	31,7%	82	56,6%	
	U. Nova Lisboa	15	16,7%	39	43,3%	36	40,0%	
	ICBAS	7	17,1%	11	26,8%	23	56,1%	
	U. Minho	11	25,6%	9	20,9%	23	53,5%	
	U.B.I. (Covilhã)	25	14,7%	49	28,8%	96	56,5%	
	U. Algarve	0	0,0%	1	10,0%	9	90,0%	

### 3.5.3. Associação entre comunicação de más notícias e faculdades médicas

Quanto à comunicação de uma má notícia e contacto com o protocolo SPIKES ou outro, segundo a Universidade (Tabela 10), observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as Universidades, no que se refere à percentagem de alunos que já presenciou a comunicação de uma má notícia a um paciente, que se julgam preparados face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente e que tiveram contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.

Os alunos que menos presenciaram a comunicação de uma má notícia a um paciente foram os do ICBAS (25,5%), da Universidade de Coimbra (30,6%), da Universidade do Porto (32,3%) e da Universidade do Minho (35,8%). Quanto à preparação para a eventualidade de comunicar uma má notícia a um paciente, os alunos da Universidade do Porto (25,8%) e da Universidade do Algarve (63,6%) são os que têm uma maior percentagem de concordância, bem como os que em maior proporção referem que tiveram contacto com o protocolo SPIKES ou outro, com 72,8% e 63,6% respetivamente. Importa salientar que foram somente 11 os alunos inquiridos que pertenciam à Universidade do Algarve.

Tabela 10 - Comunicação de uma má notícia segundo a Universidade

		Faculdade médica onde estuda:																p <sup>1</sup>
		U. Coimbra		U. Lisboa		U. Porto		U. Nova Lisboa		ICBAS		U. Minho		U.B.I. (Covilhã)		U. Algarve		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.	Não	145	69,4%	168	57,5%	113	67,7%	53	52,0%	36	75,0%	34	64,2%	111	59,7%	3	27,3%	0,001*
	Sim	64	30,6%	124	42,5%	54	32,3%	49	48,0%	12	25,0%	19	35,8%	75	40,3%	8	72,7%	
Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.	Discordo completamente	28	13,3%	39	13,3%	12	7,1%	17	16,5%	9	18,4%	8	14,8%	19	10,2%	0	0,0%	0,003*
	Discordo parcialmente	68	32,2%	99	33,7%	39	22,9%	32	31,1%	14	28,6%	15	27,8%	67	36,0%	1	9,1%	
	Indiferente	75	35,5%	112	38,1%	75	44,1%	43	41,7%	15	30,6%	22	40,7%	67	36,0%	3	27,3%	
	Concordo parcialmente	33	15,6%	39	13,3%	39	22,9%	9	8,7%	11	22,4%	8	14,8%	32	17,2%	7	63,6%	
	Concordo completamente	7	3,3%	5	1,7%	5	2,9%	2	1,9%	0	0,0%	1	1,9%	1	0,5%	0	0,0%	
Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.	Não tenho certeza	18	8,5%	16	5,4%	15	8,9%	12	11,7%	9	18,4%	4	7,5%	36	19,3%	1	9,1%	0,000*
	Não	168	79,2%	263	88,9%	31	18,3%	85	82,5%	38	77,6%	41	77,4%	128	68,4%	3	27,3%	
	Sim	26	12,3%	17	5,7%	123	72,8%	6	5,8%	2	4,1%	8	15,1%	23	12,3%	7	63,6%	

\* p<0.05; 1 Teste do Qui-Quadrado

### 3.5.4. Formação em competências não técnicas e comunicação de más notícias nos alunos do sexto ano

Em relação aos alunos do 6º ano, 54,6% já tiveram formação em competências não técnicas e 75,0% já presenciaram a comunicação de uma má notícia a um paciente (Tabela 11).

Tabela 11 - Formação em competências não-técnicas e presenciar a comunicação de uma má notícia a um paciente nos alunos do 6º ano

		N	%
Já tive formação em competências não-técnicas.	Não tenho certeza	13	13,4%
	Não	31	32,0%
	Sim	53	54,6%
Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.	Não	28	25,0%
	Sim	84	75,0%

### 3.5.5. Associação entre sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia e sexo e ano de curso

A Tabela 12 apresenta o sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia no futuro, segundo o sexo e o ano de curso. Constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq .05$ ) entre os diferentes anos de curso no que respeita a essa preparação.

No entanto, em relação ao sexo observou-se que os alunos do sexo feminino referiram estar significativamente ( $p < .05$ ) menos preparados para a transmissão de uma má notícia no futuro, 46,1% discordando desse sentimento de preparação sendo essa percentagem 36,5% no sexo masculino. Não se observou igualmente qualquer correlação com significância estatística ( $r = 0,004$ ;  $p \geq .05$ ) entre a idade e o grau de concordância com sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia no futuro.

Tabela 12 - Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o sexo e ano

		Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.										p <sup>1</sup>
		Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indiferente		Concordo parcialmente		Concordo completamente		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	99	12,8%	258	33,3%	289	37,3%	112	14,5%	16	2,1%	0,018*
	Masculino	31	10,5%	77	26,0%	119	40,2%	64	21,6%	5	1,7%	
Ano	1º Ano	16	16,5%	28	28,9%	43	44,3%	9	9,3%	1	1,0%	0,062
	2º Ano	18	13,2%	44	32,4%	45	33,1%	25	18,4%	4	2,9%	
	3º Ano	28	11,3%	71	28,7%	103	41,7%	42	17,0%	3	1,2%	
	4º Ano	29	13,9%	72	34,4%	76	36,4%	26	12,4%	6	2,9%	
	5º Ano	36	13,3%	90	33,2%	94	34,7%	48	17,7%	3	1,1%	
	6º Ano	4	3,6%	29	25,9%	49	43,8%	27	24,1%	3	2,7%	

\* $p < 0.05$ ; <sup>1</sup> Teste do Qui-Quadrado

### 3.5.6. Associação entre o sentimento de preparação para comunicar uma má notícia e o conhecimento de um protocolo de comunicação.

A Tabela 13 apresenta o sentimento de preparação para a possibilidade de transmitir uma má notícia no futuro segundo a existência de contacto anterior com o protocolo SPIKES ou outro similar. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) no que respeita à concordância com a preparação face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.

Nos alunos que referiram não ter conhecimento dos referidos protocolos, 47,3% discordam do sentimento de preparação sendo essa percentagem 29,7% nos que conhecem os protocolos.

Tabela 13 - Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o contacto com o protocolo SPIKES ou outro

		Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.										p <sup>1</sup>
		Discordo completamente		Discordo parcialmente		Indiferente		Concordo parcialmente		Concordo completamente		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.	Não tenho certeza	14	12,7%	34	30,9%	39	35,5%	21	19,1%	2	1,8%	0,000
	Não	102	13,6%	253	33,7%	287	38,2%	98	13,0%	11	1,5%	
	Sim	15	7,1%	48	22,6%	83	39,2%	58	27,4%	8	3,8%	

\*  $p < .05$ ; <sup>1</sup> Teste do Qui-Quadrado

### 3.5.7. Associação entre elementos do protocolo SPIKES mais difíceis de aplicar e conhecimento do protocolo SPIKES

Quanto aos elementos do protocolo SPIKES mais difíceis de aplicar segundo o conhecimento do protocolo SPIKES (Não tem a certeza, Não e Sim) (Tabela 14), não se constatou qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p \geq .05$ ).

Tabela 14 - Elementos do protocolo SPIKES mais difíceis de aplicar segundo o conhecimento do protocolo SPIKES

		Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.						p <sup>1</sup>
		Não tenho certeza		Não		Sim		
		N	%	N	%	N	%	
Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que a meu ver é mais DIFÍCIL de aplicar é:	S (Setting up) - Preparar a entrevista	4	3,8%	7	1,0%	0	0,0%	0,060
	P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença	5	4,8%	46	6,5%	11	5,2%	
	I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado	1	1,0%	23	3,3%	9	4,2%	
	K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias	18	17,3%	149	21,1%	48	22,6%	
	E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente	75	72,1%	472	67,0%	138	65,1%	
	S (Strategy) - Plano de ação para o futuro	1	1,0%	8	1,1%	6	2,8%	

<sup>1</sup> Teste do Qui-Quadrado

### 3.5.8. Situações em que os alunos transmitiram más notícias a doentes ou familiares (pergunta de resposta aberta)

A tabela 15 evidencia o número e o tipo de situações em que os alunos transmitiram uma má notícia a um doente ou seu familiar.

A categoria que os alunos mais citaram foi a de doenças graves, crónicas ou de mau prognóstico, imediatamente seguida pela categoria das doenças neoplásicas, em segundo lugar, e pela comunicação da morte de um familiar, em terceiro lugar.

Foram ainda mencionadas pelos alunos as seguintes categorias de situações: “Informar que o familiar sofreu um acidente de viação”; “Doença infecciosa”; “Falha de tratamento”; “Necessidade de amputação de um membro”.

Tabela 15 - Situações em que os alunos transmitiram más notícias a doentes ou familiares

	Resposta:	UBI	U.Coimbra	U.Porto	ICBAS	U.Algarve	U.Minho	U.Nova L.	U.Lisboa	TOTAL
1º	Doença grave, crónica, mau prognóstico	2	2	1					7	12
2º	Doença neoplásica	1	1	2		1			5	10
3º	Comunicar a morte de um familiar		3				1		5	9
	Informar que o familiar sofreu acidente de viação		1							1
	Necessidade de internamento			1						1
	Doença infecciosa								1	1
	Falha de tratamento								1	1
	Necessidade de amputação de um membro								1	1

### 3.5.9. Situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia (pergunta de resposta aberta)

A tabela 16 está dividida em duas partes, sendo que a primeira diz respeito à descrição de situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia dada ao paciente e a segunda refere-se a situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia dada ao familiar do doente.

No que toca às notícias dadas aos pacientes, os temas mais citados pelos alunos foram, em primeiro lugar, os relacionados com as doenças neoplásicas, seguidos, em segundo lugar, pelas doenças graves, crónicas ou de mau prognóstico e em terceiro lugar pelo grupo da necessidade de ser submetido a uma cirurgia. Neste grupo de respostas podemos encontrar ainda como temas mais citados os seguintes: “falência do tratamento”; “doença infecciosa”; “necessidade de amputar um membro”.

Relativamente às notícias dadas aos familiares dos doentes, as três áreas mais citadas foram, em primeiro lugar, a comunicação de que o doente morreu, em segundo lugar, informação do mau prognóstico do paciente e em terceiro lugar, a informação aos pais de que o seu feto tem uma mal formação ou está morto.

Para além das áreas supracitadas, foram ainda referenciadas muitas outras que se encontram expostas na tabela.

Tabela 16 - Descrição de situações em que os alunos presenciaram a comunicação de uma má notícia

Resposta:	UBI	U.Coimbra	U.Porto	ICBAS	U.Algarve	U.Minho	U.Nova L.	U.Lisboa	TOTAL
<b>Notícias dadas aos <u>pacientes</u>:</b>									
1º Doença neoplásica	24	11	17	5	3	4	23	36	123
2º Doença grave, crónica ou de mau prognóstico	5	6	5		1	1	5	12	35
3º Necessidade de ser submetido a uma cirurgia	3	3	1	2			1	4	14
4º Falência do tratamento	1	5					6	1	13
5º Doença infecciosa	1						1	5	7
6º Necessidade de amputar um membro	3				1			1	5
Fratura de fémur	3								3
Resultados de exames complementares de diagnóstico			1					2	3
Informar que ainda			1				1		2

Comunicação de más notícias a pacientes:  
 Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina

	não se sabe qual o diagnóstico										
	Necessidade de ser internado de urgência								1		1
	Aumento dos dias de internamento							1			1
	Invalidez								1		1
	"Miopia agravada"								1		1
<b>Notícias dadas aos familiares do paciente:</b>											
1º	Informar que o doente faleceu	9	3	3	2	2	3	5	22		49
2º	Mau prognóstico do paciente	2	2	2		2	4	1	4		17
3º	Informar os pais de malformação ou morte do seu feto	4	1	2			1	1	2		11
	Informar que paciente está em coma								2		2
	Informar que o familiar tem uma neoplasia			1							1
	Comunicação de um enfarte agudo do miocárdio	1									1
	Informar que vão "desligar as máquinas" - Morte cerebral	1									1
	Informar que o paciente sofreu um acidente de viação		1								1
	Complicações cirúrgicas								1		1
	Informar a família de abuso infantil								1		1

### 3.5.10. Maiores falhas/dificuldades dos alunos na comunicação de uma má notícia (pergunta de resposta aberta)

Na tabela 17 estão evidenciadas todas as dificuldades ou limitações que os alunos percecionam ter no que diz respeito à possibilidade de terem de comunicar uma má notícia.

As áreas que foram em maior número de vezes referidas como limitações foram a falta de experiência ou formação, a dificuldade em saber quais as palavras corretas a utilizar ou qual a melhor forma de o dizer, a questão do controlo emocional e distanciamento afetivo e a dificuldade em saber como lidar com a reação da pessoa.

Outras áreas de limitações também referidas prendem-se com o a dificuldade em reconhecer as fragilidades e capacidade de aceitação do paciente, medo de dizer algo errado, dar falsas esperanças ou ser mal interpretado, assim como o nervosismo no momento da comunicação.

Tabela 17 - Maiores falhas/dificuldades que os alunos percecionam ter face à possibilidade de terem de comunicar uma má notícia

	Resposta:	UBI	U.Coimbra	U.Porto	ICBAS	U.Algarve	U.Minho	U.Nova L.	U.Lisboa	TOTAL
1º	Falta de experiência / formação no geral	11	18	18	6	1	1	13	30	98
2º	Quais as palavras corretas a utilizar / a melhor forma de o dizer	19	18	5	4		6	9	33	94
3º	Controlo emocional / Distanciamento afetivo	23	8	14	4	1	3	7	22	82
4º	Saber como lidar com a reação da pessoa	9	5	11	1	1	3	2	14	46
5º	Saber reconhecer as fragilidades / capacidade de aceitação	3	4	1	1		2	1	5	17
6º	Medo de dizer algo errado / dar falsas esperanças / má interpretação por parte do doente	4	1	3			1	4	3	16
7º	Nervosismo / medo pessoal no momento da comunicação	2	2	2		1		2	4	13
8º	Quantidade de informação a dar / melhor momento para o fazer	3	2	1	1			1	2	10
9º	Medo de não saber responder a questões levantadas pelo paciente	2	1	3		1		1		8

Comunicação de más notícias a pacientes:  
Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina

---

10º	Dificuldade em estabelecer uma relação médico-doente	4	4
11º	Saber controlar a linguagem não-verbal	3	3

## 4. Discussão

### 4.1. Discussão de resultados

Uma das primeiras questões que importa abordar prende-se com o conhecimento das competências não-técnicas (NTS) no geral, pois esta é uma área do saber médico que abrange uma série de competências, desde a comunicação à gestão de recursos, trabalho em equipa, entre outras, porém nem todos os alunos de medicina estão consciencializados da importância das mesmas.(17) Para demonstrar esta questão, foi perguntado aos alunos se já tinham tido formação em NTS e apenas 47,3% deles afirmou que sim, contudo, quando, na página seguinte do questionário, foram apresentados a uma *check-list* referente ao tipo de NTS em que já tinham tido formação, apenas 5% deles respondeu que nunca teve formação nas mesmas. Isto provavelmente significa que nem todos os alunos que dizem saber o que são as NTS (cerca de 73%) sabem na verdade o que são. Outro pormenor a salientar, em concordância com o que seria de esperar, é que é nos alunos do primeiro ano da FCS-UBI que existe um maior desconhecimento das competências não-técnicas, contudo é curioso que o mesmo não aconteça nas restantes faculdades, onde se verificou que o ano do curso não influenciou o conhecimento das mesmas.

No que diz respeito aos tipos de NTS nas quais os alunos já tiveram formação, os valores variaram segundo o plano curricular de cada faculdade, note-se que em média as áreas que mais são abordadas nas faculdades portuguesas, segundo os alunos, são as técnicas de comunicação e o trabalho em equipa. Diferentemente, na FCS-UBI, as duas áreas mais abordadas são a segurança do doente e as técnicas de comunicação. Ou seja, é bem notório que as faculdades têm uma preocupação com a formação em comunicação de más notícias, contudo, apenas cerca de 18% dos alunos concorda com o facto de se sentir preparado para comunicar uma má notícia, facto que se agrava quando se observa que um quarto dos alunos termina o curso de medicina sem presenciar aquilo que, segundo eles, é uma má notícia.

Desta forma, importa clarificar aos alunos o que é uma má notícia, pois a expressão adquire diferentes significados em diferentes pessoas.(18) Esta questão está bem presente em algumas respostas de perguntas abertas, pois os alunos consideram como más notícias um leque de informações, desde a comunicação de uma neoplasia até à comunicação de uma miopia agravada, facto que, segundo a definição de más notícias, está correto mas muito provavelmente nem todos os alunos têm noção.

Apenas 5,5% dos alunos admitiu já ter comunicado uma má notícia a um paciente, número que se revelou ainda inferior na FCS-UBI (2,1%), contudo importa esclarecer em que circunstâncias é que tal situação ocorreu. Ou seja, importa saber, por exemplo, se foi supervisionada, pois, caso não tenha sido, a mesma pode ter tido repercussões negativas no

doente, principalmente quando apenas 32,7% dos alunos afirma que se sentiu preparado para o fazer.

Dos alunos que transmitiram as más notícias, cerca de 42,4% deles referem ter-se sentido calmos no momento da comunicação da notícia, o que, de certa forma, excede o que diz a literatura, pois a mesma evidência que os profissionais que mais sofrem de stress no momento da comunicação de tais notícias são os mais jovens e os mais inexperientes.(6, 19). Apesar disso, dos alunos que admitiram ter transmitido uma má notícia, a maioria referiu ter seguido um plano ou uma estratégia no momento da comunicação, o que provavelmente facilitou o processo de comunicação.

Quando questionados relativamente ao facto de já terem presenciado uma má notícia, apenas 37,9% dos alunos referiu que sim, número que, de certa forma, foi idêntico ao da FCS-UBI. Este número torna-se ainda mais alarmante quando analisamos os dados referentes apenas aos alunos do sexto ano, pois cerca de 25% afirma que nunca presenciou a comunicação de uma má notícia, número ainda superior nos alunos do sexto ano da FCS-UBI, o que poderá ter outras explicações, para além das diferenças nos planos curriculares. Entre estas explicações, estão o facto de os grandes centros urbanos serem também zonas para onde são referenciados casos de elevada morbidade e mortalidade, o que aumenta o número de más notícias que têm de ser dadas. Outra possível explicação prende-se com o facto de não existirem unidades hospitalares de oncologia na região da Beira Interior, sendo que, segundo os alunos de medicina a nível nacional, é na área da oncologia que os alunos mais presenciam a comunicação de más notícias.

Outro resultado interessante, prende-se com o facto de os alunos relatarem que presenciaram bastante mais vezes a comunicação de uma patologia do foro oncológico, do que a comunicação à família de que o doente faleceu. Uma possível explicação para este fenómeno prende-se com o número de horas que os alunos despendem a presenciar consultas versus o número de horas que os alunos despendem em contexto de urgência e internamento, pois são nestes últimos que a maioria das vezes se dão os desfechos fatais.

Quando dividimos os alunos que já presenciaram a comunicação de más notícias por faculdades, verificamos que os alunos que menos presenciaram foram os alunos das Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra e os alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto. Comparando estes resultados com um estudo publicado em 2011, pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina, relativo ao rácio aluno/tutor, verificamos que existe um certo grau de concordância, pois estas são também as três faculdades que apresentam um maior rácio aluno/tutor, podendo este ser um fator condicionante dos resultados supra citados.(7)

A grande maioria dos médicos formados há mais de 10 anos, pouca ou nenhuma formação recebeu relativamente a técnicas de comunicação em medicina.(14) Nesse sentido, foi perguntado, aos alunos que já presenciaram a comunicação de uma má notícia, se acharam que os médicos estavam preparados no momento da comunicação, tendo os resultados sido muito díspares, apesar de ter prevalecido a opinião de que os médicos estavam preparados. Importa neste contexto lembrar que apesar de ser suposto o médico sentir-se preparado para o fazer, é normal sentir-se emocionalmente abalado, pois no momento em que não se sentir, significa que já não está preparado para o fazer. (14, 20) Esta também foi a opinião dos alunos que maioritariamente afirmaram que achavam normal que, após a comunicação de uma má notícia, o médico se sentisse emocionalmente abalado.

Como já foi supracitado, apenas cerca de 18% dos alunos refere sentir-se preparado para comunicar uma má notícia, contudo existe uma diferença estatisticamente significativa, relativamente a essa opinião, no que toca aos géneros. Os alunos do sexo masculino sentem-se melhor preparados para transmitir uma má notícia do que o sexo feminino. Uma possível explicação para esse fenómeno prende-se com a condição de mulher, sendo o seu estereótipo de alguém que mais facilmente se sente emocionalmente abalado do que o sexo masculino, o que faz com que, de certa forma, se possam sentir menos preparadas para o fazer.(21) Por outro lado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que toca ao sentido de preparação dos alunos para comunicar más notícias em função do ano de curso, o que se revela um pouco curioso, pois apesar dos alunos do 5º e do 6º anos já terem tido mais contacto com o meio clínico do que os primeiros anos, isso pouco influenciou o seu sentido de preparação. Uma ideia que pode surgir desse facto é que, possivelmente, o “choque” e o confronto com a realidade clínica podem, de alguma forma, condicionar o sentido de preparação dos alunos. Perante esta evidência, fica claro que, em diversas situações, o treino da comunicação de más notícias por meio de *role playing* pode ajudar a diminuir o stress no meio clínico real.(22) Outra razão que justifica o treino e ensinamento destas competências prende-se, na opinião dos alunos, com a falta de experiência e formação que lhes permitiria saber quais as palavras mais adequadas a utilizar, como controlar as emoções, lidar com as reações dos pacientes, etc, tudo isto, competências que podem ser treinadas por meio do ensino em *role playing*, por exemplo.(23) Curiosamente, e ao contrário do que seria expectável, também não se verificou diferenças estatisticamente significativas no grau de preparação segundo a idade dos alunos.

Resumindo, fica-se com a ideia de que não é a idade e o ano de curso que influenciam o grau de preparação para comunicar uma má notícia, fica por esclarecer se variáveis semelhantes como, por exemplo, os anos de experiência de um profissional, adquirem um papel relevante nesta questão.

Enquanto a autonomia se tornou progressivamente um conceito-chave na relação médico-doente, o conceito da verdade está longe de ser a norma em muitos países do mundo.(24) Em

Portugal, um estudo pioneiro revelou que, na área da oncologia, apenas 31% dos médicos afirmou revelar o diagnóstico por princípio aos pacientes, enquanto 40% o fazia quando o doente lhes pedia expressamente e 22% raramente revelava um mau diagnóstico. Houve ainda uma pequena percentagem (7%) que afirmou que nunca revelava a verdade total independentemente das circunstâncias.(25) Perante este panorama, surgiu o interesse de saber qual a opinião dos futuros médicos relativamente a esta temática da revelação da verdade, havendo uma concordância maioritária de que os pacientes devem ser informados a 100% do seu estado de saúde.

Segundo a literatura, a partir dos anos 70 ficou assente que a informação fornecida aos pacientes deve ser individualizada em função dos desejos e necessidades do doente, desta forma, urge que se faça uma abordagem menos absolutista ao princípio da Beneficência e Não Maleficência, pois, caso contrário, isso iria aniquilar a manifestação da vontade e dos desejos e sentimentos do paciente.(26) Neste sentido, foi perguntado aos alunos se concordavam que os médicos obtivessem dos doentes o desejo de ser informado e, de uma forma geral, os alunos, em concordância com aquilo que é eticamente a linha de raciocínio atual, concordaram que é importante saber se o paciente quer ou não ser informado.

Vários estudos feitos em diversas partes do mundo revelam que os pacientes que são informados na sua totalidade da sua condição médica e que participam ativamente na tomada de decisões terapêuticas, apresentam menores índices de depressão e ansiedade, assim como também se acham mais satisfeitos com o seu tratamento.(27-29) Esta foi também a opinião dos alunos que, de um modo geral, concordaram com a opinião de que a forma como o médico comunica uma má notícia pode ter repercussões no seu prognóstico, assim como também concordam com a opinião de que é importante a visão que o doente tem da sua doença e deve ser valorizada pelo médico.

Foi também perguntado aos alunos se já tiveram contato com o protocolo SPIKES ou outro protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes, tendo a taxa de resposta afirmativa sido muito baixa, cerca de 20%, valor ainda mais baixo no que toca à FCS-UBI (12,3%). Sabe-se que o contato com este tipo de ferramentas aumenta em muito o sentimento de preparação dos profissionais e futuros profissionais no que toca a esta temática.(15) Saliente-se que, o facto de os alunos terem tido contato com o protocolo SPIKES ou outro similar revelou influenciar, de forma positiva e estatisticamente significativa, o grau de preparação face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.

## 4.2. Limitações do estudo

O presente estudo mostra algumas limitações no que toca, por exemplo, à amostra total de indivíduos inquiridos, pois houve faculdades cuja taxa de resposta foi inferior a 10%. Por outro lado, também o número de indivíduos de cada faculdade é bem díspar, havendo faculdades, como a da Universidade de Lisboa, onde facilmente se obtiveram 297 respostas, pois o universo de alunos dessa faculdade é o maior de todos, e faculdades, como a da Universidade do Algarve, onde apenas se obteve 11 respostas, apesar de quase 12% dos indivíduos dessa faculdade terem respondido. Todas estas diferenças condicionam, inevitavelmente, as respostas de índole nacional, pois as diferentes faculdades apresentam planos curriculares bastante diferentes.

Outro pormenor prende-se com o facto de 72,4% das respostas serem de alunos do sexo feminino, o que, dada a sensibilidade do tema, pode ter condicionado bastante algumas das respostas, como se pode observar, por exemplo, no grau de preparação para comunicar uma má notícia segundo o sexo do aluno, tendo havido diferenças estatisticamente significativas.

Também relativamente à amostra, deve-se salientar que podem ter sido os alunos que mais se interessam pela temática de comunicação em medicina que mais responderam ao questionário.

Quanto ao questionário aplicado, de referir que, o mesmo foi elaborado pelo investigador em parceria com o orientador de mestrado, não tendo sofrido um processo de validação quer interna quer externa, tendo apenas sido colocado a teste, com alguns alunos, antes de ser aplicado à população-alvo.

Toda a análise qualitativa das perguntas de resposta aberta foi feita apenas pelo investigador, tendo o mesmo sido responsável pela definição das categorias que serviram de molde para agrupar as diversas respostas.

Por último, é importante referir que grande parte da bibliografia de apoio à investigação estava ligada e vocacionada para a área da oncologia, o que pode, de certa forma, ter condicionado algumas linhas de raciocínio. Esta limitação transcende o investigador, pois a grande maioria de estudos feitos na área de comunicação de más notícias está ligada à oncologia.

### **4.3. Sugestões futuras**

Um dos principais objetivos do presente estudo é poder identificar falhas na formação dos futuros médicos portugueses na área da comunicação, para com isso, num futuro próximo, poder alertar as diversas faculdades para a importância desta temática e para as falhas e limitações que as mesmas apresentam nesta área e com isso fazer algumas alterações curriculares, nomeadamente, e em particular, na FCS-UBI.

Outro plano futuro passa pela reaplicação do questionário aos alunos da FCS-UBI, cerca de dois anos após a implementação de algumas retificações curriculares nesta área, para com isso perceber se houve algum impacto positivo com as mudanças aplicadas.

Seria também de todo o interesse traduzir o questionário para inglês e fazê-lo chegar a diversas faculdades médicas da Europa, para podermos identificar diferentes padrões de comportamento e formas de pensar nesta área, pois cada vez mais a Europa funciona como uma unidade e a comunicação em medicina tem de ser cada vez mais estandardizada para que os médicos se sintam à vontade para comunicar com os doentes independentemente das suas nacionalidades e das suas culturas.

## 5. Conclusão

É essencial saber reconhecer quais as maiores falhas no sistema de ensino médico português, e nas técnicas de comunicação em medicina, em particular, para com isso poder melhorar metodologias de ensino nesta área.

Ao longo do trabalho identificaram-se, na opinião dos alunos, diversas diferenças entre faculdades, relativamente ao grau de preparação para comunicar más notícias. Importa com isso estudar melhor o plano curricular relativo a esta temática nas diversas faculdades, para poder identificar quais as vantagens e desvantagens de cada método de ensino.

Ter a capacidade de comunicar uma má notícia é uma importante competência médica, contudo um grande número de estudantes de medicina admite não se sentir preparado para o fazer. Além disso, a experiência de presenciar a comunicação de uma má notícia por um médico também se revelou pobre, assim como o conhecimento dos alunos relativamente á existência de protocolos de técnicas de comunicação na área da medicina, como por exemplo o conhecimento do famoso protocolo SPIKES.

Concluindo, é importante aprimorar de certa forma o plano curricular no curso de medicina, de forma a aumentar o contacto dos alunos com esta temática, pois desta forma estar-se-á a contribuir para melhor preparar os futuros médicos portugueses nesta difícil tarefa.

## Referências Bibliográficas

1. Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. *British journal of anaesthesia*. 2010;105(1):38-44.
2. Sevdalis N, Brett SJ. Improving care by understanding the way we work: human factors and behavioural science in the context of intensive care. *Crit Care*. 2009;13(2):139.
3. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7237):781.
4. Buckman R. *How to break bad news: a guide for health care professionals*: JHU Press; 1992.
5. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *Western journal of medicine*. 1992;156(1):83.
6. Ptacek J, Eberhardt TL. Breaking bad news. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1996;276(6):496-502.
7. Medicina ANdEd. Estudo da evolução do número de estudantes e das condições pedagógicas das escolas médicas portuguesas. 2011.
8. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19(7):2049-56.
9. MacLeod RD. On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Social science & medicine (1982)*. 2001;52(11):1719-27.
10. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of clinical oncology*. 2005;23(6):1278-88.
11. Reis JC. Aptidões de comunicação e de relação para profissionais de saúde: Mata Bicho Audiovisuais DVD; 2005.
12. Oselka GWCRdMdEdSPCdB. *Bioética clínica : reflexões e discussões sobre casos selecionados*. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Centro de Bioética; 2008.
13. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2010;3(4):385-8.
14. VandeKieft GK. Breaking bad news. *American family physician*. 2001;64(12):1975-8.
15. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-11.
16. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2010;14(4):514-6.

17. Fletcher G, McGeorge P, Flin RH, Glavin RJ, Maran NJ. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia*. 2002;88(3):418-29.
18. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counselling about dreaded issues revisited. *Counselling Psychology Quarterly*. 1993;6(1):69-80.
19. Rosen S, Tesser A. On reluctance to communicate undesirable information: The MUM effect. *Sociometry*. 1970:253-63.
20. Rabow MW, Mcphee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*. 1999;171(4):260.
21. Locatelli C, Piselli P, Cicerchia M, Repetto L. Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the G.I.O.Ger study. *Psycho-oncology*. 2013;22(5):1112-9.
22. Shaw J, Brown R, Heinrich P, Dunn S. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient education and counseling*. 2013.
23. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises. *Journal of palliative medicine*. 2008;11(6):885-92.
24. Shahidi J. Not telling the truth: circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. *European journal of cancer care*. 2010;19(5):589-93.
25. Gonçalves JF, Castro S. Diagnosis disclosure in a Portuguese oncological centre. *Palliative medicine*. 2001;15(1):35-41.
26. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. Iniciação à bioética. 1998:37-51.
27. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of internal medicine*. 1980;92(6):832-6.
28. Fallowfield L, Jenkins V, Beveridge H. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*. 2002;16(4):297-303.
29. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*. 2001;84(1):48.

## Anexos

### 6.1 Anexo 1 - Tabelas referentes aos dados da FCS-UBI

Tabela 18 - (Anexo1) Caracterização dos alunos da UBI

		N	%
Sexo	Feminino	148	79,6%
	Masculino	38	20,4%
Idade	Média ± DP	22,3 ± 2,4	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	22 (18 - 33)	
Ano	1º Ano	21	11,2%
	2º Ano	24	12,8%
	3º Ano	35	18,7%
	4º Ano	30	16,0%
	5º Ano	61	32,6%
	6º Ano	16	8,6%

Tabela 19 - (Anexo1) Competências não-técnicas

		N	%
Já ouvi falar em competências não-técnicas ("non-technical skills").	Não tenho certeza	7	3,7%
	Não	30	16,0%
	Sim	151	80,3%
Sei o que são competências não-técnicas.	Não tenho certeza	18	10,7%
	Não	16	9,5%
	Sim	135	79,9%
Já tive formação em competências não-técnicas.	Não tenho certeza	25	14,7%
	Não	49	28,8%
	Sim	96	56,5%
Formação em competências não-técnicas	Técnicas de comunicação	110	58,5%
	Trabalho em equipa	86	45,7%
	Segurança do doente	135	71,8%
	Resolução de problemas	39	20,7%
	Técnicas de liderança	55	29,3%
	Outras	16	8,5%
	NUNCA tive formação em non-technical skills	0	,0%
A aprendizagem de competências não-técnicas no curso de	Discordo completamente	0	,0%
	Discordo parcialmente	1	,6%
	Indiferente	9	5,1%

Comunicação de más notícias a pacientes:  
Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina

medicina é importante.	Concordo parcialmente	18	10,2%
	Concordo completamente	149	84,2%

Tabela 20 - (Anexo1) Transmissão de más notícias a pacientes

		N	%
Já transmiti uma má notícia a um paciente.	Não	183	97,9%
	Sim	4	2,1%
Senti-me preparado para comunicar a má notícia.	Discordo completamente	0	,0%
	Discordo parcialmente	1	25,0%
	Indiferente	2	50,0%
	Concordo parcialmente	1	25,0%
	Concordo completamente	0	,0%
Senti-me calmo ao comunicar a má notícia.	Discordo completamente	0	,0%
	Discordo parcialmente	0	,0%
	Indiferente	2	50,0%
	Concordo parcialmente	1	25,0%
	Concordo completamente	1	25,0%
Quando transmito uma má notícia a um paciente ajo segundo algum plano ou estratégia.	Não tenho certeza	0	,0%
	Não	0	,0%
	Sim	4	100,0%
Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.	Não	111	59,7%
	Sim	75	40,3%
Quantas vezes	Média ± DP	4,2 ± 6,1	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	2 (0 - 40)	
Senti que no geral o(s) médico(s) estava(m) preparado(s) para comunicar a má notícia ao paciente.	Discordo completamente	4	5,3%
	Discordo parcialmente	9	12,0%
	Indiferente	20	26,7%
	Concordo parcialmente	33	44,0%
	Concordo completamente	9	12,0%
Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.	Discordo completamente	19	10,2%
	Discordo parcialmente	67	36,0%
	Indiferente	67	36,0%
	Concordo parcialmente	32	17,2%
	Concordo completamente	1	,5%

Tabela 21 - (Anexo1) Informação a pacientes

		N	%
Acho que os pacientes devem ser sempre informados a 100% do seu estado de saúde.	Discordo completamente	3	1,6%
	Discordo parcialmente	7	3,7%
	Indiferente	39	20,9%
	Concordo parcialmente	104	55,6%
	Concordo completamente	34	18,2%
Faz sentido o médico obter do doente o desejo de ser informado.	Discordo completamente	3	1,6%
	Discordo parcialmente	5	2,7%
	Indiferente	9	4,8%
	Concordo parcialmente	45	24,1%
	Concordo completamente	125	66,8%
A forma como o médico comunica uma má notícia pode ter repercussão no prognóstico do paciente.	Discordo completamente	0	,0%
	Discordo parcialmente	3	1,6%
	Indiferente	10	5,4%
	Concordo parcialmente	66	35,9%
	Concordo completamente	105	57,1%
É importante a visão que o paciente tem da sua doença e deve ser valorizada pelo médico.	Discordo completamente	0	,0%
	Discordo parcialmente	0	,0%
	Indiferente	2	1,1%
	Concordo parcialmente	40	21,6%
	Concordo completamente	143	77,3%
Após a comunicação de uma má notícia é normal o médico sentir-se emocionalmente abalado.	Discordo completamente	2	1,1%
	Discordo parcialmente	22	11,8%
	Indiferente	42	22,6%
	Concordo parcialmente	74	39,8%
	Concordo completamente	46	24,7%

Tabela 22 - (Anexo1) Protocolo SPIKES

		N	%
Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.	Não tenho certeza	36	19,3%
	Não	128	68,4%
	Sim	23	12,3%
Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que a meu ver é mais FÁCIL de aplicar é:	S (Setting up) - Preparar a entrevista	76	44,2%
	P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença	13	7,6%
	I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado	65	37,8%
	K (Knowledge) - Dar conhecimento das	4	2,3%

Comunicação de más notícias a pacientes:  
Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina

	más notícias		
	E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente	0	,0%
	S (Strategy) - Plano de acção para o futuro	14	8,1%
	S (Setting up) - Preparar a entrevista	4	2,3%
Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que a meu ver é mais DIFÍCIL de aplicar é:	P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença	17	9,8%
	I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado	2	1,2%
	K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias	29	16,8%
	E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente	119	68,8%
	S (Strategy) - Plano de acção para o futuro	2	1,2%

Tabela 23 - (Anexo1) Competências não-técnicas segundo o ano

		Já ouvi falar em competências não-técnicas ("non-technical skills").						p <sup>1</sup>
		Não tenho certeza		Não		Sim		
		N	%	N	%	N	%	
Ano	1º Ano	1	4,8%	10	47,6%	10	47,6%	0,005*
	2º Ano	0	,0%	1	4,2%	23	95,8%	
	3º Ano	1	2,9%	3	8,6%	31	88,6%	
	4º Ano	1	3,3%	6	20,0%	23	76,7%	
	5º Ano	3	4,9%	10	16,4%	48	78,7%	
	6º Ano	1	6,3%	0	,0%	15	93,8%	

\*  $p < .05$ ; <sup>1</sup> Teste do Qui-Quadrado

Tabela 24 - (Anexo1) Formação em competências não-técnicas e presenciar a comunicação de uma má notícia a um paciente nos alunos do 6º ano

		N	%
Já tive formação em competências não-técnicas.	Não tenho certeza	2	12,5%
	Não	2	12,5%
	Sim	12	75,0%
Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.	Não	6	37,5%
	Sim	10	62,5%

Comunicação de más notícias a pacientes:  
 Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina

Tabela 25 - (Anexo1) Preparação para necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente segundo o sexo e ano

Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.

		Discordo completamente								Concordo completamente		p <sup>1</sup>
		2		3		4						
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	14	9,6%	52	35,6%	55	37,7%	24	16,4%	1	,7%	0,841
	Masculino	4	10,5%	15	39,5%	11	28,9%	8	21,1%	0	,0%	
Ano	1º Ano	4	19,0%	4	19,0%	10	47,6%	3	14,3%	0	,0%	0,828
	2º Ano	1	4,2%	9	37,5%	8	33,3%	5	20,8%	1	4,2%	
	3º Ano	4	11,4%	12	34,3%	13	37,1%	6	17,1%	0	,0%	
	4º Ano	3	10,0%	12	40,0%	11	36,7%	4	13,3%	0	,0%	
	5º Ano	6	10,0%	24	40,0%	18	30,0%	12	20,0%	0	,0%	
	6º Ano	1	6,7%	6	40,0%	6	40,0%	2	13,3%	0	,0%	

1 Teste do Qui-Quadrado

## 6.2 Anexo 2 - Protocolo SPIKES

### S = "Setting"

Physical - position of body (level with patient, lower if the patient is angry), body language and eye contact (avoid when situation is "hot")

Listening Skills - use of silence and pauses, use of patient's own language as a bridge; appropriate use of touch.

### P = "Perception"

(i.e. patient's perception of the current situation)

Note different ways of asking; note patient's vocabulary and comprehension; also note denial if present.

### I = "Invitation"

(Aim to get a clear invitation to the patient to share information)

Different ways of asking (eg "Are you the sort of person who..?"), Accept the patient's right not to know.

### K = "Knowledge"

(imparting information)

NB: 'Aligning' = start at a place compatible with the patient's current comprehension. Use small chunks. Use English not Medspeak. Acknowledge all patient's responses and tailor delivery of information appropriately to patient's responses

### E = "Empathising and Exploring"

Acknowledge emotions and their origins - patient's and your own - and respond appropriately. Explore, validate and empathise their emotional responses.

### S = "Strategy and Summary"

Make a plan via explanation and collaboration. Summarise main areas.

Any questions for now? Contract for next contact.

## 6.3 Anexo 3 - Questionário

### Comunicação de más notícias a pacientes: Conhecimento, experiência, dificuldades e padrões de comportamento de alunos de medicina.

Mestrado em Medicina - Nelson Albuquerque

Universidade da Beira Interior - Covilhã

Este questionário é de preenchimento voluntário e destina-se a alunos de medicina das diversas faculdades médicas nacionais. Insere-se no âmbito do meu mestrado que está sob orientação do Doutor Ricardo Tjeng.

O presente questionário destina-se a recolher informação, por parte de alunos de medicina, relativa a competências não técnicas ("non-technical skills"), mais especificamente à comunicação de más notícias a doentes. Tendo como principal objectivo, identificar o grau de preparação que alunos de medicina percebem ter face a tal problemática.

Esta investigação é totalmente anónima e confidencial. Toda a informação pessoal fornecida será transformada automaticamente em números e submetida a análise estatística.

No caso de surgir alguma dúvida durante o preenchimento do mesmo, aqui fica o meu email: a23161@fcsaude.ubi.pt

O preenchimento do questionário demora no máximo 6 minutos.

#### Faculdade médica onde estuda:

#### Idade:

#### Sexo

- Feminino  
 Masculino

#### Neste momento encontro-me no:

- 1º Ano  2º Ano  3º Ano  4º Ano  5º Ano  6º Ano

#### 1) Já ouvi falar em competências não-técnicas ("non-technical skills"). (se respondeu Não, salte para a pergunta 3)

- Sim  
 Não  
 Não tenho certeza

#### 1.1) Sei o que são competências não-técnicas.

- Sim  
 Não  
 Não tenho certeza

#### 2) Já tive formação em competências não-técnicas.

- Sim  
 Não  
 Não tenho certeza

**Definição de non-technical skills em medicina:**

Competências genéricas que servem de base para melhorar as tarefas técnicas, melhorando a segurança e ajudando os médicos a antecipar, identificar e mitigar os seus erros.

**3) A aprendizagem de competências não-técnicas no curso de medicina é importante.**

Escala de 1 a 5 de Likert : 1-discordo totalmente; 2-discordo parcialmente; 3-indiferente; 4-concordo parcialmente; 5-concordo totalmente.

Discordo totalmente      1   2   3   4   5      Concordo totalmente  
           

---

**4) Relativamente às competências não-técnicas, já tive formação nas seguintes áreas:**

(Pode seleccionar mais que uma resposta.)  Técnicas de comunicação

- Trabalho em equipa
- Segurança do doente
- Resolução de problemas
- Técnicas de liderança

« Back   Continue »

**Comunicação de más notícias a pacientes**

**5) Já transmiti uma má notícia a um paciente.**

(se respondeu Não, salte para a pergunta 6)

- Sim
- Não

**5.1) Quantas vezes?**

**5.2) Qual ou quais situações?**

(Resposta de preenchimento facultativo)

**5.3) Senti-me preparado para comunicar a má notícia.**

Discordo totalmente      1   2   3   4   5      Concordo totalmente  
           

---

**5.4) Senti-me calmo ao comunicar a má notícia.**

Discordo totalmente      1   2   3   4   5      Concordo totalmente  
           

---

**5.5) Quando transmito uma má notícia a um paciente ajo segundo algum plano ou estratégia.**

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

**6) Já presenciei a comunicação de uma má notícia a um paciente.**

(se respondeu Não, salte para a pergunta 7)

- Sim
- Não

**6.1) Quantas vezes?**

**6.2) Qual ou quais situações?**

(Resposta de preenchimento facultativo)

**6.3) Senti que no geral o(s) médico(s) estava(m) preparado(s) para comunicar a má notícia ao paciente.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

« Back

Continue »

**7) Sinto-me preparado face à eventual necessidade de comunicar uma má notícia a um paciente.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**7.1) Sinto que as minhas maiores dificuldades/falhas nesta área são:**  
(Resposta de preenchimento facultativo)

**8) Acho que os pacientes devem ser sempre informados a 100% do seu estado de saúde.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**9) Faz sentido o médico obter do doente o desejo de ser informado.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**10) A forma como o médico comunica uma má notícia pode ter repercussão no prognóstico do paciente.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**11) É importante a visão que o paciente tem da sua doença e deve ser valorizada pelo médico.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**12) Após a comunicação de uma má notícia é normal o médico sentir-se emocionalmente abalado.**

Discordo totalmente    1   2   3   4   5    Concordo totalmente  
           

---

**13) Já tive contacto com o protocolo SPIKES ou outro tipo de protocolo relativo a aptidões de comunicação e de relação entre profissionais de saúde e pacientes.**

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

**Protocolo SPIKES**

Dada a complexidade da tarefa de dar más notícias, Walter Baile definiu o protocolo SPIKES (Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy), que oferece ao médico “as boas maneiras de dar más notícias”. Existem outros protocolos, tais como o “ABCDE”, contudo o protocolo SPIKES é o que reúne maior consenso entre os médicos.

**14) Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que a meu ver é mais FÁCIL de aplicar é:**

- S (Setting up) - Preparar a entrevista
- P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença
- I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado
- K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias
- E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente
- S (Strategy) - Plano de ação para o futuro

**15) Dos seguintes 6 elementos do protocolo SPIKES aquele que a meu ver é mais DIFÍCIL de aplicar é:**

- S (Setting up) - Preparar a entrevista
- P (Perception) - Avaliar a representação que o paciente tem da doença
- I (Invitation) - Obter do doente o desejo de ser informado
- K (Knowledge) - Dar conhecimento das más notícias
- E (Emotions) - Confronto com as emoções do doente
- S (Strategy) - Plano de ação para o futuro

