

# Conhecimento médico sobre comunicação de más notícias: estudo tipo survey

Daniel Alveno<sup>1</sup>, Thiago Marraccini<sup>1</sup>, Fabiana Felipe dos Santos<sup>1</sup>, Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

## Resumo

Na comunicação de má notícia, a ausência de técnicas adequadas pode comprometer a efetividade. Objetivou-se avaliar o conhecimento e experiência de médicos candidatos a residência sobre comunicação de más notícias. Trata de estudo tipo *survey* envolvendo 2.418 médicos, de especialidades clínicas e cirúrgicas. A comparação entre grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado, de diferença pareada e análise de variância, com nível de significância  $p < 0,05$ . 90% dos participantes não se sentem capacitados em comunicar más notícias, e 40% nunca receberam treinamento específico. Cerca de 29% não conhecem a existência do protocolo SPIKES. Na comparação entre grupos, candidatos a programas cirúrgicos consideraram-se mais capacitados em comunicação e compactuam mais com o cerco do silêncio. A maioria dos médicos não se sente capacitada para uma comunicação eficaz. Futuros cirurgiões apresentaram menor capacidade para lidar com situações emocionais em comparação aos médicos de especialidades clínicas.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde. Educação médica. Internato e residência.

## Resumen

### Conocimientos médicos sobre la comunicación de malas noticias: estudio tipo encuesta

En la comunicación de malas noticias, la falta de técnicas adecuadas puede comprometer la eficacia. El objetivo fue evaluar los conocimientos y la experiencia de los médicos candidatos a la residencia sobre la comunicación de malas noticias. Se trata de un estudio tipo *survey* en el que participaron 2.418 médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, la prueba de diferencias pareadas y el análisis de varianza, con un nivel de significación  $p < 0,05$ . 90 % de los participantes no se sienten capacitados para comunicar malas noticias, y 40% nunca ha recibido formación específica. Alrededor del 29% desconoce la existencia del protocolo SPIKES. En la comparación entre grupos, los candidatos a programas quirúrgicos se consideran más capacitados en comunicación y están más de acuerdo con el cerco del silencio. La mayoría de los médicos no se sienten capacitados para una comunicación eficaz. Los futuros cirujanos mostraron una menor capacidad para manejar situaciones emocionales en comparación con los médicos de especialidades clínicas.

**Palabras clave:** Comunicación en salud. Educación médica. Internado y residencia.

## Abstract

### Medical knowledge about communicating bad news: a survey study

When communicating bad news, the lack of adequate techniques can compromise effectiveness. The objective was to evaluate the knowledge and experience of medical residents regarding the communication of bad news. This is a survey study involving 2,418 physicians from clinical and surgical specialties. The comparison between groups was performed using the Chi-square test, paired difference, and analysis of variance, with a significance level of  $p < 0.05$ . Overall, 90% of participants do not feel trained to communicate bad news, and 40% have never received specific training. About 29% are unaware of the existence of the SPIKES protocol. In the comparison between groups, candidates for surgical programs consider themselves more skilled in communication and agree more with the circle of silence. Most physicians do not feel skilled in effective communication. Future surgeons showed less ability to deal with emotional situations compared to physicians in clinical specialties.

**Keywords:** Health communication. Education, medical. Internship and residency.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP-Unifesp 1346696

A comunicação é um processo que pode sofrer influências de fatores verbais, relacionados a informação, ou paraverbais<sup>1,2</sup>. Na medicina, má notícia é entendida como qualquer informação transmitida a um paciente ou familiar que altere suas expectativas<sup>3</sup>; também pode ser caracterizada como informação que provoca alteração drástica e negativa na vida da pessoa e em sua esperança de futuro<sup>4</sup>.

Com o envelhecimento da população global, observa-se crescimento no número de óbitos decorrentes de complicações associadas a doenças crônicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5,6</sup>, essas enfermidades são responsáveis por mais de 70% das mortes no globo. O médico, por sua vez, é o profissional geralmente encarregado de transmitir o diagnóstico, o prognóstico e as terapêuticas disponíveis. A angústia vivenciada, aliada à ausência de habilidades técnicas adequadas, gera incertezas ao profissional e pode resultar em situações adversas durante o processo comunicativo e a uma transmissão ineficaz de informações<sup>7</sup>.

Com o objetivo de auxiliar os médicos nesse processo, diversos protocolos foram desenvolvidos, incluindo o SPIKES, que fornece um modelo estruturado para a comunicação de más notícias, o qual aborda aspectos como preparação do ambiente, percepção do paciente, transmissão das informações e suporte emocional<sup>8</sup>.

Na graduação médica, ainda parece ser escasso o ensino da abordagem de controle de sintomas e manejo dos pacientes em cuidados paliativos e fim de vida, e por isso tornam-se cada vez mais necessárias estratégias para desenvolver essas habilidades e a capacidade de transmitir informações de maneira adequada. Torna-se evidente a necessidade de incluir o treinamento em comunicação de más notícias na grade curricular dos cursos de medicina, posto que é instrumento fundamental para a prática profissional e a promoção de um cuidado humanizado<sup>7,9</sup>.

Este estudo objetivou avaliar o conhecimento dos médicos candidatos a programas de residência médica de especialidades clínicas e cirúrgicas sobre comunicação de más notícias.

## Métodos

Trata-se de estudo *survey* transversal, que contou com a aplicação de questionário sobre comunicação de más notícias, direcionado a 3.850 médicos candidatos aos programas de residência de uma universidade federal em São Paulo, que fizeram prova para ingressar nos programas em novembro de 2016. No dia do concurso, uma equipe de colaboradores se reuniu quatro horas antes do início da prova para separar o material em envelopes de acordo com a capacidade de cada sala. Os questionários foram entregues e os participantes orientados uma hora antes do início da prova.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao tema e objetivos da pesquisa e posteriormente assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); aqueles que aceitaram participar receberam cópia do termo. Todos os questionários foram devolvidos antes do início da prova e acondicionados em caixas numeradas aleatoriamente.

Foram incluídos no estudo os participantes que responderam a 90% ou mais dos 28 itens do questionário. Foram excluídos questionários com preenchimento incorreto, rasurados, incompletos ou de candidatos que não assinaram o TCLE.

O instrumento utilizado foi elaborado por equipe de especialistas – composta por um médico, dois psicólogos e dois fisioterapeutas –, de modo que fosse autoaplicável em até 15 minutos. Inicialmente, estudos similares foram apresentados como base para definir as perguntas, com posterior análise da equipe para sugestões de melhorias. Após três reuniões presenciais, a versão final foi aprovada por todos os membros.

Após aprovação, foi realizado estudo-piloto com aplicação em dois grupos de dez médicos residentes de clínica médica, em momentos distintos, a fim de verificar o tempo médio de preenchimento e eliminar eventuais falhas de elaboração do instrumento. Verificou-se que o tempo médio de preenchimento foi inferior a dez minutos.

As perguntas formuladas no instrumento objetivam obter dados pessoais e demográficos dos participantes, informações sobre conhecimento em “comunicação de más notícias”, experiências prévias em cuidados paliativos e treinamento em comunicação de más notícias, assim como sobre o protocolo SPIKES.

Questionários foram separados e numerados, e seus resultados foram tabulados e armazenados em planilhas Excel para posterior análise no *software* SPSS-23. Para as variáveis contínuas, foram calculados média e desvio padrão. Frequência e proporção foram utilizadas para variáveis categóricas. A comparação das variáveis categóricas entre os grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado. Quando necessário, foi utilizado o teste de diferença pareada. A comparação das variáveis contínuas entre os grupos foi realizada com análise de variância (Anova). Um valor de *p* menor que 0,05 foi considerado significativo.

Para analisar quais fatores influenciaram o conhecimento, a amostra foi dividida por um grupo de profissionais que entraram em acordo quanto a essa caracterização: 1) Grupo Clínicas, formado por 1.625 médicos que escolheram especialidades com características de realização de condutas não invasivas ou pouco invasivas; e 2) Grupo Cirúrgicas, formado por 745 médicos concorrentes a especialidades que realizam condutas mais invasivas ou cirúrgicas.

## Resultados

Dos 3.850 candidatos (100%), 1.213 entregaram o questionário em branco e 219 responderam de maneira incompleta ou inválida. Foram incluídos no estudo, portanto, 2.418 candidatos (62,9%), que visavam 72 programas distintos. A especialidade com maior número de respondentes foi clínica médica (11%), seguida de cirurgia geral (7,49%), pediatria (7,03%), dermatologia (5,13%) e neurologia (4,71%).

Em relação aos dados sociodemográficos, a amostra foi composta, predominantemente,

por sujeitos jovens (média de 27anos±2,94), do sexo feminino (60,7%) e solteiros (87,9%). A religião predominante foi a católica (56,9%), seguida da doutrina agnóstica (14,2%), espírita (12,8%) e evangélica (9,6%).

Em relação à formação universitária dos participantes, 1.159 (48,7%) procediam de instituições públicas e 1.223 (51,3%), de instituições privadas. Cerca de 898 participantes (37,5%) já haviam realizado outro programa de residência.

Quanto à experiência prévia em treinamento de comunicação, 61,2% da amostra (n=1.481) relatou ter recebido aulas sobre comunicação de más notícias durante a graduação, enquanto 61,8% (n=1.498) afirmaram ter participado de treinamentos específicos sobre o tema ao longo desse período. Aproximadamente 92% dos participantes consideram não ter concluído a formação com capacidade comunicativa satisfatória. Além disso, 88 indivíduos (3,6%) declararam nunca ter realizado comunicação de más notícias. A maior parte da amostra, 970 participantes (40,4%), relatou ter experiência na realização de uma a cinco comunicações.

Em relação ao ambiente considerado adequado para a realização de comunicação de más notícias, 97,3% da amostra (n=2.343) entende a necessidade de um ambiente privado, e 2,7% (n=66) não acredita ser necessário ou é indiferente ao ambiente.

A maior parcela dos participantes, 66,5% (n=1.597), discorda da afirmação de que “a comunicação de óbito para um familiar pode ser dada por qualquer membro da equipe multiprofissional”. Já 83,9% da amostra (n=2.013) concorda que a comunicação de má notícia deve envolver outros profissionais além dos médicos. Para 45,9% dos participantes, o médico é o profissional que melhor comunica más notícias, seguido do psicólogo (34,9%) e enfermeiro (0,9%).

A Tabela 1 apresenta as questões e respectivas respostas sobre condutas éticas relacionadas à comunicação de más notícias e ao comportamento do profissional perante familiares e pacientes.

**Tabela 1.** Respostas sobre condutas éticas relacionadas à comunicação de más notícias e ao comportamento do profissional perante familiares e pacientes

Questão	n	%	Total
<b>1. Você acredita que o paciente sempre tem o direito de saber sobre sua condição atual e futura?</b>			
Sim	2.308	95,81%	2.409
Não	70	2,90%	
Não tenho opinião	31	1,29%	
<b>2. Em sua opinião, a qual dos familiares é mais difícil informar uma notícia de morte súbita?</b>			
Mãe/pai	2.104	87,38%	2.408
Filha/filho	172	7,14%	
Esposa/marido	105	4,36%	
Avó/avô	19	0,79%	
Irmã/irmão	8	0,33%	
<b>3. Qual tipo de comunicação de más notícias você considera mais difícil de informar?</b>			
Óbito	1.389	57,80%	2.403
Prognóstico	571	23,76%	
Cuidados paliativos	307	12,78%	
Diagnóstico	136	5,66%	
<b>4. Em sua opinião, no contexto hospitalar, a comunicação de uma má notícia deve ser dada de forma objetiva, de uma só vez, a fim de poupar o paciente de maiores sofrimentos?</b>			
Sim	817	34,00%	2.404
Não	1.474	61,30%	
Indiferente	113	4,70%	
<b>5. Ao comunicar más notícias devemos evitar o silêncio e as pausas frequentes, devendo o médico focar no que deve ser comunicado ao paciente.</b>			
Concordo	671	27,90%	2.409
Discordo	1.632	67,70%	
Não sei	106	4,40%	
<b>6. O médico deve focar apenas no paciente ao comunicar más notícias, não sendo desejável a interferência de familiares neste processo.</b>			
Concordo	89	3,69%	2.413
Discordo	2.255	93,45%	
Não sei	69	2,86%	
<b>7. É desejável que o médico compactue com a família quando esta deseja poupar o paciente de um diagnóstico ou prognóstico ruim, a fim de preservar um bom vínculo com a família e evitar conflitos no decorrer do processo.</b>			
Concordo	789	32,89%	2.399
Discordo	1.285	53,56%	
Não sei	325	13,55%	
<b>8. É mais importante para o médico focar no conteúdo verbal que deve ser comunicado com o objetivo de manter a concentração na comunicação e evitar se dispersar com outros estímulos não verbais.</b>			
Concordo	554	23,20%	2.389
Discordo	1.702	71,25%	
Não sei	133	5,57%	

continua...

**Tabela 1.** Continuação

Questão	n	%	Total
<b>9. Ao investigar o nível de conhecimento que o paciente possui sobre sua doença, é desejável utilizar perguntas abertas e pouco diretivas.</b>			
Concordo	1.415	59,20%	2.391
Discordo	848	35,48%	
Não sei	128	5,36%	
<b>10. Você acha que a espiritualidade da família pode minimizar o impacto da comunicação de uma má notícia?</b>			
Sim	2.247	93,89%	2.393
Não	69	2,88%	
Indiferente	77	3,22%	
<b>11. Você acha que o nível cultural e social facilita a comunicação de uma má notícia?</b>			
Sim	1.900	79,56%	2.389
Não	264	11,06%	
Indiferente	225	9,42%	
<b>12. Caso você fosse o paciente, gostaria que as notícias sobre sua doença fossem dadas diretamente a:</b>			
Somente você	829	34,64%	2.394
A um familiar	26	1,09%	
Você juntamente com um familiar	1.539	64,29%	
<b>13. Caso você fosse o paciente, gostaria que a comunicação de más notícias fosse feita de forma:</b>			
Completa	2.183	91,26%	2.392
Em partes	209	8,74%	
<b>14. Você acha que está errado o profissional chorar durante a comunicação de uma má notícia?</b>			
Sim	621	26,03%	2.386
Não	1.488	62,37%	
Indiferente	277	11,61%	
<b>15. Você acha correto abraçar um familiar ao comunicar uma má notícia?</b>			
Sim	1.596	66,65%	2.395
Não	420	17,54%	
Indiferente	379	15,82%	
<b>16. Como você reagiria se fosse agredido verbalmente após a comunicação de uma má notícia?</b>			
Reagiria agressivamente tentando conter a situação	13	0,54%	2.411
Ficaria calado até que o agressor parasse de falar	783	32,48%	
Tentaria pedir calma para continuar a conversa	825	34,22%	
Chamaria ajuda de um psicólogo	161	6,68%	
Não pediria calma e calmamente tentaria seguir a conversa	629	26,09%	

n = número de indivíduos; % = porcentagem

Em relação ao protocolo SPIKES, a letra E (*Emotions*), que corresponde à etapa em que os familiares expressam suas emoções durante a comunicação de más notícias, foi considerada a mais complexa, seguida pela K (*Knowledge*), na qual

os médicos passam todas as informações técnicas consideradas difíceis de serem ditas.

A maioria dos respondentes (71,3%; n=1.697) discordou da afirmação de que não existem protocolos de comunicação de más notícias na

literatura e de que a comunicação deve ser realizada apenas com base na experiência do médico. Por outro lado, 20,13% (n=479) concordaram com essa afirmação, enquanto 8,57% (n=204) relataram não saber.

Dos participantes, 65,14% (n=1.566) afirmaram conhecer o protocolo SPIKES, enquanto 34,86% (n=838) desconheciam essa ferramenta estruturada para a comunicação de más notícias. Quando questionados sobre qual etapa do protocolo SPIKES consideram mais desafiadora, a maior parte dos participantes indicou a fase “*Emotion (E)*” (29,20%; n=447), seguida por “*Knowledge (K)*” (22,86%; n=350) e “*Invitation (I)*” (21,88%; n=335). As demais etapas foram mencionadas com menor frequência: “*Perception (P)*” (11,69%; n=179), “*Setting up (S)*” (6,73%; n=103) e “*Strategy and Summary (S)*” (7,64%; n=117).

### Comparação entre programas de clínicos x cirúrgicos

Na análise dos dados demográficos, comparando os profissionais que se candidataram a especialidades clínicas e cirúrgicas, observa-se que nas especialidades cirúrgicas os médicos apresentam menor idade média (26,78±2,88, *p*-valor=0,0089), são predominantemente do sexo masculino (51,9%, *p*-valor=0,0001) e solteiros (90,7%, *p*-valor=0,0346), oriundos predominantemente de universidade pública (53,6%, *p*-valor=0,0072) e na maior parte não realizaram residência anteriormente (28,6%, *p*-valor<0,0001).

Já os respondentes classificados como “especialidades clínicas” apresentaram maior idade média (27,12±2,96, *p*-valor=0,0089), são predominantemente do sexo feminino (66,7%, *p*-valor=0,0001)

e solteiros (87,8%, *p*-valor=0,0346), oriundos predominantemente de universidade privada (53,5%, *p*-valor=0,0072) e realizaram residência anteriormente (28,6%, *p*-valor<0,0001).

Um número maior de profissionais que prestaram para especialidades cirúrgicas afirma ter tido aulas sobre comunicação de más notícias durante a graduação (65,5%), em comparação com especialidades clínicas (59,3%) (*p*-valor=0,0036). Assim como no quesito treinamento em comunicação, 62,2% dos participantes em especialidades cirúrgicas afirmam ter realizado treinamento em comunicação, em comparação a 61,6% dos participantes de especialidades clínicas (*p*-valor=0,7925).

Para especialidades cirúrgicas, 3,7% da amostra afirma nunca ter realizado comunicação de más notícias, 42,8% afirmam ter realizado de 1 a 5 comunicações, 18,2% afirmam ter realizado de 5 a 10 comunicações e 35,3% afirmam ter realizado mais de 10 comunicações.

Já para especialidades clínicas, 3,6% da amostra afirma nunca ter realizado comunicação de más notícias, 39,5% afirmam ter realizado de 1 a 5 comunicações, 19,4%, de 5 a 10 comunicações, e 37,5%, mais de 10 comunicações (*p*-valor=0,7925).

Para especialidades clínicas, apenas 6,7% da amostra (n=111) acredita que “os médicos se formam com boa capacidade de comunicar más notícias”. Para especialidades cirúrgicas, apenas 10,7% da amostra (n=81) concorda com a afirmação (*p*-valor=0,0008).

Em relação ao ambiente considerado adequado para a realização de comunicação de más notícias, 97,6% do grupo clínicas entende a necessidade de um ambiente privado, em comparação a 96,5% do grupo cirúrgicas (*p*-valor=0,3254).

**Tabela 2.** Respostas sobre condutas éticas relacionadas à comunicação de más notícias e ao comportamento do profissional perante familiares e pacientes, na comparação entre especialidades clínicas e cirúrgicas

Questão	Clínica		Cirúrgica		Total	p-valor
	n	%	n	%		
<b>1. Você acredita que o paciente sempre tem o direito de saber sobre sua condição atual e futura?</b>						
Sim	1.589	96,35%	714	94,57%	2.303	
Não	44	2,67%	26	3,44%	70	0,0675
Não tenho opinião	16	0,97%	15	1,99%	31	

continua...

**Tabela 2.** Continuação

Questão	Clínica		Cirúrgica		Total	p-valor
	n	%	n	%		
<b>2. Em sua opinião, a qual dos familiares é mais difícil informar uma notícia de morte súbita?</b>						
Mãe/pai	1.448	86,70%	652	86,03%	2.100	0,3619
Filha/filho	109	6,60%	63	8,31%	172	0,1231
Esposa/marido	74	4,50%	31	4,09%	105	0,6763
Avó/avô	12	0,70%	7	0,92%	19	0,606
Irmã/irmão	2	0,10%	5	0,66%	7	0,0347*
<b>3. Qual tipo de comunicação de más notícias você considera mais difícil de informar?</b>						
Óbito	954	58,06%	431	57,11%	1.385	0,7299
Prognóstico	376	22,85%	194	25,69%	570	0,1203
Cuidados paliativos	230	14,02%	77	10,21%	307	0,0106
Diagnóstico	83	5,06%	53	7,02%	136	0,0501
<b>4. Em sua opinião, no contexto hospitalar, a comunicação de uma má notícia deve ser dada de forma objetiva, de uma só vez, a fim de poupar o paciente de maiores sofrimentos?</b>						
Sim	541	32,89%	274	36,33%	815	
Não	1.040	63,26%	431	57,15%	1.471	0,0021
Indiferente	64	3,89%	49	6,50%	113	
<b>5. Ao comunicar más notícias devemos evitar o silêncio e as pausas frequentes, devendo o médico focar no que deve ser comunicado ao paciente.</b>						
Concordo	453	27,47%	215	28,47%	668	
Discordo	1.120	67,86%	510	67,47%	1.630	0,7142
Não sei	76	4,61%	30	3,97%	106	
<b>6. O médico deve focar apenas no paciente ao comunicar más notícias, não sendo desejável a interferência de familiares neste processo.</b>						
Concordo	55	3,33%	34	4,51%	89	
Discordo	1.555	94,01%	695	92,15%	2.250	0,2313
Não sei	44	2,66%	25	3,31%	69	
<b>7. É desejável que o médico compactue com a família quando esta deseja poupar o paciente de um diagnóstico ou prognóstico ruim, a fim de preservar um bom vínculo com a família e evitar conflitos no decorrer do processo.</b>						
Concordo	510	31,03%	275	36,74%	785	
Discordo	899	54,69%	385	51,45%	1.284	0,0147
Não sei	236	14,36%	89	11,89%	325	
<b>8. É mais importante para o médico focar no conteúdo verbal que deve ser comunicado com o objetivo de manter a concentração na comunicação e evitar se dispersar com outros estímulos não verbais.</b>						
Concordo	373	22,78%	180	24,12%	553	
Discordo	1.176	71,75%	523	69,98%	1.699	0,6489
Não sei	88	5,37%	44	5,90%	132	

continua...

Tabela 2. Continuação

Questão	Clínica		Cirúrgica		Total	p-valor
	n	%	n	%		
<b>9. Ao investigar o nível de conhecimento que o paciente possui sobre sua doença, é desejável utilizar perguntas abertas e pouco diretivas.</b>						
Concordo	978	59,64%	436	58,47%	1.414	
Discordo	572	34,91%	272	36,47%	844	0,7283
Não sei	90	5,49%	38	5,09%	128	
<b>10. Você acha que a espiritualidade da família pode minimizar o impacto da comunicação de uma má notícia?</b>						
Sim	1.552	94,64%	690	92,26%	2.242	
Não	42	2,56%	27	3,61%	69	0,0771
Indiferente	46	2,80%	31	4,15%	77	
<b>11. Você acha que o nível cultural e social facilita a comunicação de uma má notícia?</b>						
Sim	1.281	78,28%	614	82,10%	1.895	
Não	199	12,16%	65	8,69%	264	0,0374
Indiferente	156	9,53%	69	9,23%	225	
<b>12. Caso você fosse o paciente, gostaria que as notícias sobre sua doença fossem dadas diretamente a:</b>						
Somente você	552	33,72%	276	36,80%	828	
A um familiar	21	1,28%	5	0,67%	26	0,1545
Você juntamente com um familiar	1.066	65,00%	469	62,53%	1535	
<b>13. Caso você fosse o paciente, gostaria que a comunicação de más notícias fosse feita de forma:</b>						
Completa	1.488	90,80%	690	92,10%	2178	
Em partes	150	9,20%	59	7,90%	209	0,3044
<b>14. Você acha que está errado o profissional chorar durante a comunicação de uma má notícia?</b>						
Sim	401	24,59%	219	29,27%	620	
Não	1.048	64,24%	437	58,34%	1.485	0,0205
Indiferente	183	11,21%	93	12,43%	276	
<b>15. Você acha correto abraçar um familiar ao comunicar uma má notícia?</b>						
Sim	1.126	68,64%	466	62,13%	1.592	
Não	274	16,73%	146	19,47%	420	0,0063
Indiferente	240	14,63%	138	18,40%	378	
<b>16. Como você reagiria se fosse agredido verbalmente após a comunicação de uma má notícia?</b>						
Reagiria agressivamente tentando conter a situação	6	0,36%	7	0,91%	13	0,1289*
Ficaria calado até que o agressor parasse de falar	540	32,31%	241	31,34%	781	0,6692
Tentaria pedir calma para continuar a conversa	571	34,24%	252	33,78%	823	0,5313
Chamaria ajuda de um psicólogo	115	6,89%	46	5,98%	161	0,4169
Não pediria calma e calmamente tentaria seguir a conversa	419	25,10%	210	27,28%	629	0,2209

\* Teste exato de Fisher



**Tabela 3.** Conhecimento sobre a existência de protocolos de comunicação de más notícias, na comparação entre especialidades clínicas e cirúrgicas

Questão	Clínicas		Cirúrgicas		Total	p-valor
	n	%	n	%		
<b>1. Não existem na literatura protocolos ou diretivas para a comunicação de más notícias, o médico deve fazer uso de sua experiência e observação para desempenhar da melhor maneira possível esta tarefa.</b>						
Concordo	321	19,64%	157	21,22%	478	
Discordo	1.174	71,74%	519	70,14%	1.693	0,6577
Não sei	140	8,57%	64	8,65%	204	
<b>2. Você conhece o protocolo SPIKES?</b>						
Sim	1.068	64,92%	496	65,89%	1.564	0,6383
Não	578	35,08%	257	34,11%	835	
<b>3. Que parte do protocolo você considera mais difícil na comunicação de más notícias?</b>						
<i>Setting up (S)</i>	67	6,44%	35	7,16%	102	0,6213
<i>Perception (P)</i>	127	12,20%	52	10,64%	179	0,351
<i>Invitation (I)</i>	217	20,90%	118	24,14%	335	0,1666
<i>Knowledge (K)</i>	239	22,98%	110	22,51%	349	0,7883
<i>Emotion (E)</i>	313	30,10%	134	27,39%	447	0,2512
<i>Strategy and Summary (S)</i>	77	7,42%	40	8,18%	117	0,6159

## Discussão

Neste estudo, 61,2% dos participantes relataram não ter treinamento sobre o tema, e 92% acreditam que médicos concluem sua formação sem boa capacidade em comunicação. Além disso, grande parte da amostra declarou ter realizado, no máximo, dez comunicações de más notícias ao longo da vida profissional, dado que evidencia experiência prática limitada.

Esses achados são consistentes com outras pesquisas. Um estudo conduzido com residentes de 19 especialidades médicas revelou que 95% dos participantes não receberam treinamento específico sobre comunicação de más notícias durante a graduação<sup>10</sup>. Da mesma forma, Tavakol e colaboradores<sup>11</sup> observaram que apenas 8,6% dos residentes haviam frequentado cursos de aperfeiçoamento em comunicação durante esse período. Mesmo entre aqueles que receberam treinamento posterior, poucos relataram se sentir preparados para conduzir uma boa comunicação. Muneer e colaboradores<sup>12</sup> observaram que, embora 51% dos profissionais de sua amostra houvessem recebido algum tipo de treinamento em comunicação

de más notícias, mais da metade (52%) ainda adotava abordagens próprias e improvisadas ao lidar com essa situação.

Este estudo contou majoritariamente com a participação de médicos jovens, recém-formados ou com poucos anos de experiência profissional. Esse recorte difere de pesquisas semelhantes, como a de Silveira, Botelho e Valadão<sup>13</sup>, que avaliou 120 médicos de um hospital brasileiro, e a de Mostafavian e Shaye<sup>14</sup>, que analisou 70 médicos de diferentes setores em dois hospitais universitários. Embora esses estudos não tenham considerado experiência prévia ou tempo de formação, identificaram déficits significativos nas habilidades de comunicação. Além disso, ambas as pesquisas concluíram que a implementação de estratégias de treinamento pode contribuir para o aprimoramento dessas habilidades.

Em relação às informações sobre as condições atual e futura dos pacientes, frequentemente informações acabam sendo transmitidas de maneira inadequada<sup>13</sup>. Sobre o aspecto familiar, mais de 87% da amostra afirma que considera os pais do paciente os familiares mais difíceis de comunicar, e o óbito como o assunto mais complexo de ser informado. A alta frequência dessas respostas

pode estar associada a concepções socioculturais segundo as quais a morte de um filho é evento “antinatural”, isto é, uma inversão da ordem natural da vida. Além disso, a perda de uma criança é frequentemente percebida como particularmente injusta, sob argumentos de que “teve pouco tempo de vida” ou ainda que “nunca fez mal a ninguém”. Assim, informar o óbito de crianças aos pais torna a tarefa de comunicar ainda mais difícil<sup>15</sup>.

Brouwer e colaboradores<sup>15</sup> identificaram que há barreiras na comunicação dos médicos com os pais e avaliou as principais dificuldades relatadas por pais durante as conversas, tais como não solicitar informações da criança aos pais, sair da reunião com poucas informações devido à falta de clareza, uso de termos técnicos em excesso e presença de muitas pessoas durante as reuniões, além da preocupação dos pais para transmitir as más notícias aos próprios filhos sem orientação ou acompanhamento médico.

Neste estudo, observou-se que, ao serem questionados sobre a concordância em omitir informações ao paciente a pedido da família, mais de 30% dos médicos afirmaram apoiar essa prática, enquanto aproximadamente 15% relataram “não saber como agir”. Esses valores são superiores aos de um estudo semelhante<sup>12</sup>, no qual 20,4% dos médicos concordavam em não revelar ao paciente informações sobre sua condição. Essa discrepância pode estar relacionada à maior heterogeneidade da amostra do mencionado estudo, que incluiu médicos com maior tempo de formação e experiência clínica, fatores que influenciam as percepções e condutas na comunicação de más notícias.

A “conspiração do silêncio” consiste em um acordo, explícito ou não, entre membros de um grupo para manter em segredo informações que, se expostas, podem ser prejudiciais para o grupo, os interesses ou os associados. Devido a falhas de comunicação, falta de conhecimento bioético, medo de perder a pessoa, estresse, incerteza de prognóstico, entre outras causas, a omissão de informações pode acarretar consequências como perda de autonomia, prejuízo na tomada de decisão e piora na qualidade de vida. Por isso, deve ser evitada, em favor de uma comunicação baseada na verdade progressiva<sup>16</sup>.

Estudos realizados sobre a preferência dos pacientes em obter notícias sobre sua condição de saúde constataram que mais de 90% gostariam

de saber tudo sobre seu diagnóstico, prognóstico e tratamento<sup>17,18</sup>. Entretanto, em outro estudo, foi observado que algumas informações prestadas a pacientes com câncer, como os possíveis efeitos colaterais dos tratamentos, são consideradas dispensáveis por aproximadamente um terço dos avaliados<sup>19</sup>. Por isso, é fundamental questionar o paciente sobre quais notícias deseja receber<sup>16</sup>.

Um maior nível de espiritualidade do paciente e dos familiares foi considerado pelos respondentes como fator importante para amenizar o impacto da má notícia. O nível sociocultural da família é outro fator que pode facilitar o entendimento e aceitação das condições do paciente. Quando solicitados a se colocar na situação dos pacientes com doenças avançadas, praticamente 99% dos participantes responderam que gostariam que a notícia fosse dada diretamente a eles, sozinhos ou com um familiar, e mais de 90% gostariam que as informações fossem dadas de forma completa.

Acerca dos aspectos técnicos sobre como realizar a comunicação de más notícias, a maioria dos participantes respondeu que fazê-lo em ambiente privado é importante. Entretanto, um estudo com residentes em pediatria observou que 90% dos profissionais não se preocupam em garantir um ambiente de privacidade durante as reuniões familiares<sup>20</sup>. Ademais, aproximadamente 35% excluíram os familiares dessa conversa. Estudo realizado em Portugal com 159 médicos evidenciou que, para essa mesma pergunta, 93% afirmaram que gostariam de saber tudo sobre seu diagnóstico e 83% gostariam de saber sobre seu prognóstico<sup>21</sup>.

Uma parcela (28,7%) dos participantes desconhece a existência de quaisquer protocolos de comunicação e mais de 35% não conhecem o protocolo SPIKES, que é o mais utilizado para essa tarefa<sup>22,23</sup>. Aos que conheciam o protocolo, foi perguntado que etapa era considerada de maior dificuldade de execução, e a resposta mais frequente foi a E, de *Emotions*, o que corrobora achados de outros estudos e evidencia que os médicos muitas vezes não se sentem seguros e confortáveis para lidar com as emoções que podem surgir durante uma reunião familiar<sup>6,24</sup>.

Sobre a demonstração de empatia e sentimentos durante a comunicação de más notícias, uma parte afirma que considera errado o médico abraçar o paciente ou familiares (17,5%) ou

chorar (26%) durante a reunião. É possível relacionar essa informação com a maior dificuldade encontrada na condução do protocolo SPIKES. Chorar ou demonstrar empatia e afeto pode ser percebido como demonstração de fraqueza ou falta de controle sobre a situação, ainda que os pacientes esperem que os médicos demonstrem sentimentos em uma reunião e que mostrem estar ao lado dessa família<sup>17,24</sup>.

Quando questionados se a comunicação de más notícias deve envolver outros profissionais da equipe multidisciplinar, 16,1% dos respondentes consideraram ser indiferente ou responderam negativamente. A participação de outros profissionais pode ser fundamental, devido ao fato de o médico não saber detalhes do atendimento realizado pelos demais profissionais, informações que podem ser fundamentais para o planejamento do cuidado<sup>25</sup>. Esse dado parece contraditório com o fato de que quase 35% da amostra afirma que o profissional que melhor dá uma má notícia é o psicólogo; 18,5% responderam que o profissional é indiferente e menos da metade afirmou que o médico é o profissional com melhor capacidade para comunicar más notícias.

Notícias referentes a diagnósticos ou prognósticos devem ser transmitidas por médicos e a equipe multiprofissional pode ser apoio importante nesse processo, como evidenciou um estudo com casos de pacientes pós-AVC que contaram com a participação de toda a equipe de saúde durante a reunião familiar, o qual chegou à conclusão de que a participação dos demais profissionais aumentou a confiança dos médicos em dar más notícias graças ao processo de consulta colaborativa da equipe<sup>25</sup>.

### Especialidades clínicas \* especialidades cirúrgicas

Ao comparar os grupos, foram observadas diferenças como a predominância do sexo masculino e idade média menor no grupo de especialidades cirúrgicas, com maioria oriunda de escolas públicas e com menor percentual de profissionais que já haviam cursado programas de residência anteriormente.

Easson, Crosby e Librach<sup>26</sup> analisaram os principais livros de técnicas cirúrgicas dos Estados Unidos e observaram que fornecem pouca informação sobre comunicação de más notícias,

processo de morte, efeitos da tomada de decisão sobre a família e tratamento ou manejo de sintomas. Apesar disso, os autores sugerem que, devido à frequência de óbitos decorrentes de procedimentos cirúrgicos, seria apropriado que mais informações sobre as questões analisadas fossem incluídas nos livros cirúrgicos<sup>26</sup>.

Foi observado que, apesar de maior percentual do grupo de especialidades cirúrgicas afirmar ter tido aulas sobre comunicação de más notícias durante sua graduação, a ampla maioria dos participantes considerava que os médicos não concluem suas graduações capacitados adequadamente para isso. Observou-se que no grupo de especialidades clínicas a consciência sobre limitações nessa habilidade é ainda maior do que no de especialidades cirúrgicas.

A visão negativa mais arraigada é a da morte como falha médico-cirúrgica. Os cirurgiões lutam por um resultado positivo que, tradicionalmente, significa recuperação da intervenção cirúrgica sem qualquer morbidade significativa. Já no grupo de especialidades clínicas, as variáveis e aspectos técnicos são mais frequentemente relacionados a histórias. As respostas e desfechos do paciente sofrem influência do meio e das condições prévias, o que exige do clínico maior flexibilidade e resiliência na condução e tomada de decisões em seus casos<sup>27</sup>. Ambos os grupos concordam que os pais são os familiares mais difíceis de informar. Falar sobre óbito e prognóstico foi considerado mais difícil do que falar sobre diagnóstico e cuidados paliativos, porém um percentual menor do grupo de especialidades cirúrgicas considerou a conversa sobre cuidados paliativos mais difícil em comparação ao grupo de especialidades clínicas.

Conforme observado neste estudo, quando existe demanda por maior habilidade de comunicação, encontram-se respostas mais controversas no grupo de especialidades cirúrgicas do que no de especialidades clínicas<sup>28,29</sup>.

Sobre aspectos técnicos da comunicação de más notícias, observou-se discordância mínima, com maior percentual do grupo de especialidades cirúrgicas assegurando que más notícias deveriam ser dadas todas de uma vez, a fim de poupar mais sofrimentos posteriores. Também, com maior frequência, esse grupo afirmou que se deve concordar com a família caso deseje realizar um cerco do silêncio ou conspiração do silêncio. O resultado, além de reforçar o pragmatismo desse grupo em

relação às especialidades clínicas, demonstra falha no conhecimento técnico, pois, conforme o art. 34 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico deixar *de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal*<sup>30</sup>. Tal conduta pode levar ainda a desfechos negativos e sentimentos de medo, ansiedade, depressão, sofrimento, incompreensão e raiva, comuns em pacientes de cuidados paliativos que enfrentam o silêncio de seus parentes<sup>16</sup>.

Ao analisarmos as respostas, verifica-se no grupo de especialidades cirúrgicas percentual maior de médicos que afirmam que o nível socio-cultural pode ter influência na comunicação, que demonstrações de afeto e compaixão como chorar ou abraçar os familiares não são corretas, e que não se deve contar com a presença de outros profissionais além do médico durante uma comunicação. Isso demonstra a dificuldade dos cirurgiões com a resolução de conflitos que dependem de sua inteligência emocional e habilidades de comunicação<sup>29</sup>.

Além disso, à questão de quais profissionais da equipe multiprofissional comunicam melhor uma má notícia, um grupo maior das especialidades cirúrgicas respondeu ser o médico, e um grupo menor respondeu ser o psicólogo em comparação com as especialidades clínicas. Isso talvez se deva ao perfil menos sujeito a influências emocionais dos médicos que escolhem especialidades cirúrgicas, que pode favorecer erros em um processo de comunicação<sup>29</sup>.

Um estudo recente fez uma pergunta aos pacientes de cirurgiões: "O que eu desejo que meu cirurgião saiba?"<sup>31</sup>. As respostas colhidas foram organizadas em três grupos e, no geral, versaram sobre ser tratado holisticamente e com dignidade; comunicação clara e definição de funções; e definição de expectativas. As respostas evidenciam, portanto, que os pacientes sentem falta de maior empatia e melhor comunicação dos médicos cirurgiões, são características que são mais frequentes

nos médicos de especialidades clínicas, como se observou. Talvez essa característica seja pessoal desses profissionais, apresentada mesmo antes de frequentarem a residência de cirurgia<sup>29</sup>.

## Considerações finais

Os achados deste estudo reforçam a existência de lacunas na formação médica quanto à comunicação de más notícias, evidenciadas pela ausência de treinamento específico na graduação e pela percepção generalizada de que os profissionais não concluem sua formação devidamente preparados para essa prática. Mais de 90% dos médicos não se sentem preparados para ela ao saírem da universidade, e cerca de 40% nunca receberam treinamento formal. Apesar do conhecimento teórico sobre protocolos como o SPIKES, há dificuldades em aplicá-los na prática, especialmente ao comunicar óbitos e lidar com pais.

A comparação entre especialidades clínicas e cirúrgicas demonstrou diferenças no perfil dos profissionais e em suas abordagens. Médicos de especialidades cirúrgicas demonstraram menor preparo emocional em comparação aos candidatos a áreas clínicas, assim como maior tendência a uma abordagem pragmática e com menor adesão à participação de outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Além disso, foi demonstrado que médicos com maior tempo de experiência, apesar de relatarem menor treinamento acadêmico, demonstram mais segurança na comunicação. Revelou-se que a etapa E (*Emotions*) do protocolo SPIKES é considerada a mais difícil para a equipe médica, o que reflete a dificuldade dos profissionais em lidar com a expressão de emoções durante essas interações.


Diante desses achados, destaca-se a necessidade de reformulação dos currículos médicos de modo que incluam treinamento estruturado em comunicação de más notícias, com abordagem tanto de aspectos técnicos quanto emocionais.

## Referências


1. Silva MJ. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2002 [acesso 20 mar 2016];10(2):73-88. Disponível: <https://bit.ly/4shh0T9>
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação de notícias difíceis: compartilhamento de desafios na atenção à saúde [Internet]. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2018 [acesso 20 mar 2020]. Disponível: <https://bit.ly/4aBuS33>
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* [Internet]. 1984 [acesso 24 maio 2020];288(6430):1597-99. DOI: 10.1136/bmj.288.6430.1597
4. Buckman R. Breaking bad news: a guide for health care professionals [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992 [acesso 20 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/4qKJrHU>
5. Crowther ER. How to break bad news: a guide for health care professionals. *J Can Chiropr Assoc* [Internet]. 1993 [acesso 24 maio 2020];37(2):121-2. Disponível: <https://bit.ly/46bYpiy>
6. Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [acesso 2 mar 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3OLT3EG>
7. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso 20 mar 2020]. Disponível: <https://bit.ly/4qDHoFd>
8. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [acesso 22 mar 2020];66(7):1543-55. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2000 [acesso 22 mar 2020];5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
10. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 22 mar 2020];22(3):323-7. DOI: 10.1590/S0103-21002009000300014
11. Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo AA. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. *BMC Med Educ* [Internet]. 2005 [acesso 19 abr 2022];5(1):6. DOI: 10.1186/1472-6920-5-6
12. Muneer MS, Elhassan AE, Osman AM, Abdalla AA, Abdelrahim MA, Ali SM *et al.* Breaking bad news from the doctors' perspective in a paternalistic society: the case of Sudan. *Trop Doct* [Internet]. 2018 [acesso 9 nov 2020];48(4):340-4. DOI: 10.1177/0049475518795765
13. Silveira FJF, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2017 [acesso 9 nov 2020];135(4):323-31. DOI: 10.1590/1516-3180.20160221270117
14. Mostafavian Z, Shaye ZA. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2018 [acesso 9 nov 2020];7(3):601-5. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_25\_18
15. Brouwer MA, Maeckelberghe ELM, van der Heide A, Hein IM, Verhagen EAAE. Breaking bad news: what parents would like you to know. *Arch Dis Child* [Internet]. 2020 [acesso 8 jul 2024];106(3):276-81. DOI: 10.1136/archdischild-2019-318398
16. Lemus-Riscanevo P, Carreño-Moreno S, Arias-Rojas M. Conspiracy of silence in palliative care: a concept analysis. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2019 [acesso 8 jul 2024];25(1):24-9. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC\_183\_18
17. Rao A, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking bad news: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2016 [acesso 10 mar 2020];17(4):1779-84. DOI: 10.7314/apjcp.2016.17.4.1779

18. Eng TC, Yaakup H, Shah SA, Jaffar A, Omar K. Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2012 [acesso 10 mar 2020];13(6):2749-52. DOI: 10.7314/apjcp.2012.13.6.2749
19. Laxmi S, Khan JA. Does the cancer patient want to know?: results from a study in an Indian tertiary cancer center. *South Asian J Cancer* [Internet]. 2013 [acesso 19 abr 2022];2(2):57-61. DOI: 10.4103/2278-330X.110487
20. Geeta MG, Krishnakumar P. Breaking bad news – perceptions of pediatric residents. *Indian J Child Health* [Internet]. 2017 [acesso 19 abr 2022];54(8):685-6. DOI: 10.1007/s13312-017-1135-x
21. Ferraz Gonçalves JA, Almeida C, Amorim J, Baltasar R, Batista J, Borrero Y et al. Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. *Porto Biomed J* [Internet]. 2017 [acesso 10 mar 2020];2(6):277-81. DOI: 10.1016/j.pbj.2017.04.004
22. Berkey FJ, Wiedemer JP, Vithalani ND. Delivering bad or life-altering news. *Am Fam Physician* [Internet]. 2018 [acesso 10 mar 2020];98(2):99-104. Disponível: <https://bit.ly/46ljISG>
23. Ozyemisci-Taskiran O, Budakoglu II, Coskun O, Demirsoy N. Breaking bad news to patients with spinal cord injury in Turkey – physiatrists' perspective. *J Spinal Cord Med* [Internet]. 2017 [acesso 10 mar 2020];40(4):423-31. DOI: 10.1080/10790268.2016.1234735
24. Von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020 [acesso 8 jul 2024];103(8):1623-9. DOI: 10.1016/j.pec.2020.02.036
25. Phillips J, Kneebone II, Taverner B. Breaking bad news in stroke rehabilitation: a consultation with a community stroke team. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2013 [acesso 10 mar 2020];35(8):694-701. DOI: 10.3109/09638288.2012.703757
26. Easson AM, Crosby JA, Librach SL. Discussion of death and dying in surgical textbooks. *Am J Surg* [Internet]. 2001 [acesso 10 mar 2020];182(1):34-9. DOI: 10.1016/S0002-9610(01)00646-8
27. Block SD. Medical education in end-of-life care: the status of reform. *J Palliat Med* [Internet]. 2002 [acesso 10 mar 2020];5(2):243-8. DOI: 10.1089/109662102753641214
28. Han JL, Pappas TN. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *J Surg Educ* [Internet]. 2018 [acesso 19 abr 2022];75(1):88-94. DOI: 10.1016/j.jsurg.2017.06.035
29. Stanton C, Sethi FN, Dale O, Phelan M, Laban JT, Eliahoo J. Comparison of emotional intelligence between psychiatrists and surgeons. *Psychiatr Bull* [Internet]. 2011 [acesso 10 mar 2020];35(4):124-9. DOI: 10.1192/pb.bp.110.029959
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 19 abr 2022]. Seção 1. Disponível: <https://tinyurl.com/bdfd97ry>
31. Kurtz J, Steenbergh K, Kessler J, Vitous A, Barrett M, Sandhu G et al. "What I wish my surgeon knew": a novel approach to promote empathic curiosity in surgery. *J Surg Educ* [Internet]. 2020 [acesso 8 jul 2024];77(1):82-7. DOI: 10.1016/j.jsurg.2019.07.013

**Daniel Alveno** - Doutor - dalveno@yahoo.com.br

 0000-0003-4633-7576

**Thiago Marraccini** - Doutor - thiagomcunha@yahoo.com.br

 0000-0003-2515-0075

**Fabiana Felipe dos Santos** - Especialista - fabianafelippesantos@gmail.com

 0000-0002-3400-7919

**Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi** - Doutora - samantha.rizzi@unifesp.br

 0000-0002-5969-9499

#### Correspondência

Daniel Alveno - Rua Napoleão de Barros, 875, Vila Clementino, CEP 04024-002. São Paulo/SP, Brasil.

#### Contribuição dos autores

Daniel Alveno e Thiago Marraccini foram responsáveis pela conceituação, metodologia, investigação, curadoria de dados, redação do rascunho original. Fabiana Felipe dos Santos foi responsável pela investigação, curadoria de dados e redação do rascunho original. Samantha Karlla Lopes de Almeida Rizzi foi responsável pela conceituação, metodologia e supervisão. Todos os autores contribuíram com a revisão e edição do artigo.

**Disponibilidade de dados:** Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

**Editora responsável:** Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

**Recebido:** 10.4.2025

**Revisado:** 15.8.2025

**Aprovado:** 12.1.2026