



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

**LUCIANA BONNASSIS BURG**

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO CONSTRUÍDO PARA  
AVALIAR A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS DO MÉDICO A  
PACIENTES EM CENÁRIOS CLÍNICOS COTIDIANOS**

**Florianópolis  
2021**

Luciana Bonnassis Burg

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO CONSTRUÍDO PARA  
AVALIAR A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS DO MÉDICO A  
PACIENTES EM CENÁRIOS CLÍNICOS COTIDIANOS

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas da Universidade  
Federal de Santa Catarina.  
Orientadora: Profa. Suely Grosseman, Dra.  
Co-orientador: Prof. Getúlio R. de Oliveira Filho, Dr.

Florianópolis  
2021

Burg, Luciana Bonnassis

Evidências de validade de um instrumento construído para avaliar a qualidade da comunicação de más notícias do médico a pacientes em cenários clínicos cotidianos / Luciana Bonnassis Burg ; orientador, Suely Grosseman, coorientador, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, 2021.

91 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Comunicação. 3. Questionário. 4. Relação médico-paciente. I. Grosseman, Suely. II. de Oliveira Filho, Getúlio Rodrigues . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas-Novo. IV. Título.

Luciana Bonnassis Burg

Evidências de validade de um instrumento construído para avaliar a qualidade da comunicação de más notícias do médico a pacientes em cenários clínicos cotidianos.

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

---

Prof. José Maria Peixoto, Dr.  
Universidade José do Rosário Vellano

---

Profa. Rachel Schlindwein Zanini, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Lara Patrícia Kretzer, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Ciências Médicas.

---

Profa. Coordenador do Programa de Pós-Graduação

---

Profa. Dra. Suely Grosseman  
Orientadora

Àqueles que  
...me ensinaram tanto [...] meus maiores professores nesta caminhada...  
...me estimularam ao estudo deste tema, diariamente, mesmo sem saber...  
... compartilharam e confiaram a mim suas histórias e suas dores...  
... abriram meus olhos guiando-me na melhor forma de comunicação...  
... seus olhos eu entristeci, num momento único...de má notícia....

Aos meus pacientes!

## AGRADECIMENTOS

A meus pais, *Antônio Carlos Burg* e *Maria Eugênia Bonnassis Burg* que me permitiram traçar este longo percurso. Ao meu pai, que sempre deixou claro que o caminho certo e justo é associando esforço à persistência. Transmitiu um ensinamento que ficou para a vida sobre o que é ser inteligente “a inteligência do ser humano é um conjunto de fatores [...]” e nossas ações são moldadas o tempo todo por este conjunto. À minha mãe, faltam-me palavras para agradecer o tanto de doação a mim, sua filha mais velha. Mesmo sem entender direito o complexo processo acadêmico esteve presente todo o tempo, ajudando-me de diversas formas; deixando de lado o que a si interessava para que eu pudesse seguir, minimizando com amor os obstáculos que eu passava *Amor eterno...* sem vocês eu não teria estrutura para chegar até aqui.

Ao meu esposo, *Adenor Martins de Araujo Junior*, meu companheiro de caminhada, parceiro, incentivador dos meus sonhos; meu salvador em qualquer assunto referente a computador, meu habilidoso e sábio engenheiro pessoal. A você querido, que carregou comigo todas as dificuldades que passei (passamos!) para eu chegar neste momento; suportou meus “surtos”, apoiou minha tristeza; vibrou cada etapa da minha conquista; ergueu-me quando eu caía no abismo... *te amo!* Novas rotas de viagem nos esperam!

À minha orientadora, Dra. *Suely Grosseman*, professora com uma dedicação e comprometimento como pouquíssimos que encontrei ao longo da minha formação acadêmica! Um amor por ensinar; uma pessoa que honra sua linha de pesquisa, uma verdadeira *expert* em educação médica. Chegamos ao fim de nossa trajetória como “professora-aluna” e nunca me esquecerei o dia que você me acolheu no seu grupo de pesquisa; em julho de 2013... faz tempo. Após eu ter passado por algumas tentativas de iniciar o mestrado e não ter conseguido prosseguir por obstáculo alheios a minha vontade; após ter sofrido profundas decepções nos primeiros degraus e caído...você foi a pessoa que me estendeu a mão sem me conhecer. E juntas passamos por muitos momentos... e quanto eu aprendi! Como eu era crua (!) apesar de já ter minha formação profissional como médica completa. Além de todo o conhecimento transmitido, você me deixou algo a mais que ficará: *sempre podemos melhorar!* Gratidão!

Ao meu co-orientador, Dr. *Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho*, professor que também me acompanha há alguns anos; salvou-me no final do mestrado na parte estatística e seguiu me orientando na parte metodológica no doutorado, apresentando-me novas possibilidades no mundo da estatística e programas. Quando eu ouço ou leio: “*Factor Analysis*”, é de você que eu lembro (!), hoje felizmente com mais tranquilidade e segurança que outrora. Obrigada!

Às amigas de caminhada, *Flávia Del Castanhel*, *Naarai Camboim* e *Lara Catarine de Luca Maciel Schüller*. Lara, médica cirurgiã plástica, inicialmente minha colega de pesquisa. Começamos juntas esse estudo, você no mestrado e eu no doutorado; uma dupla que se complementou não só nas atividades da pesquisa, mas que descobriu outras afinidades e construiu uma amizade. Sua parceria foi

fundamental, retroalimentava-me, dando forças na fase inicial e, depois, para que eu pudesse seguir sozinha. Naarai (ou “Nara”, para os íntimos), bela e competente médica de família e comunidade, hoje também mestranda, uma pessoa com uma sensibilidade impar e enorme capacidade acolhedora. Poder estar mais com você, lhe conhecer melhor ao logo dos últimos anos trouxe para mim apenas coisas boas, pois você irradia luz por onde passa. Seu “olhar nos olhos” é verdadeiro. Exemplo de humildade e relação médico-paciente. Das amigas, deixo por último você, Flávia! Porque foi você quem mais me surpreendeu positivamente, quem mais cresceu proporcionalmente e para quem eu hoje olho e “tiro o meu chapéu”. Bióloga por formação, entrou no grupo de pesquisa em 2013 junto comigo caindo de para-quedas num ambiente de pós-graduação que lhe deveria ser no mínimo desconfortável; senão hostil. Pude acompanhar cada passo que você deu, cada dificuldade que enfrentou (e foram tantas!) e como (e o quanto!) as superou! De coração grande, sempre estive disponível a me ajudar, desde o mestrado, quando você mesma era a que mais precisava de ajuda. Se no mestrado sua ajuda foi importante; no doutorado foi vital! Minha “*co-co-orientadora*” na estatística! Estou orgulhosa de você, do seu esforço, da sua caminhada e lindo crescimento. Muito em breve também será “doutora” e mais um pouco professora de psicometria! O mundo é pequeno para seus sonhos!

Ao meu grupo terapêutico, *Paciência*, que tanto me ajudou nos últimos dois anos. Possibilitou um compartilhamento de energia e apoio que me permitiu manter a sanidade mental em momentos em que eu me questioneei se seria capaz de seguir...*somos todas em uma e uma em todas!* Que novos caminhos entrelacem nossos encontros!

Aos profissionais que fizeram parte do *comitê de experts* permitindo e contribuindo para que este estudo pudesse passar pelas etapas necessárias.

Antecipadamente, aos *professores doutores convidados para a banca*, José Maria Peixoto, Rachel Schlindwein Zanini, Lara Patrícia Kretzer, Guilherme Loureiro Fialho e Ana Claudia Carmargo Gonçalves Germani, por sua disponibilidade e contribuições que virão.

Também (por que não!?), agradecer ao meu companheiro fiel de estudos, *Tony Blair*, meu *shitsu* de 9 anos, que ficou sentadinho no pé da minha cadeira ou pertinho por tantas horas que me dediquei a este trabalho. Pedindo apenas minha presença; dando-me muito mais, carinho e força para eu fazer um pouco mais. *My little sun!*

Por fim, agradecer a algo maior que até hoje não consegui achar palavras para nomear, algo que está dentro de uma espiritualidade que ainda estou construindo, uma *luz* que me acompanha e me diz que há sempre um propósito enquanto estamos por aqui....

*Permita-se errar, acertar e até desanimar.  
Permita-se conhecer e perdoar.  
Nunca se esqueça de continuar a caminhar...*

Autor desconhecido.



## RESUMO

**Introdução:** a comunicação de más notícias é frequente na prática médica. É importante avaliar a qualidade dessa comunicação, porém instrumentos atuais junto a pacientes em cenários clínicos diversos, além da oncologia, ainda são escassos. **Objetivo:** desenvolver um instrumento para avaliar a qualidade da comunicação médica de más notícias por pacientes em cenários clínicos reais cotidianos, buscando evidências de validade. **Método:** estudo metodológico de construção e validação de instrumento. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 109 pacientes em ambulatório ou internados nos Hospitais Universitário e Nereu Ramos, Florianópolis, Brasil, a fim de identificar suas preferências para receber más notícias, entre julho a outubro de 2018. Os itens do instrumento foram gerados por análise de conteúdo. As clareza e relevância dos itens foram avaliadas por um comitê de juízes formado por 11 profissionais e 10 pacientes. A versão inicial do instrumento foi aplicada em 201 pacientes que receberam más notícias nos mesmos hospitais entre outubro/2018 a março/2019. A análise da consistência interna foi realizada pelo alfa de *Cronbach*. A análise fatorial exploratória avaliou a estrutura fatorial e a correlação entre os itens. **Resultados:** entre os 201 participantes, 126 (62.7%) foram mulheres e 75 (37.3%) homens, com mediana de idade de 49 ( $P_{25-75} = 35 - 61$ ); 167 (83,1%) estavam na enfermaria (83,1%) e 34 (16,9%) no ambulatório; 110 (73.3%) receberam a má notícia nos três meses anteriores à entrevista e os motivos considerados como más notícias variaram desde a necessidade de internação ou cirurgia até o diagnóstico de HIV e câncer. O instrumento inicial foi composto por 19 itens, respondidos em escala *Likert* de 5 pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente). Os itens foram relacionados a atitudes do médico (como exemplos atenção, respeito e sinceridade) e ao compartilhamento de informações (como exemplos uso de uma linguagem apropriada, falar sobre as opções de tratamento e os próximos passos). Após a avaliação pelo comitê de juízes, dois itens foram modificados e três excluídos, gerando uma versão pré-final do instrumento com 16 itens, nomeado, *Qualidade da Comunicação de Más Notícias* (QCMN). O alfa de *Cronbach* dos itens do QCMN foi de 0.87 e carregou em um fator, com o *Generalized h-index* de 0.97. Catorze itens apresentaram cargas fatoriais altas ( $\geq 0.5$ ) e 2 itens demonstraram comunalidades não discriminatórias ( $\leq 0.2$ ), sendo estes removidos. Os itens com maior carga fatorial ( $\geq 0.88$ ) foram relativos a atitudes do médico (“importar-se com”, “ser respeitoso”, “ser atencioso”, “cuidar com as palavras”). A versão final do QCMN foi composta por 14 itens, com alfa de *Cronbach* de 0.9. **Conclusão:** o QCMN é um instrumento unidimensional breve, adaptado à linguagem dos pacientes e baseado em suas preferências para receber más notícias, com evidências de validade. É um instrumento promissor para avaliar a qualidade da CMN por médicos em cenários diversos da prática clínica. Recomenda-se estudos futuros com maior amostra, considerando a variância de outros elementos.

**Palavras-chave:** Comunicação. Questionário. Qualidade. Relação médico-paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** breaking bad news is a common medical task. It is important to assess the quality of this communication, but current instruments with patients in different and real daily clinical settings, beyond oncology, are still scarce. **Objective:** to develop an instrument for patients' assessment of the quality of bad news communication by the physician in different clinical settings, seeking for validity evidence. **Method:** instrument construction and validation methodological study. Semi-structured interviews were conducted with 109 patients from the University Hospital and Nereu Ramos Hospital, South of Brazil, in order to identify their preferences for receiving bad news, between July and October 2018. The instrument's items were generated by content analysis. The items clarity and relevance were assessed by a judges' committee (11 health professionals and 10 patients). The initial instrument version was applied to 201 patients who received bad news in the same hospitals from October 2018 to March 2019. Cronbach's alpha was used to analyze the instrument internal consistency and the exploratory factor analysis to verify the factorial structure and items correlation. **Results:** among the 201 participants, 126 (62.7%) were women and 75 (37.3%), men, with median age of 49 ( $P_{25-75} = 35 - 61$ ); 167 (83,1%) were in the ward and 34 (16,9%) in the outpatient units; 110 (73.3%) received bad news in the previous 3 months of the interview and the reasons considered bad news varied from need to be admitted to the hospital or submitted to surgery to HIV and cancer diagnosis. The initial instrument consisted of 19 items, answered on a 5-point Likert scale (1 = totally disagree to 5 = totally agree). These items were related to the doctor's attitudes (such as attention, respect and sincerity) and information sharing (such as use appropriate language, talk about treatment options and next steps). After the judges' committee evaluation, two items were modified and 3 deleted, generating an instrument pre-final version with 16 items, named, *Quality of Bad News Communication* (QBNC). The items' instrument Cronbach's alpha was .87 and loaded in one factor, with a *Generalized h-index* of .97. Fourteen items had high factor loads ( $\geq .5$ ) and 2 showed non-discriminatory ( $\leq .2$ ); then they were removed. The items with the highest factor load ( $\geq .88$ ) were related to the physician's attitudes ("caring", "being respectful", "being attentive", "taking care with words"). The final version of QBNC consisted of 14 items, with Cronbach's alpha of .9. **Conclusion:** the QBNC is a unidimensional brief instrument, adapted to the patients' language and based on their preferences for receiving bad news, with validity evidence. It is a promising instrument to assess the routine quality of CMN by doctors in different settings of clinical practice. Future studies with a larger sample are recommended, considering the variance of other elements. **Keywords:** Health Communication. Questionnaire. Quality. Physician-patient relations.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Aspectos abordados nos itens (marcados com “X”) dos instrumentos validados para os pacientes avaliarem a comunicação médica em cenários clínicos reais.....	24
Tabela 2	Razão de Validade de Conteúdo (RVC) de cada item do instrumento de acordo com a avaliação dos 11 profissionais <i>experts</i> .....	38
Tabela 3	Itens da versão pré-final do instrumento QCMN.....	39
Tabela 4	Razões relatadas como “más notícias” pelos 201 participantes entrevistados com o instrumento QCMN entre out/2018 a mar/2019 nos Hospitais Universitário e Nereu Ramos.....	41
Tabela 5	Média dos escores atribuídos aos itens do instrumento QCMN.	42
Tabela 6	Análise paralela dos 16 itens do instrumento QCMN.....	43
Tabela 7	Cargas fatoriais e comunalidades dos 16 itens do instrumento QCMN.....	44
Tabela 8	Cargas Fatoriais e comunalidades dos 14 itens do instrumento QCMN.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS

CMN	Comunicação de Más Notícias
MPP	<i>Measure of Patients' Preferences</i>
MABBAN	<i>MArburg Breaking BAd News scale</i>
CAT	<i>Communication Assessment Tool</i>
QOC	<i>Quality of Communication Questionnaire</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
COSMIN	<i>Consensus based Standards for the selection of health status Measurement INstruments</i>
AF	Análise Fatorial
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HU	Hospital Universitário
HNR	Hospital Nereu Ramos
PrEx	Profissionais <i>Experts</i>
PaEx	Pacientes <i>Experts</i>
RVC	Razão de Validade de Conteúdo
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
G-H	<i>Generalized h-index</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
TLI	<i>Tucker Lewis Index</i>
QCMN	Qualidade da Comunicação de Más Notícias

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
3.1	A CMN E SEU PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM.....	18
3.2	AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NA CMN.....	19
3.3	PREFERÊNCIAS DOS PACIENTES PARA RECEBEREM MÁS NOTÍCIAS.....	20
3.4	INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A COMUNICAÇÃO COM PACIENTES REAIS.....	22
3.5	RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	25
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	29
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO E PRECEITOS ÉTICOS.....	29
4.2	DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO.....	29
4.2.1	<b>Projeto Piloto</b> .....	29
4.2.2	<b>Processo de construção do instrumento baseado nas preferências dos pacientes</b> .....	30
4.2.3	<b>Processo de busca de evidências de validade do Instrumento</b> .....	31
4.2.3.1	<i>Validade de Conteúdo</i> .....	31
4.2.3.2	<i>Validade Fatorial e Confiabilidade</i> .....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
5.1	INSTRUMENTO INICIAL.....	36
5.2	EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INSTRUMENTO.....	38
5.2.1	<b>Validade de Conteúdo</b> .....	38
5.2.2	<b>Validade Fatorial e Confiabilidade</b> .....	40
5.2.2.1	<i>Perfil dos Participantes</i> .....	40
5.2.2.2	<i>Escores do QCMN e correlações</i> .....	42
5.2.3.3	<i>Estrutura Fatorial e Confiabilidade</i> .....	42
5.2.2.4	<i>Versão final do Instrumento QCMN</i> .....	44
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	46
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	50
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51

<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PILOTO I = 42 PERGUNTAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PILOTO II = 35 PERGUNTAS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PILOTO III = 26 PERGUNTAS....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE E - FOLHA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA...</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE F - “JOGO DAS MOEDAS”.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE G - TABELA DAS CATEGORIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE H - VERSÃO PRÉ-FINAL DO INSTRUMENTO.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE I - COVARIÂNCIA ENTRE OS ITENS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE J - VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A comunicação de más notícias (CMN) a pacientes representa uma grande responsabilidade para o médico e é permeada por expectativas e emoções.<sup>1,2</sup> É importante ressaltar que a definição se uma notícia é ruim ou não depende da singularidade e subjetividade de quem a recebe e pode incluir desde a notícia de uma gestação (indesejada para o paciente) ou hipertensão até o diagnóstico de doenças que ameaçam a vida, como o câncer. Por isso, o médico deve estar sempre preparado para identificar o impacto da notícia no paciente.<sup>3,4</sup>

Com o objetivo de tornar a CMN mais efetiva e menos estressante, protocolos foram desenvolvidos.<sup>5-8</sup> Eles têm sido utilizados no ensino teórico e/ou prático de CMN e contêm etapas que englobam ações, atitudes e comportamentos esperados. Durante o treinamento, muitas vezes, além da teoria, são realizados ensaios em situação segura, como em *role-plays* entre pares ou simulação com pacientes padronizados. Diversos estudos de intervenção para ensino de CMN têm avaliado desfechos tais como a satisfação do participante, sua confiança em comunicar más notícias antes e depois da intervenção e seu desempenho por meio da avaliação simulada estruturada com *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE).<sup>9-17</sup>

Entretanto, tem sido questionado se há transferência desta aprendizagem para a prática e se a avaliação do desempenho do participante por pacientes reais seria diferente dos pacientes padronizados, pois estes últimos são previamente treinados para atuar e reconhecer cada etapa do processo da CMN.<sup>18-20</sup> Assim, atualmente, considera-se importante avaliar também o desempenho dos participantes junto a pacientes em cenários clínicos reais e em situações cotidianas. Porém, estudos avaliando estes aspectos ainda são escassos, devido a sua maior complexidade para avaliar o desempenho em cenários clínicos reais, à diversidade de contextos e tipos de notícias que os pacientes podem considerar ruins e dos próprios pacientes que avaliam, dificultando a padronização. Além disso, há escassez de instrumentos para avaliar a CMN que não preveja um treino prévio do paciente para a avaliação precisa de cada item do instrumento, pois os existentes geralmente o requerem. Assim, apesar de cada passo ensinado ser possível de ser avaliado por pacientes simulados, é difícil adaptá-los para pacientes reais.<sup>3,21,22</sup> Além disso, muitos instrumentos existentes ainda são mais voltados a cenários que incluem predominantemente doenças graves.

Apesar de poucos, há alguns instrumentos que avaliam a CMN em cenários reais, mas, geralmente, foram desenvolvidos para pacientes oncológicos ou com doenças graves e posteriormente adaptados para outros contextos e cenários clínicos. Um deles é baseado na revisão da literatura e na opinião de experts, que é o *Measure of Patients' Preference* (MPP) usado para avaliar a comunicação do médico com pacientes oncológicos. Ele contém 32 itens, que carregam em 3 dimensões e tem ótima confiabilidade.<sup>23</sup> Outro, baseado no protocolo SPIKES-(*Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, and Strategy and Summary*) é o *MARburg Breaking BAd News scale* (MABBAN), também usado com pacientes oncológicos. Este contém 18 itens que carregam em 5 dimensões e tem uma confiabilidade razoável.<sup>24</sup>

Há também instrumentos gerados a partir de informações dos próprios pacientes e validados por eles e/ou pela população. Um deles é o *Quality of Communication Questionnaire* (QOC), desenvolvido para avaliar a comunicação médica no final da vida e tem boa confiabilidade. Ele contém 13 itens, os quais carregam em duas dimensões, uma sobre comunicação geral e outra sobre comunicação em terminalidade de vida.<sup>25</sup> Outro instrumento é o *Communication Assessment Tool* (CAT), que avalia a comunicação médica geral; contém 15 itens, é unidimensional e possui excelente confiabilidade.<sup>26</sup> Como ele avalia a comunicação geral poderia não incluir itens mais específicos para a CMN.<sup>27</sup>

A palavra “qualidade”, utilizada na denominação do QOC, segundo Souza (Souza, 2009) significa um “atributo capaz de distinguir, marcar e determinar a natureza de algo ou alguém”.<sup>28</sup> Ou seja, ela pode ser relativa a “determinada característica, condição natural ou propriedade pela qual se individualiza”. Quando é relativa a uma pessoa, caracteriza a capacidade, habilidade ou aptidão de alguém para uma determinada tarefa ou sua “maneira de ser”.<sup>29-31</sup> A qualidade da CMN abrange a experiência de quem a recebe e possui duas dimensões. Uma delas é a dimensão objetiva, mensurável; outra é a subjetiva, relativa à satisfação das necessidades e expectativas de uma pessoa e que pode implicar em suas preferências e valores.<sup>32,33</sup> De forma similar, a qualidade pode ser diferenciada em dois tipos. Uma delas é a primária, intrínseca ou pertencente ao objeto ou pessoa, que independe dos sentimentos e pode ser repetida. A outra é a secundária, que se baseia em experiências subjetivas, sendo, portanto, dependente da interpretação de quem a avalia.<sup>34,35</sup>



Não encontramos um instrumento para avaliar a qualidade da CMN de qualquer natureza em cenários clínicos reais cotidianos, que fosse baseado em informações de pacientes que receberam más notícias contemplando a diversidade destes cenários. Para preencher esta lacuna, desenvolvemos este estudo.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir e analisar as evidências de validade de um instrumento para pacientes avaliarem a qualidade da comunicação médica de más notícias em cenários clínicos cotidianos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar como pacientes que receberam más notícias em diversos cenários clínicos preferem recebê-las;
- Selecionar os itens do instrumento, a partir da categorização das preferências destes pacientes;
- Analisar a validade de conteúdo, fatorial e confiabilidade do instrumento construído.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A CMN E SEU PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

A CMN na área médica é uma situação frequente, muitas vezes complexa, estressante e de grande responsabilidade, que pode causar um grande impacto negativo nos pacientes e familiares.<sup>2</sup> Má notícia é definida como qualquer notícia que afete negativamente as expectativas de um indivíduo sobre sua vida e, conseqüentemente, altere a visão sobre seu presente e futuro.<sup>1,36</sup> Na área médica, isso pode ocorrer em diversas situações entre elas na comunicação de diagnóstico, plano terapêutico ou prognóstico. Portanto, a avaliação se a notícia é ruim ou não depende da subjetividade de quem a recebe e da relação que se tece entre o médico e o paciente. Esta relação, por sua vez, depende das experiências de cada uma das partes, de suas personalidades, emoções e crenças.<sup>37</sup> Assim, não são apenas doenças como câncer ou aquelas sem perspectiva de cura as consideradas como más notícias. Algumas notícias consideradas como não tão ruins pelos médicos, podem ser percebidas como muitos ruins pelos pacientes. Dentre elas uma gestação indesejada, a necessidade de uma cirurgia inesperada ou a modificação da dieta habitual frente a um diagnóstico de diabetes ou hipertensão.

A CMN, quando feita de forma adequada e efetiva, auxilia no enfrentamento da doença, entendimento do prognóstico, proporciona apoio e cria um ambiente para decisões compartilhadas. Por outro lado, o despreparo médico gerando uma comunicação de má qualidade pode interferir negativamente na compreensão da informação transmitida e na aderência ao tratamento proposto. Ademais, uma comunicação inadequada pode afetar o grau de sofrimento e esperança do paciente, além de aumentar o estresse e a insatisfação para ambas as partes.<sup>36,38</sup>

Apesar da importância em diversos contextos da relação médico-paciente, nem sempre o médico possui preparo suficiente para a CMN<sup>39</sup> e sua aprendizagem, por vezes, ocorre ao longo de sua própria experiência.<sup>40</sup> O processo da CMN deve, idealmente, ser centrado no paciente e envolver não apenas o componente verbal, mas também habilidades para lidar com as emoções, expectativas e frustrações.<sup>37,41,42</sup> Há formas de melhorar a CMN com o ensino de habilidades através de programas de treinamento, baseados em protocolos, que sistematizam os passos fundamentais para a CMN e atividades com simulação.<sup>18,19</sup> Os protocolos recomendam que o

paciente seja entendido nas suas necessidades, expectativas e preferências e tenha o controle do quanto e o quê quer saber [ABCDE<sup>5</sup> (Advance preparation, Build a therapeutic environment/relationship, Communicate well, Deal with patient and family reactions, Encourage and validate emotions); SPIKES<sup>6</sup> (S – *Setting up the interview*, P – *Perception*, I – *Invitation*, K – *Knowledge*, S – *Strategy and Summary*); DocCom<sup>7</sup> (*Six-steps*: Preparation and Planning, What does the patient know?, How much does the patient want to know?, Provide emotional support, Establish a plan and follow up); BREAKS<sup>8</sup> (Background, Rapport, Exploring, Announce, Kindling, Summarize)].

### 3.2 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NA CMN

A avaliação do ensino na CMN tem sido demonstrada através de estudos com intervenções educativas realizadas para verificar a eficácia de várias estratégias. Para pesquisar o efeito dessas intervenções, alguns estudos abordaram aspectos subjetivos como a percepção dos participantes (autoconfiança, conforto e satisfação)<sup>11,43,44</sup> e outros incluíram também o desempenho do estudante ou médico em consultas simuladas sem ou com Exame Clínico Objetivo Estruturado.<sup>12,13,45</sup> Neste último, os participantes são avaliados por observadores experts, pacientes padronizados ou pacientes análogos (indivíduos saudáveis, não treinados, que são solicitados a se colocar no lugar do paciente enquanto visualizam e classificam uma interação médica).<sup>14-16,46-48</sup> A maioria adapta os processos e comportamentos dos próprios protocolos em seus checklists.<sup>9,10,38</sup> Poucos são os instrumentos desenvolvidos para este propósito. Um deles é o *Breaking bad news Assessment Schedule* (BAS), baseado em 81 comportamentos-chave, com 23 itens, validado com consultas oncológicas simuladas registradas em vídeo.<sup>49</sup> Ainda, pode-se avaliar o desempenho do médico por profissionais *experts* assistindo consultas gravadas com pacientes em cenários reais.<sup>17</sup>

Com relação à participação de pacientes reais como avaliadores, há estudos com intervenção que medem desfechos como grau de estresse, satisfação com a consulta, confiança no médico, ansiedade do paciente, depressão, empatia e qualidade de vida.<sup>17,50,51</sup> Todavia, ressalta-se a necessidade de avaliar como os pacientes recebem más notícias (sua percepção), que aspectos da consulta consideram mais importantes, e não apenas o efeito geral. Estudos que utilizam o próprio paciente em situação clínica habitual, como *expert*, avaliando diretamente o desempenho do médico para a CMN, identificando os pontos favoráveis e os que

considera ruins, são escassos. O paciente pode avaliar o impacto da notícia transmitida nele próprio de uma forma mais geral, mas medir o desempenho do médico utilizando “itens de um *checklist* apresenta maior complexidade. Parte da dificuldade em executar estes estudos é a ausência de um instrumento apropriado, tornando a avaliação dos médicos neste cenário, em tempo real, um desafio.<sup>16,18-20</sup>

### 3.3 PREFERÊNCIAS DOS PACIENTES PARA RECEBEREM MÁS NOTÍCIAS

É importante saber as preferências dos pacientes para receber más notícias para que se construa instrumentos apropriados. Os pacientes muitas vezes percebem uma conversa com muitas informações técnicas como uma atitude indiferente e preferem um médico que seja claro, firme, porém flexível. Acreditam que o médico deva ser capaz de vê-los como indivíduos únicos além de suas próprias doenças. Valorizam a escuta atenta, a demonstração de carinho e a capacidade do próprio médico em expressar emoções. Também, os pacientes percebem como atencioso o médico que explica sua condição de saúde de forma direta, mas sem ser abrupto, empregando a comunicação verbal e não verbal, com comportamento empático e respeitoso.<sup>48</sup>

Estudos investigaram a opinião de pacientes sobre a CMN, muitos com doenças oncológicas.<sup>3,23,52-54</sup> *Cassileth et al.*<sup>53</sup> desenvolveram um questionário para avaliar as informações desejadas por 256 pacientes oncológicos, demonstrando a importância para este grupo em receber o maior número de informações relacionadas à sua doença e participar das decisões terapêuticas. *Jenkins et al.*<sup>54</sup> fizeram uma adaptação do *Cassileth's Information Needs Questionnaire* e com 2331 pacientes oncológicos avaliaram suas preferências. Este estudo corroborou o anterior demonstrando que a maioria dos pacientes gostariam da maior quantidade de informação possível sobre sua doença e seu tratamento, além da importância de serem informados sobre a verdade a respeito do seu diagnóstico e prognóstico. *Parker et al.*<sup>23</sup> demonstraram em um estudo com 351 pacientes oncológicos que aspectos como a honestidade e uma linguagem simples foram mais valorizados do que falar sobre sentimentos e confortar o paciente. *Fujimori et al. (2009)*<sup>3</sup>, em revisão sistemática com 24 estudos selecionados, englobando 6940 pacientes oncológicos, salientaram a importância do reconhecimento das preferências individuais como forma de melhorar a qualidade da CMN. Os pacientes preferiram que os médicos se comunicassem de maneira clara e honesta, usando palavras que pudessem entender

e alguns fornecendo explicações por escrito. Gostariam de saber se sua doença era câncer, as opções de tratamento e a chance de cura, além do impacto em suas atividades de vida diária. Ao contrário, poucos desejavam saber sobre sua expectativa de vida. No que diz respeito ao apoio emocional, os pacientes consideravam importante que os médicos demonstrassem empatia por eles e suas famílias, além de fornecerem esperança e solidariedade após a CMN. Alguns dos estudos revisados constataram que pacientes mais jovens, mulheres e com maior nível de escolaridade preferiam receber informações detalhadas. Além disso, pacientes do sexo feminino esperavam dos médicos mais apoio emocional. Corroborando os achados desta revisão sistemática, *Rao et al.*<sup>55</sup> entrevistaram 127 pacientes oncológicos e demonstraram que a maioria dos pacientes desejava a divulgação do diagnóstico de câncer e o envolvimento de suas famílias no processo. Informações mais imediatas sobre sua condição como tratamentos ou efeitos colaterais foram preferidas ao invés de conversar sobre questões a longo prazo ou não médicas.

Um menor número de estudos investigou as preferências dos pacientes em cenários não exclusivamente oncológicos.<sup>4,56-58</sup> Entre eles o de *Munoz Sastre et al.*<sup>57</sup> que avaliaram a aceitabilidade da conduta de médicos em 48 vinhetas para comunicar más notícias e observaram que a qualidade da informação e o suporte emocional representaram as duas principais categorias das respostas no julgamento dos 245 participantes que haviam recebido más notícias. Ao contrário da percepção dos médicos do estudo, o suporte emocional não pode ser compensado por maior quantidade de informação e vice-versa. Já o tipo da má notícia não apresentou impacto na qualidade da comunicação percebida pelos pacientes. *Igier et al.*<sup>58</sup> também avaliaram a aceitabilidade da conduta de médicos em 72 vinhetas para comunicar más notícias e observaram que a sinceridade do médico, na visão de 193 participantes que haviam recebido más notícias, depende de aspectos individuais do paciente, de seus familiares e da própria percepção do médico no contexto. *Sobczak et al.*<sup>4</sup> avaliaram as opiniões e preferências de 314 pacientes que haviam recebido diversos tipos de más notícias por meio de um questionário *on line* (*Computer-Assisted Web Interview*). A maioria dos pacientes referiu que o médico não o encorajou a falar por meio de questões abertas e usou uma linguagem pouco compreensível para transmitir as informações. Por outro lado, sentiram que o médico estava sendo honesto durante a comunicação. *Mirza et al.*<sup>59</sup> avaliaram as preferências de 1337 pacientes com doenças ameaçadoras à vida e constataram a relevância em

se considerar o entendimento do paciente sobre o que foi comunicado, além de ofertar um plano e apoio para a etapa posterior à notícia. As respostas foram comparadas ao protocolo SPIKES apresentando boa consistência com este, demonstrando a importância da empatia do médico e de dar um tempo ao paciente logo após a comunicação em si da má notícia. Além disso, alguns pacientes trouxeram a necessidade de receber um documento por escrito sobre o que foi informado.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A COMUNICAÇÃO COM PACIENTES REAIS

Instrumentos para avaliação da CMN foram criados a partir da opinião de experts e revisão de literatura e aplicado em pacientes reais. *Parker et al.*<sup>23</sup> desenvolveram o *Measure of Patients' Preference* (MPP) com 32 itens e respostas em escala ordinal de 5 pontos. Este instrumento foi validado com 351 pacientes oncológicos com ótima consistência interna ( $\alpha=0.9$ ), apresentando 3 dimensões na análise fatorial exploratória, sendo a principal a relacionada ao conteúdo da mensagem em si, seguida pelo suporte emocional e momento/local em que a informação é transmitida. Tentativas de utilizar protocolos existentes para o ensino de CMN como instrumento para avaliação da CMN pelos pacientes foram realizadas. *Toutin-Dias et al.*<sup>60</sup> avaliaram a percepção de médicos, pacientes e familiares na CMN em sala de emergência, através do protocolo SPIKES, demonstrando um baixo nível de concordância entre quem recebe e comunica más notícias. *von Blanckenburg et al.*<sup>24</sup> desenvolveram em estudo recente um *self-reported questionnaire* baseado no protocolo SPIKES - *Marburg Breaking Bad News Scale* (MABBAN) e o aplicaram a 336 pacientes oncológicos, demonstrando que o “modelo SPIKES” se adapta às preferências dos pacientes para receber más notícias. Este instrumento apresentou uma consistência interna razoável ( $\alpha=0.73$ ) e corroborou cinco das seis dimensões originais do protocolo base.

Por outro lado, instrumentos desenvolvidos a partir de informações trazidas pelos próprios pacientes sobre o que consideram importante na CMN são escassos. *Makoul et al.*<sup>26</sup> desenvolveram o *Communication Assessment Tool* – CAT através de revisão de literatura e utilizando grupos focais com os pacientes para a seleção dos itens. O CAT consiste em um instrumento com 15 itens, respondido em escala ordinal de 5 pontos, para avaliação da comunicação médica geral. Inicialmente foi validado com 600 pacientes de várias especialidades demonstrando-se unidimensional na sua estrutura e com alta consistência interna ( $\alpha=0.98$ ). Entre seus itens, estão aspectos

atitudinais do médico como empatia, atenção e respeito. *Curtis et al.*<sup>61</sup> desenvolveram um instrumento para a comunicação médica em final de vida para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) baseado em estudos qualitativos prévios com pacientes portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e DPOC. Para confirmar a relevância do conjunto de itens iniciais os autores utilizaram grupos focais com 115 pacientes DPOC O2 dependente. O instrumento final deste estudo foi composto por 17 itens, com escala de respostas de 0-10 (“o quanto seu médico foi bom em...”). Posteriormente este instrumento (*Quality of Communication Questionnaire - QOC*) foi validado por *Engelberg et al.*<sup>25</sup> com 196 pacientes DPOC e de *hospice* apresentando alta consistência interna ( $\alpha=0.91$ ) e duas dimensões num conjunto de 13 itens: a comunicação médica geral (com itens relacionados à comunicação empática como olhar nos olhos, dar atenção e ouvir atentamente) e a relacionada especificamente ao final da vida. Apesar do objetivo principal do CAT e do QOC não ser a CMN, foram instrumentos validados que valorizaram e trouxeram a perspectiva do paciente real como parte ativa do processo de desenvolvimento do instrumento. Além disso, ambos possuem itens em comum com a CMN. A tabela 1 apresenta aspectos abordados nos itens dos instrumentos validados para os pacientes avaliarem a comunicação médica (geral, de más notícias e de final e vida) em cenários clínicos reais.



Tabela 1: Aspectos abordados nos itens (marcados com “X”) dos instrumentos validados para os pacientes avaliarem a comunicação médica em cenários clínicos reais.

<i>Aspectos da comunicação médica</i>	MPP	MABBAN	CAT	QOC
Preocupação médica com o ambiente	X	X		
Consideração médica pelo acompanhante	X			X
Avaliação prévia do que o paciente sabe		X		
Percepção de segurança e confiança do paciente no médico	X			
Explicação da condição de saúde aos poucos			X	
Falar a verdade			X	
Transmitir esperanças	X			
Ser Claro com as palavras		X	X	X
Importar-se com o paciente	X	X	X	
Oferecer opções de tratamento	X	X		
Abordar os próximos passos na conversa		X	X	
Olhar para o paciente enquanto conversa	X		X	X
Ser respeitoso com o paciente			X	
Ser atencioso com o paciente	X		X	
Disponibilizar um tempo ao paciente	X	X	X	
Comunicar a notícia de forma direta	X		X	X
Fornecer um “aviso” de que uma má notícia virá		X		
Fornecer apoio / suporte	X			
Conversar sobre o prognóstico	X	X		
Falar sobre o impacto da notícia da rotina do paciente	X	X		
Passar informações detalhadas	X	X		
Falar sobre o processo do morrer				X
Considerar a espiritualidade / religião do paciente				X

Abreviaturas: MPP - Measure of Patients' Preferences<sup>23</sup>; MABBAN - Marburg Breaking Bad News Scale<sup>24</sup>; CAT - Communication Assessment Tool<sup>26</sup>; QOC - Quality of Communication Questionnaire<sup>25</sup>.  
 Fonte: elaborada pela autora, 2021.

### 3.5 RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para que um instrumento de medida apresente resultados cientificamente robustos ele precisa ser desenvolvido de maneira apropriada, seguindo etapas padronizadas para sua elaboração e validação, objetivando ao final ser um instrumento apropriado, confiável e apresentando qualidade psicométrica.<sup>62-66</sup> Para auxiliar na construção de novos instrumentos há *guidelines* como o *Consensus based Standards for the selection of health status Measurement INstruments* (COSMIN). O COSMIN foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade metodológica de estudos com medidas de desfecho na área da saúde, em especial os relatados por pacientes (*patient-reported outcome measures*).<sup>67,68</sup> Levou-se em consideração os riscos de viés segundo Paul Biemer (2010) relacionados ao desenho, coleta de dados, processamento e análise dos dados.<sup>69</sup>

A seguir, serão descritos de forma sintética alguns procedimentos para a construção de instrumentos de medida de natureza psicométrica:

A *definição de constructo* é o primeiro passo. Significa uma concepção, “um modelo teórico”, “uma elaboração idealizada ou intencional” para analisar cientificamente algo abstrato, não observável de forma direta e, portanto, não quantificável.<sup>70,71</sup> Os construtos são criados ou adotados a partir de dados empíricos, a partir de fenômenos observáveis, analisados de modo consistente e sistemático. Representam a relação e articulação de “esquemas teóricos” com outros construídos, visando elaborar definições e especificações que permitam sua observação e mensuração, com uma determinada finalidade científica, auxiliando os pesquisadores a analisar e compreender algum aspecto de um estudo ou de uma teoria.<sup>72-74</sup> Para que um construto seja considerado científico, é necessário uma definição clara e um embasamento empírico.<sup>75</sup> Na visão da psicologia, possui dois componentes. Um deles é o constitutivo (ou conceitual), o qual situa os elementos semânticos no campo teórico no qual o instrumento deve ser baseado; o outro é o operacional, em que o constructo e seus atributos são identificados funcionalmente, no sentido comportamental.<sup>63</sup>

*Geração de itens* do instrumento relacionados ao construto e identificação de seus domínios. Os relatos da população-alvo são uma excelente fonte de itens, pois a população são os indivíduos que realmente sentem a experiência do constructo que

está sendo avaliado e melhor relatarão estes elementos subjetivos.<sup>62</sup> Uma forma de obter estes relatos é através de entrevistas semiestruturadas que posteriormente são submetidas a uma *análise de conteúdo*.<sup>70-71</sup> A análise de conteúdo é umas das técnicas mais utilizadas para interpretar os resultados de entrevistas semiestruturadas, a fim de desenvolver os itens iniciais de um instrumento. Pesquisadores independentes analisam as entrevistas através de uma 'leitura flutuante'. Esta atividade consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, para se obter impressões e orientações. Pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa e as hipóteses emergem. Na sequência, os pesquisadores codificam os resultados; este é o processo pelo qual os dados brutos do texto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. Após a codificação, o conteúdo é agrupado em categorias, sendo estas apresentadas e as diferenças discutidas até que um consenso das categorias finais seja alcançado.<sup>67,76,77</sup>

*Definição da escala de medida.* Há várias possibilidades de escalas de respostas; é importante que a escala seja clara e que consiga discriminar a opinião do respondente. Não há escala ideal; todas possuem prós e contras. Escalas ordinais de 5 pontos são frequentemente recomendadas.<sup>62,70</sup>

Obtenção da *validade de conteúdo* da relação itens-construto ou atributos com especialistas na área de investigação. Cada item deve ser lido e observado se está escrito de forma objetiva, clara, simples e curta, sem ambiguidades. Um item deve ser diferente dos demais que cobrem o mesmo domínio, ter linguagem coesa com a cultura da população-alvo.<sup>76,77</sup> Na análise dos itens, a compreensão de leitura do participante ao responder o item, sua capacidade de avaliar um determinado atributo (comportamento) e a capacidade dos itens para abranger a maior parte das manifestações comportamentais do fenômeno sob análise são investigados.<sup>78</sup> O instrumento inicial geralmente contempla mais itens do que ele apresentará em seu formato final e necessita ser testado quanto à hipótese de que os itens escolhidos representam adequadamente os domínios do construto desejado. Esta validação é realizada por um comitê de juízes especialistas na área. O número de especialistas recomendado é de no mínimo de cinco, para que se tenha controle suficiente sobre a concordância das opiniões. O número máximo de juízes ainda não foi determinado; no entanto, é improvável que mais de 10 pessoas sejam necessárias.<sup>62,70,79,80</sup>

*Teste piloto (ou pré-teste)* do instrumento para verificar o conjunto semântico do instrumento em sua relação com a amostra de interesse.

Análise de dados do teste piloto, *adequação da amostra* e busca de evidências preliminares de sensibilidade do instrumento. Para os estudos que utilizam entrevistas semiestruturadas, não há um número predeterminado de entrevistados e o critério de número da amostra geralmente é por saturação ou redundância, ou seja, até que praticamente nenhum tema novo emergja entre as respostas, sendo que não há a necessidade de aumentar muito a quantidade de participantes para que surja um novo tema.<sup>67,70</sup>

*Estruturação do “instrumento final”*, que seguirá no processo da validação. A estruturação é o momento em que os itens são organizados em seus domínios e se estabelece o formato geral do instrumento. Deve-se considerar o título, as instruções, as escalas de respostas, os escores, entre outros. Uma boa estrutura do questionário contribui significativamente para reduzir o esforço físico e mental dos respondentes e asseguram que seu interesse seja mantido até o final. É recomendado que os itens estejam em uma ordem lógica, direcionado sempre que possível do item mais geral até o mais específico; do menos pessoal e menos delicado para o mais pessoal e mais delicado.<sup>81</sup>

Busca de mais *evidências de validade e confiabilidade* do instrumento.

Dentro do processo de validação de um instrumento é importante compreender o conceito de *psicometria*. A psicometria fundamenta-se na teoria da medida em ciências para explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas (itens) e propor técnicas de medida dos processos mentais, tentando explicar o significado dessas respostas.<sup>82</sup> As propriedades psicométricas mais comumente testadas são a **validade** e a **confiabilidade**. A validade refere-se à propriedade intrínseca do instrumento de medir aquilo que se propõe a medir e seu conceito deve ser entendido como um processo.<sup>62,63</sup> A validade pode ser aferida de acordo com a concepção que se pretende utilizar e há vários tipos, deixando o pesquisador por vezes confuso de como as interpretar.<sup>83</sup> As principais validades consideradas nos estudos psicométricos são as de *conteúdo*, *critério* e *constructo*.<sup>82</sup> A *validade de conteúdo* refere-se à avaliação subjetiva qualitativa dos itens do instrumento verificando se seu conteúdo está de acordo com a mensuração do que se propõem (relevância, abrangência e compreensividade).<sup>67</sup> Na *validade de critério*

tenta-se verificar o funcionamento de uma medida em relação a outras variáveis (“critérios”), ou seja, se o instrumento está medindo aquilo que se propõe a medir pela relação com um critério ou padrão externo de avaliação. Já a *validade de construto* avalia o fenômeno que o instrumento está medindo, a extensão pela qual este se relaciona com as definições teóricas do construto (*validade nomológica*).<sup>70,71,82</sup>

Como parte do processo de validação de um constructo, é fundamental aferir a validade fatorial. Esta é realizada por meio da Análise Fatorial (AF); segundo Laros (2012)<sup>84</sup>, “[...] validade fatorial é o nome histórico para indicar o que hoje chamamos de validade de constructo”. A AF é uma técnica multivariada que avalia as relações entre as variáveis observáveis de uma escala (itens do instrumento), assim como o percentual de variância explicado por cada item. As variáveis são agrupadas em função de suas correlações em um menor número de fatores (variáveis latentes) determinando os domínios (dimensões) de uma escala. Apesar de ser uma técnica paramétrica a AF consegue na prática produzir soluções relativamente robustas mesmo com violações da normalidade. Há dois tipos de AF: a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFE parte do pressuposto de que não se conhece as relações entre as variáveis e tem por objetivo definir a estrutura fatorial. Já na AFC, o pesquisador possui um conhecimento prévio das possíveis relações entre as variáveis e quer confirmar a estrutura fatorial previamente estabelecida.<sup>84,85</sup> Algumas definições neste tema são importantes: 1. Fator: combinação linear de variáveis originais; 2. Carga fatorial (*loading*): correlação entre as variáveis originais ou observadas; 3. Autovalor (*eigenvalue*): total de variância causada por cada fator; 4. Comunalidade: quantidade de variância (correlações) de cada variável explicada pelo(s) fator(es). Quanto maior a comunalidade maior será o poder de explicação daquela variável dentro do fator.<sup>85</sup>

A confiabilidade é a capacidade do instrumento em reproduzir um resultado de forma consistente e precisa no tempo e no espaço ou com observadores diferentes. Os procedimentos mais utilizados para a sua avaliação são: (1) a *consistência interna*, que reflete o grau em que os itens de uma escala medem a dimensão teórica ao qual os itens se referem e a (2) *estabilidade* (confiabilidade teste-reteste, interobservadores e/ou intraobservadores).<sup>63</sup>

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E PRECEITOS ÉTICOS

Estudo metodológico de construção e validação de instrumento.

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa mais abrangente que tem por objetivo avaliar em tempo real a CMN médica a pacientes antes e após um treinamento. A aprovação foi obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 78418417.0.0000.0121 (Anexo A). Todos os sujeitos que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

### 4.2 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO

O instrumento foi desenvolvido a partir de uma abordagem mista, qualitativa exploratória para a construção dos itens e quantitativa no processo de validação. Para chegar à sua versão final, o instrumento passou por três etapas principais: (1) projeto piloto, (2) mudança de estratégia com redefinição do método para a geração dos itens e (3) busca de evidências de validação. As primeiras duas etapas foram feitas em parceria com Lara Catarine de Luca Maciel Schüler e resultou em uma dissertação de mestrado.<sup>86</sup>

#### 4.2.1 Projeto Piloto

Inicialmente elaboramos um questionário baseado em uma revisão de literatura dos protocolos<sup>5-8,87</sup> utilizados para orientar e sistematizar a comunicação médica geral e a CMN, associado a uma discussão entre os pesquisadores *experts*. O *piloto I* foi composto por 42 itens e aplicado a pacientes reais a fim destes avaliarem como os médicos comunicam más notícias. Um comitê formado por 10 juízes *experts* avaliou a clareza, semântica, relevância e adaptação cultural dos itens numa escala de 1 a 10 (Apêndice B). Os critérios para a retirada dos itens no piloto I foram: quando clareza e/ou relevância < 7 = retirado; entre 7 e 8 = revisado / reformulado; 9 e 10 = mantidos. Após esta avaliação inicial, o questionário foi reestruturado (*piloto II*) e o número de itens reduzido para 35 (Apêndice C). Na sequência, uma avaliação por um segundo comitê, formado por 5 pesquisadores *experts*, revisou o conjunto de itens reduzindo-o para 26; esta versão (*piloto III*) foi preparada para ir a campo e ser aplicada na vida real (Apêndice D). Vinte pacientes em unidades de internação ou ambulatoriais do

Hospital Universitário foram convidados a participar. Para isso teriam que ter recebido alguma notícia que considerassem ruim dada por um médico ao longo de seu histórico de saúde. A experiência foi bastante desafiadora na abordagem deste perfil de pacientes e também, desfavorável. Os pacientes não entendiam exatamente o que era solicitado em vários itens e apresentaram dificuldade em responder. Assim, decidimos repensar a estratégia para a construção do instrumento. Neste processo refletimos que seria necessário identificar junto aos pacientes e em sua própria linguagem o que eles consideravam importante para avaliar a qualidade da CMN. Assim, partimos para outra forma de abordagem, descrita na etapa seguinte, qualitativa exploratória.

#### **4.2.2 Processo de construção do instrumento baseado nas preferências dos pacientes.**

Participaram desta etapa da pesquisa pacientes de dois hospitais de referência no Estado de Santa Catarina: um hospital geral, o Hospital Universitário (HU) e um hospital que atende doenças infecciosas e respiratórias, o Hospital Nereu Ramos (HNR). Os *critérios de inclusão* dos participantes foram idade mínima de 16 anos e capacidade médica / funcional para responder às entrevistas. Os *critérios de exclusão* foram: pacientes com dificuldade de comunicação por deficit cognitivo conhecido e/ou identificado em prontuário, com transtornos mentais em atividade e aqueles sem condição clínica adequada e segura para uma entrevista [alteração do nível de consciência (escala de coma de Glasgow  $\leq 14$ ), controle inadequado de dor (escala analógica de intensidade de dor  $> 4$ ) ou desconforto respiratório (frequência respiratória  $> 22$  ou relato de dispneia no momento da entrevista)]. Os participantes foram convidados para as entrevistas durante visitas regulares (três vezes por semana) às enfermarias e semanais ao ambulatório de clínica médica do HU e ao ambulatório de tratamento reparador de lipodistrofia por uso de antirretrovirais do HNR. Após explicação dos objetivos do estudo e seus preceitos éticos, os pacientes foram convidados a participar e, aos que aceitaram, o TCLE foi oferecido.

Onze profissionais com experiência no ensino de CMN e/ou atuação junto a pacientes com doenças potencialmente graves ou em cuidados paliativos (4 médicos de família, 2 oncologistas, 3 paliativistas e 2 hospitalistas) participaram do “comitê de juízes”: os profissionais *experts* (PrEx). Dez pacientes da população alvo também participaram desse comitê compondo o grupo dos pacientes *experts* (PaEx),

permitindo-se que a população para quem o instrumento foi desenvolvido fosse representada. “Experto” está definido como “que ou quem conta com experiência própria” ou “que ou quem é especialista em determinado(s) assunto(s)”.<sup>88</sup> O convite aos potenciais membros para o comitê de juízes foi realizado por e-mail ou pessoalmente para os PrEx e pessoalmente e por conveniência para os PaEx.

Entrevistas pessoais semiestruturadas foram realizadas entre julho de 2018 e outubro de 2018 por meio de uma pergunta norteadora: "Na sua opinião, como um médico deve comunicar uma má notícia (notícia ruim) sobre a saúde de um paciente?" As respostas muitas vezes levavam a questionamentos adicionais dos pesquisadores, como: "Conte-me mais..."; "Explique com mais detalhes..."; "O que mais...?"; "O que você quer dizer com ...?". As entrevistas foram na sua maioria realizadas a beira do leito (quando possível, o paciente foi convidado a se deslocar até uma área comum - mesa de refeitório na enfermaria) ou na área de espera das consultas ambulatoriais. A duração das entrevistas foi entre 15 a 20 minutos e elas foram redigidas. O modelo de folha utilizado para a entrevista pode ser visto no (Apêndice E). Três entrevistadores receberam treinamento para permitir a adoção de uma abordagem padronizada. A amostra foi por conveniência e a coleta de dados continuou até a saturação ser alcançada.<sup>67</sup> Outros 10% foram adicionados como margem para observar se realmente surgia algum novo conceito. As entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo por 3 pesquisadores independentes.

Com relação às escalas de resposta, optou-se pela escala Likert-5 pontos com os seguintes escores: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = nem concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente. Aceitou-se como respostas positivas aquelas em que os participantes assinalaram as opções 4 e 5 (concordo parcialmente / concordo totalmente) às frases formuladas de forma positiva ou 1 e 2 (discordo totalmente / discordo parcialmente) para as questões formuladas negativamente. Nesse processo, as pontuações atribuídas aos itens com conotações negativas foram revertidas, de modo a produzir um instrumento com variação média máxima igual a 5 pontos por item.<sup>89</sup>

### **4.2.3 Processo de busca de evidências de validade do Instrumento**

#### **4.2.3.1 Validade de Conteúdo**

*A clareza dos itens* foi avaliada em uma escala ordinal de 4 pontos (1 – nada



claro; 2 - pouco claro; 3 - claro; 4 - muito claro) pelo comitê de juízes. Optou-se por não usar a escala de 5 pontos (sendo o número central neutro) para que houvesse o julgamento se o item era válido ou não. Quando a clareza foi avaliada por pelo menos um PrEx como 'pouco clara', o item era revisado e, se considerado 'nada claro', excluído. Com relação à avaliação pelos PaEx observou-se uma dificuldade de classificação utilizando a escala de 4 pontos; ao invés de responder quanto à clareza do item, respondiam à pergunta em si (conteúdo do item). Assim, para este grupo de experts modificou-se o formato da escala para uma numérica (1 = nada claro até 10 = totalmente claro) com melhor entendimento pelos PaEx. Quando o item foi avaliado com nota 7 ou 8, este foi revisado; itens com notas abaixo de 7 foram excluídos. Quando um item não recebia avaliação máxima, solicitava-se aos PrEx sugestões para melhor adequação semântica desse item.

A *relevância dos itens* foi avaliada pelos PrEx em uma escala ordinal de 4 pontos (1 - irrelevante; 2 – pouco relevante; 3 - relevância moderada; 4 - alta relevância). As respostas foram calculadas usando a razão de validade de conteúdo (RVC), com base na equação:  $Ne - (N/2)$  dividido  $N/2$ , em que Ne representa o número de especialistas que consideraram o item essencial e N representa o número total de especialistas. A RVC avalia a concordância entre juízes ou especialistas a respeito de quanto um determinado item pode ser “essencial ao instrumento”, “útil, mas não essencial” ou “não necessário”. Os valores mínimos de RCV são estipulados conforme o número de *experts*. Para um total de 11 *experts*, o RVC mínimo aceitável é de 0,59; portanto, itens com valores menores do que este foram removidos.<sup>90</sup>

Para que os PaEx pudessem avaliar a relevância, utilizou-se como estratégia o *Constant Sum Method*, que chamamos informalmente para explicar aos pacientes de “jogo das moedas”.<sup>86,91</sup> Os respondentes usaram “moedas de ouro”, (representadas por uma cartela de adesivos redondos dourados) para avaliar cada item, colocando o maior número de moedas nos itens que consideravam mais importantes. Um modelo desta folha aplicado a um PaEx é exemplificada no Apêndice F. Os dados resultantes dessa avaliação não foram incluídos como critérios para a retirada ou modificação dos itens.

Dando sequência a busca de mais evidências de validade, com sua estrutura pronta, o instrumento seguiu para a terceira e última etapa, propósito maior desta tese, sendo aplicado em outra amostra de pacientes, descrita na sequência.

#### 4.2.3.2 Validade Fatorial e Confiabilidade

A população recrutada nesta etapa também foi proveniente do HU e do HNR. Os critérios de inclusão iniciais e de exclusão foram os mesmos da fase de construção do instrumento, assim como a forma de convidar os participantes. Após uma breve apresentação do projeto, perguntou-se ao participante em potencial: “Você já recebeu alguma má notícia (notícia que considerasse ruim...que lhe preocupou...que impactou negativamente na sua saúde) de um médico ao longo do seu histórico de saúde?” O participante foi finalmente incluído se respondesse positivamente à esta pergunta. Decidiu-se deixar o período de tempo livre entre o recebimento da má notícia e a entrevista até uma análise preliminar dos dados. O tamanho da amostra foi baseado em *Costello & Osborne*<sup>92</sup> e *McNeish*<sup>93</sup>, que recomendam de dez a quinze vezes o número de itens do instrumento (razão sujeito/itens: 10:1 - ≤ 15:1). Estimamos uma amostra entre 160 a 250 pacientes, em função do número de itens do instrumento. *Laros* recomenda um tamanho de amostra mínimo em torno da relação 10:1 com 100 sujeitos ou 5:1 com pelo menos 200 sujeitos. Mas, salienta que o tamanho adequado depende das cargas fatoriais obtidas (quanto maiores as cargas mais estáveis serão as soluções fatoriais obtidas mesmo em amostra menores).<sup>84</sup>

As entrevistas foram realizadas entre outubro/2018 a março/2019, a beira do leito ou na área de espera das consultas ambulatoriais, da mesma forma que se procedeu na fase de construção do instrumento. Três pessoas treinadas integrantes da equipe de pesquisa conduziram pessoalmente as entrevistas, com duração aproximada de 30 minutos. Primeiro, o paciente foi questionado se havia recebido alguma notícia que considerasse ruim sobre sua saúde. Frente a positividade dessa resposta verificou-se qual foi a notícia e há quanto tempo. Prosseguiu-se com a leitura de cada item do instrumento, onde o paciente avaliava o quanto concordava de acordo com a escala de respostas escolhida (1 = "discordo totalmente" a 5 indicando "concordo totalmente"). Por fim, solicitou-se que atribísse uma nota (de 1 a 10), refletindo sua satisfação com a maneira como o médico comunicou a má notícia. Dados demográficos (idade, sexo, escolaridade e ocupação) foram coletados para descrever a amostra ao término da entrevista visando não constranger de alguma forma o participante. Durante a entrevista, o participante ficou com uma cópia do questionário em mãos para poder acompanhar e facilitar a visualização da escala de respostas.

Os itens e as variáveis sócio demográficas foram analisados usando-se a estatística descritiva (frequência, medidas de tendência central e dispersão). Estabeleceu-se que o escore global do instrumento seria a soma dos escores de cada item respondido. Este escore foi utilizado para verificar associações (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal Wallis) e correlações (teste de correlação de Spearman) entre as demais variáveis. Foram adotados os critérios citados por *Akoglou* para analisar a força da correlação ( $r \geq 0,7$  = forte;  $0,7 - 0,50$  = moderada;  $0,49 - 0,30$  = fraca;  $0,3 <$  muito fraca).<sup>94</sup>

Com relação às propriedades psicométricas, a *confiabilidade* foi aferida através da *consistência interna* da escala medida pelo coeficiente *alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ), considerando 0.70 o valor mínimo aceito.<sup>95</sup>

Para explorar a *estrutura fatorial* da escala, inicialmente uma AFE foi realizada com a extração dos componentes principais e rotação oblíqua. A rotação oblíqua foi escolhida por gerar uma solução mais precisa e reproduzível para itens correlatos. As cargas fatoriais dentro de um componente  $\geq 0.7$  foram definidas como "excelente",  $0.69 - 0.50$  = "boa" e  $0.31 - 0.49$  = "moderada". Itens com cargas fatoriais  $\leq 0.3$  foram excluídos. As cargas fatoriais que diferiram entre os componentes em 0.25 ou mais foram definidas como demonstrando uma boa discriminação. Para a retenção dos fatores utilizou-se: (1) o critério de *Kaiser* com autovalores (*eigenvalues*)  $> 1$  a partir das variáveis observadas, avaliando-se em conjunto o percentual da variância explicada; (2) o *Cattel's scree test*, baseado num gráfico dos *eigenvalues*, observando onde ocorre o declínio natural e o ponto de interrupção na curva antes de atingir a estabilidade.<sup>84,92,93,96</sup>

Num segundo momento, revisou-se o método e se procedeu à nova AFE.<sup>97</sup> Para verificar a *fatorabilidade da escala*, o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi calculado, sendo 0.7 o valor de índice mínimo para uma amostra adequada e o teste de esfericidade de *Bartlett*  $< 0.05$ , indicando que existe correlação significativa entre as variáveis.<sup>84</sup> Os fatores foram extraídos através da decomposição da matriz de correlação policórica, gerando autovalores, responsáveis por explicar a variância total das variáveis observáveis pelos fatores.<sup>98</sup>

O método da *análise paralela clássica* (*Horn*, 1965)<sup>99</sup> com simulação de Monte Carlo (500 matrizes de correlações aleatórias) foi escolhido para definir o número de fatores a serem retidos e o estimador utilizado foi o *Diagonal Weighted Least*

*Square*.<sup>100</sup> A escolha da análise paralela foi baseada na sua maior precisão para determinar o número correto de fatores em relação a outros critérios mais comumente utilizados para retenção.<sup>84</sup> Os *eigenvalues* dos dados reais e os *eigenvalues* médios dos dados aleatórios (considerando *eigenvalues* ideais  $> 1$ ) foram determinados, diminuindo a probabilidade de erro na retenção dos fatores (superextração).<sup>84,101,102</sup> Somente fatores que correspondessem a *eigenvalues* empíricos, que excedessem os valores médios dos *eigenvalues* randômicos foram retidos.<sup>84</sup> O *índice de replicabilidade da estrutura fatorial* foi determinado pelo *Generalized h-index* (G-H), considerando que um índice  $\geq 0.8$  define bem uma variável latente.

As *cargas fatoriais* dentro de um componente foram definidas como "excelentes" quando  $> 0.7$ , "boas" entre 0.7 e 0.5, "moderadas" entre 0.49 a 0.40 e "baixas" quando  $< 0.4$ . Com relação às *comunalidades* foram consideradas "altas" quando  $\geq 0.5$  e "aceitáveis" entre 0.2 e 0.49.<sup>97</sup> *Antes de excluir definitivamente um item com base em uma distribuição desequilibrada, faz necessário examinar os dados de diversas amostras da população-alvo. Uma primeira ponderação que o pesquisador deve fazer refere-se à desejabilidade da retenção de itens que contêm informação importante para avaliar o constructo sob investigação, mesmo se estes itens possuem distribuições extremamente desequilibradas e propriedades psicométricas relativamente pobres.*<sup>84(Laros,171p.)</sup>

Uma avaliação preliminar de adequação do modelo estrutural proposto foi realizada através da análise de alguns índices de ajuste: indicador de ajustamento absoluto *chi-quadrado* ( $p > 0.05$ ), índice parcimonioso *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) ( $< 0.05$ ) e índice incremental *Tucker Lewis Index* (TLI) ( $> 0.95$ ).<sup>103,104</sup>

A técnica de *bootstrapping* (500 reamostragens), por ser mais acurada, foi utilizada para os cálculos do intervalo de confiança.<sup>105</sup> A probabilidade máxima de erro aceita foi de 5%. O programa utilizado para o tratamento descritivo dos dados foi o IBM® SPSS *Statistics* para *Windows* versão 24.0 (SPSS, Armonk, NY, EUA). Para realizar a análise paralela, o *software* FACTOR versão 10.03.10 foi utilizado<sup>106</sup>; para os demais dados analisados, a linguagem R versão 4.0.1 com os pacotes *ggcorrplot*, *dplyr*, *lavaan*, *psych*, *corrplot* e *semTools*.<sup>107</sup>

## 5 RESULTADOS

### 5.1 INSTRUMENTO INICIAL

Para gerar os itens do instrumento 109 participantes foram entrevistados nesta etapa.<sup>86</sup> A idade dos pacientes apresentou mediana de 53 anos ( $P_{25-75} = 40 - 60.5$ ). Cinquenta (45.9%) pacientes foram do sexo masculino e 59 (54.1%) do sexo feminino ( $\chi^2 = 0.74$ ,  $p = 0.39$ ); 59 (54.1%) pacientes do HU e 50 (45.9%) do HNR ( $\chi^2 = 0.74$ ,  $p = 0.39$ ). Em relação à escolaridade, 42 (38,5%) possuíam 1º grau incompleto, 14 (12.8%) 1º grau completo, 8 (7.3%) 2º grau incompleto, 35 (32.1%) 2º grau completo e 10 (9.3%) 3º grau.

A Figura 1 exibe as categorias resultantes da análise de conteúdo, que se inicia com a codificação, seguida por sua categorização. Depoimentos ilustrativos relativos a algumas categorias e subcategorias são apresentados no Apêndice G. Para gerar os itens do instrumento, inicialmente foram consideradas as categorias e subcategorias reportadas com maior frequência dentro de cada etapa da CMN. Dezoito itens foram gerados. Além destes, um item "... perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde" foi adicionado pelos pesquisadores devido a sua importância e frequência nos protocolos de CMN, totalizando 19 itens.

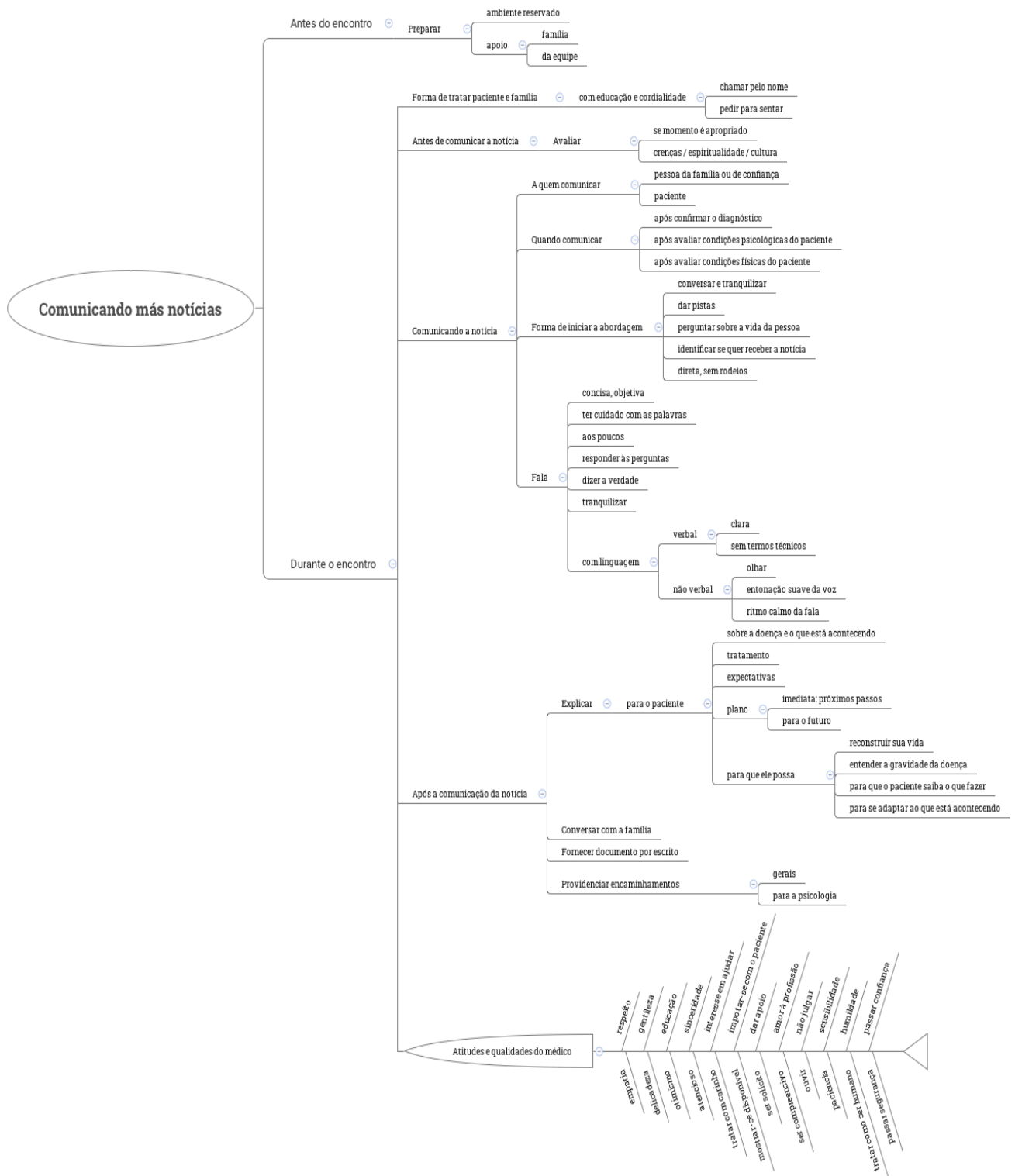


Figura 1: Árvore de categorias resultante da análise de conteúdo das entrevistas com os 109 pacientes dos Hospitais Universitário e Nereu Ramos entre julho a outubro de 2018. Fonte: elaborada pela autora, 2021.

## 5.2 EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INSTRUMENTO

### 5.2.1 Validade de Conteúdo

Na avaliação pelos PrEx da relevância dos itens dois (5 e 19) não foram considerados relevantes e foram retirados do instrumento: "... falou antes sobre a possibilidade de uma notícia ruim" e "... me tratou como ser humano". A RVC dos itens é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Razão de Validade de Conteúdo (RVC) de cada item do instrumento de acordo com a avaliação dos 11 profissionais *experts*.

Itens (seguindo o enunciado: "Ao dar a notícia, o médico...")	RVC
1. conversou comigo em um local reservado.	1
2. perguntou se eu gostaria que algum familiar estivesse junto.	0.82
3. perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.	1
4. estava bem informado sobre o meu problema de saúde.	0.82
5. falou antes sobre a possibilidade de uma notícia ruim.	0.45 <sup>a</sup>
6. explicou aos poucos o meu problema de saúde.	1
7. foi direto ao assunto.	1
8. falou a verdade sobre o meu problema de saúde.	1
9. foi cuidadoso com as palavras.	1
10. usou palavras que eu não consegui entender.	1
11. demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.	1
12. não me deu esperanças.	1
13. falou sobre as opções de tratamento.	0.82
14. explicou quais seriam os próximos passos.	1
15. demonstrou que não iria me abandonar.	0.82
16. olhou nos meus olhos.	1
17. foi respeitoso comigo.	1
18. foi atencioso comigo.	0.82
19. me tratou como ser humano.	0.27 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>RVC < 0.59 (valor mínimo aceitável para 11 profissionais *experts*).<sup>90</sup>  
 Fonte: Schüler, 2019.<sup>86</sup>

Entre os itens inicialmente considerados relevantes, apenas dois foram classificados como 'pouco claros' por um dos PrEx: o item "... não me deu esperanças", modificado conforme sugerido, e o item "...foi direto ao ponto". Este item foi retirado do instrumento, pois os pesquisadores o consideraram controverso e ambíguo quanto a ser um aspecto positivo ou negativo na CMN. O item "... perguntou

se eu gostaria que algum familiar estivesse junto" foi considerado apenas 'claro' por um dos *experts* e foi reformulado. A partir deste momento, o conjunto inicial com 19 itens passou para 16 itens e seguiu para a avaliação pelos PaEx.

Na avaliação pelos PaEx da clareza, todos os itens receberam pontuação média superior a 8 (8,5 - 10). Os itens "... perguntou o que eu já sabia sobre meu problema de saúde" e "... não me deu esperanças" receberam as pontuações mais baixas (8,5 e 8,9, respectivamente). Os itens considerados mais relevantes pelos PaEx foram: "... usou palavras que eu não consegui entender", "falou sobre as opções de tratamento", "...explicou quais seriam os próximos passos", "... foi atencioso comigo" e "... falou a verdade sobre o meu problema de saúde".<sup>86</sup>

Uma versão "pré-final" do instrumento nomeada – *Qualidade da Comunicação de Más Notícias* (QCMN), com 16 itens (Tabela 3), foi desenvolvida para ser autoaplicada ou administrada por um entrevistador. A proposta do instrumento na íntegra que seguiu para a próxima etapa pode ser visualizada no Apêndice H.

Tabela 3 - Itens da versão pré-final do instrumento QCMN.

---

**Itens** do instrumento seguindo o enunciado: "Ao dar a notícia, o médico..."

---

1. conversou comigo em um local reservado.
  2. perguntou se eu gostaria que alguém da minha confiança estivesse junto.
  3. perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.
  4. estava bem informado sobre o meu problema de saúde.
  5. explicou aos poucos o meu problema de saúde.
  6. falou a verdade sobre o meu problema de saúde.
  7. tirou minhas esperanças.
  8. foi cuidadoso com as palavras.
  9. usou palavras que eu consegui entender.
  10. demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.
  11. falou sobre as opções de tratamento.
  12. explicou quais seriam os próximos passos.
  13. demonstrou que não iria me abandonar.
  14. olhou nos meus olhos.
  15. foi respeitoso comigo.
  16. foi atencioso comigo.
- 

Abreviatura: QCMN - Qualidade da Comunicação de Más Notícias.

Fonte: elaborada pela autora, 2021.



## 5.2.2 Validade fatorial e confiabilidade

### 5.2.2.1 Perfil dos participantes

Duzentos e um pacientes foram entrevistados nesta etapa (n = 201). A idade dos participantes variou entre 16 - 84 anos, com mediana de 49 ( $P_{25-75} = 35 - 61$ ). Cento e vinte e seis (62.7%) participantes foram do sexo feminino e 75 (37.3%) do sexo masculino ( $\chi^2 = 12.94$ ,  $p < 0.05$ ). Cento e cinquenta e cinco (77.1%) entrevistas foram realizadas no HU (enfermaria = 87.9%; ambulatório = 12.1%) e 46 (22.9%) no HNR (enfermaria = 68,3%; ambulatório = 31.7%) ( $\chi^2 = 59.11$ ,  $p < 0.05$ ). As atividades laborais mais frequentes dos participantes foram: serviços gerais (n = 27; 13.5%), do lar (n = 23; 11.5%), comerciante (n = 19; 9.5%), estudante (n = 10; 5%), trabalhador de construção civil (n = 9; 4.5%) / professor (n = 9; 4.5%) e cozinheiro (n = 8; 4%). Com relação à escolaridade, 63 (31.3%) participantes tinham o 1º grau incompleto, 22 (10.9%) 1º grau completo, 10 (5%) 2º grau incompleto, 69 (34.3%) 2º grau completo e 37 (18.4%) 3º grau. Cento e cinquenta e um (75.1%) participantes receberam más notícias no prazo de até um ano a contar da data da entrevista; deste grupo, 110 (73.3%) receberam más notícias em até três meses. As razões relatadas como más notícias estão expostas na Tabela 4.

Tabela 4 – Razões relatadas como “más notícias” pelos 201 participantes entrevistados com o instrumento QCMN entre out/2018 a mar/2019 nos Hospitais Universitário e Nereu Ramos.

Tipos de más notícias	n (%)
<i>Diagnósticos de:</i>	
Câncer	49 (24,5)
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	23 (11.5)
Colecistite aguda	8 (4)
Meningite	6 (3)
Apendicite aguda	5 (2.5)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	5 (2.5)
Trombose Venosa Profunda	5 (2.5)
Pancreatite aguda	4 (2)
Tuberculose	4 (2)
Insuficiência Renal aguda	4 (2)
Dermatomiosite	3 (1.5)
Infertilidade	3 (1.5)
Tromboembolismo venoso	3 (1.5)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	3 (1.5)
Cirrose hepática	2 (1)
Doença de Chron	2 (1)
Hipotireoidismo	2 (1)
Infecção de sítio cirúrgico	2 (1)
Infarto agudo do miocárdio	2 (1)
Esclerose Múltipla	2 (1)
Leptospirose	2 (1)
Paralisia facial periférica	2 (1)
Aneurisma de aorta	2 (1)
Síndrome de <i>Sjogren</i>	2 (1)
Litíase renal	2 (1)
Acidente Vascular Encefálico	2 (1)
Hepatite C	2(1)
Angioedema hereditário	1(0.5)
Úlcera duodenal	1(0.5)
Depressão	1(0.5)
Fratura óssea	1(0.5)
Epilepsia	1(0.5)
Vitiligo	1(0.5)
<i>Necessidade de:</i>	
Submeter-se a uma cirurgia <sup>a</sup>	28 (14)
Terapia Dialítica na Insuficiência Renal Crônica	6 (3)
Hospitalização <sup>b</sup>	3 (1.5)
<b>Total</b>	<b>201(100)</b>

Abreviatura: QCMN - Qualidade da Comunicação de Más Notícias.

<sup>a</sup>devido a Insuficiência coronariana (n=2), insuficiência valvar (n=1), diverticulite aguda (n=2), hérnia inguinal (n=1), artrose do quadril (n=1), doença do refluxo gastroesofágico (n=1), acalasia (n=1), abscesso abdominal (n=1), obesidade (n=2), *pectus excavatum* (n=1), endometriose (n=2), miomas uterinos (n=1), hérnia de disco (n=1), Síndrome de *Fournier* (n=1), gangrena (amputação) (n=4), insuficiência vascular periférica (n=4), queimadura (n=1), nódulo da tireoide (n=1); <sup>b</sup>devido a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=2) e infecção do trato urinário (n=1).

Fonte: elaborada pela autora, 2021.

### 5.2.2.2 Escores do QCMN e correlações

O escore do QCMN variou entre 16 a 80 e a média foi de 68 (DP = 11.8). A média da nota atribuída pelos participantes à sua satisfação geral com a CMN pelo médico foi de 8.4 (DP = 2.4). A correlação entre a nota da satisfação geral e o escore do QCMN foi de  $r = 0.6$  ( $p < 0,000$ ). O escore do QCMN não foi associado com o sexo ( $U = 4529$ ;  $p = 0.62$ ), com o nível de escolaridade ( $\chi^2 = 49.88$ ;  $p = 0.32$ ) ou com a idade ( $\chi^2 = 50.86$ ;  $p = 0.28$ ) do participante. A correlação entre o escore do QCMN e o intervalo de tempo entre ter recebido a má notícia e a entrevista foi de  $r = - 0.25$  ( $p < 0.000$ ). Os escores médios dos itens do instrumento são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Média dos escores atribuídos aos itens do instrumento QCMN.

Itens do instrumento seguindo o enunciado:	Média (IC95%)
"Ao dar a notícia, o médico..."	
1. conversou comigo em um local reservado.	4.10 (3.84 – 4.36)
2. perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.	2.61 (2.33 – 2.89)
3. perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.	3.08 (2.77 – 3.40)
4. estava bem informado sobre o meu problema de saúde.	4.43 (4.24 – 4.63)
5. explicou aos poucos o meu problema de saúde.	3.83 (3.56 – 4.11)
6. falou a verdade sobre o meu problema de saúde.	4.54 (4.35 – 4.72)
7. me tirou as esperanças.	1.72 (1.50 – 1.98)
8. foi cuidadoso com as palavras.	4.32 (4.09 – 4.54)
9. usou palavras que eu consegui entender.	4.47 (4.29 – 4.64)
10. demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.	4.11 (3.86 – 4.36)
11. falou sobre as opções de tratamento.	4.10 (3.85 – 4.36)
12. explicou quais seriam os próximos passos.	4.14 (3.90 – 4.40)
13. demonstrou que não iria me abandonar.	3.99 (3.73 – 4.26)
14. olhou nos meus olhos.	4.38 (4.16 – 4.60)
15. foi respeitoso comigo.	4.65 (4.48 – 4.82)
16. foi atencioso comigo.	4.52 (4.32 – 4.72)

Abreviações: QCMN = Qualidade da Comunicação de Más Notícias; IC95% = Intervalo de Confiança 95%.  
Fonte: elaborada pela autora, 2021.

### 5.2.2.3 Estrutura Fatorial e Confiabilidade

O alfa de Cronbach do instrumento com 16 itens foi de 0.87. O índice KMO (0.84) e o teste de Bartlett ( $\chi^2 = 1582.37$ ,  $p < 0.001$ ) indicaram que os dados estavam adequados para a análise fatorial. Na AFE utilizando a *análise paralela* para verificar a dimensionalidade do instrumento, o segundo *eigenvalue*, demonstrado pelo

*eigenvalue* randômico foi maior do que o *eigenvalue* real (Tabela 6). Esse achado mostra que um segundo fator não é adequado para retenção; possivelmente é derivado de um erro de amostragem ou aleatório. Portanto um único fator (ou componente) é mais representativo, ou seja, o instrumento é unidimensional. O índice G-H foi de 0.97 (IC95% = 0.96 - 1.27).

Tabela 6 - Análise paralela<sup>a</sup> dos 16 itens do instrumento QCMN.

Item	E real	Média do E randômico	95% E randômico
1	9,55	1,52	1,64
2	1,32 <sup>b</sup>	1,40	1,48
3	0,95	1,32	1,38
4	0,92	1,24	1,30
5	0,62	1,18	1,23
6	0,53	1,12	1,16
7	0,41	1,06	1,02
8	0,40	1,00	1,04
9	0,35	0,95	0,99
10	0,30	0,90	0,95
11	0,20	0,85	0,89
12	0,17	0,80	0,84
13	0,12	0,75	0,79
14	0,10	0,70	0,74
15	0,02	0,64	0,69
16	0,01	0,57	0,63

Abreviação: E = *Eigenvalue*; QCMN = Qualidade da Comunicação de Más Notícias.

<sup>a</sup>Análise paralela clássica baseada na análise dos componentes principais (Horn, 1965)<sup>99</sup>

<sup>b</sup>Considerar erro amostral.

Fonte: elaborada pela autora, 2021.

As cargas fatoriais dos itens e suas comunalidades são apresentadas na Tabela 7. Como pode ser visualizado, todos, exceto os itens 1 e 7, apresentaram cargas fatoriais elevadas. Desta forma os itens 1 e 7 foram retirados para a versão final do instrumento. Adicionalmente, todas as correlações entre os itens do instrumento e seus respectivos IC95% podem ser visualizados no Apêndice I. Corroborando o achado descrito acima, os itens 1 e 7 apresentaram as piores correlações entre os itens.

Tabela 7 - Cargas fatoriais e comunalidades dos 16 itens do instrumento QCMN.

<b>Itens</b> do instrumento que seguem o enunciado: <i>Ao dar a notícia, o médico...</i>	<b>F (95%IC)</b>	<b>h<sup>2</sup></b>
1. conversou comigo em um local reservado.	0.44 (0.63 – 0.25)	0.19 <sup>a</sup>
2. perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.	0.52 (0.75 – 0.38)	0.23
3. perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.	0.59 (0.73 – 0.42)	0.35
4. estava bem informado sobre o meu problema de saúde.	0.76 (0.87 – 0.54)	0.58
5. explicou aos poucos o meu problema de saúde.	0.83 (0.89 – 0.61)	0.69
6. falou a verdade sobre o meu problema de saúde.	0.75 (0.86 - 0.51)	0.57
7. me tirou as esperanças.	0.44 (0.07 – 0.61)	0.20 <sup>a</sup>
8. foi cuidadoso com as palavras.	0.88 (0.94 – 0.67)	0.78
9. usou palavras que eu consegui entender.	0.70 (0.83 – 0.58)	0.50
10. demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.	0.92 (0.96 – 0.78)	0.84
11. falou sobre as opções de tratamento.	0.76 (0.86 – 0.61)	0.58
12. explicou quais seriam os próximos passos.	0.72 (0.84 – 0.55)	0.52
13. demonstrou que não iria me abandonar.	0.81 (0.89 – 0.50)	0.66
14. olhou nos meus olhos.	0.87 (0.93 - 0.67)	0.76
15. foi respeitoso comigo	0.90 (1.02 – 0.82)	0.82
16. foi atencioso comigo.	0.92 (0.98 – 0.82)	0.85

Abreviações: QCMN – Qualidade da Comunicação de Más Notícias F – carga Fatorial; IC95% – 95% Intervalo de Confiança; h<sup>2</sup> – comunalidade.

<sup>a</sup>sem poder discriminativo.

Fonte: elaborada pela autora, 2021.

#### 5.2.2.4 Versão final do Instrumento QCMN

O instrumento na sua versão final demonstrou-se unidimensional, composto por 14 itens, com o alfa de Cronbach de 0.9. As cargas fatoriais e comunalidades dos 14 itens são expostas na Tabela 8. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais boas ou excelentes. As comunalidades não foram ideais em apenas dois itens (1 e 2). Apesar disso, optamos por mantê-los.<sup>88</sup> Os valores dos índices de ajuste do modelo foram:  $\chi^2$  (45, 77gl; p = 0.99); RMSEA = 0.031 (IC 90% = 0.000 – 0.05) e TLI = 0.996 (IC 90% = 0.98 – 1.01). O Apêndice J mostra a versão final do instrumento.

Tabela 8 - Cargas Fatoriais e comunalidades dos 14 itens do instrumento QCMN.

<b>Itens</b> do instrumento que seguem o enunciado: <i>Ao dar a notícia, o médico...</i>	<b>F (95%IC)</b>	<b>h<sup>2</sup></b>
1. perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.	0.54 (0.40 – 0.69)	0.23
2. perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.	0.60 (0.45 – 0.72)	0.35
3. estava bem informado sobre o meu problema de saúde.	0.75 (0.62 – 0.86)	0.58
4. explicou aos poucos o meu problema de saúde.	0.83 (0.66 – 0.89)	0.69
5. falou a verdade sobre o meu problema de saúde.	0.75 (0.51 – 0.86)	0.57
6. foi cuidadoso com as palavras.	0.88 (0.75 – 0.93)	0.78
7. usou palavras que eu consegui entender.	0.70 (0.58 – 0.81)	0.50
8. demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.	0.92 (0.81 – 0.96)	0.84
9. falou sobre as opções de tratamento.	0.77 (0.63 – 0.87)	0.58
10. explicou quais seriam os próximos passos.	0.74 (0.60 – .84)	0.52
11. demonstrou que não iria me abandonar.	0.82 (0.69 – 0.89)	0.66
12. olhou nos meus olhos.	0.88 (0.79 – 0.93)	0.76
13. foi respeitoso comigo.	0.92 (0.82 – 0.97)	0.84
14. foi atencioso comigo.	0.94 (0.86 – 0.98)	0.89

Abreviações: QCMN – Qualidade da Comunicação de Más Notícias F – carga Fatorial; IC95% – 95% Intervalo de Confiança; h<sup>2</sup> – comunalidade.

Fonte: elaborada pela autora, 2021.

## 6 DISCUSSÃO

O instrumento QCMN foi desenvolvido a partir de entrevistas com pacientes para saber o que consideravam más notícias sobre sua saúde e como preferiam recebê-las. Apresentou 14 itens, com estrutura unidimensional, boa consistência interna e índices de ajuste preliminares do modelo adequados.

Em relação às entrevistas com os pacientes, constatamos que a sinceridade do médico foi um aspecto frequentemente mencionado. Este achado alinha-se ao estudo de *Igier et al.*<sup>58</sup> com relação às preferências para “saber a verdade” e é bastante citado na literatura.<sup>3,4,23,48,53,54</sup> Da mesma forma, este tema aparece num dos itens do instrumento MPP (“... *doctor is honest about the severity of my condition*”), além de considerar que um membro da família possa ser o receptor da má notícia.<sup>23</sup>

Em relação ao processo de validação do instrumento, obtivemos uma dimensão. Este resultado foi reforçado pelo alto índice de replicabilidade da estrutura fatorial. Similarmente, o CAT, que avalia a comunicação geral, também é unidimensional.<sup>26</sup> Este achado nos fez refletir sobre a possibilidade do paciente real que receba qualquer notícia e a interprete como ruim perceba a maneira como o médico comunica a notícia (e seu desempenho) de forma mais global, agregando à sua percepção as atitudes do médico com as informações compartilhadas. *MacLeod*<sup>109</sup> já mencionava uma visão menos fragmentada do paciente sobre como o médico transmite más notícias, reforçando a honestidade e a comunicação empática como alicerces da CMN. No entanto, enfatiza-se a importância do ensino sistemático. As etapas existem para facilitar o método de ensino-aprendizagem, mas o processo da comunicação é percebido pelos pacientes como um todo. Enquanto um paciente simulado bem treinado pode identificar as etapas com base em um *checklist*, o impacto dessas etapas é o que de fato é percebido pelos pacientes reais.

Diferentemente de nosso estudo, entretanto, o MPP<sup>23</sup> e o MABBAN<sup>24</sup> apresentaram, respectivamente, 3 e 5 dimensões. Talvez, uma entre as diversas explicações que poderiam ser aventadas para esta diferença, seja a sua validação apenas entre pacientes oncológicos. Como nosso estudo trouxe a perspectiva de pacientes que receberam vários tipos de más notícias em diferentes contextos, apesar de também incluir a notícia de diagnóstico de câncer, eles poderiam ter uma visão e expectativa diferentes quanto às suas preferências para receber tais notícias quando comparados aos pacientes oncológicos, população dominante nos estudos para

avaliar a CMN<sup>3</sup>. Apesar do MABBAN, baseado no protocolo SPIKES, ter sido adequado para pacientes oncológicos, os autores salientaram que não era possível afirmar se esta adequação poderia ser transferida para pacientes com outras doenças além do câncer.<sup>24</sup>

Com relação à consistência interna o alfa de *Cronbach* de nossa escala ( $\alpha=0.9$ ) foi similar ao observado em outros instrumentos como BAS<sup>49</sup>( $\alpha=0.93$ ), MPP<sup>23</sup>( $\alpha=0.9$ ) e maior em relação ao MABBAN<sup>24</sup>( $\alpha=0.73$ ).

O escore do QCMN correlacionou-se fortemente com a nota dada pelos participantes sobre a satisfação com a CMN recebida. Não constatamos associação do escore do instrumento com o sexo, a escolaridade ou a idade, semelhante a *Curtis et al.*<sup>61</sup> Porém, encontramos uma correlação negativa (embora muito fraca) do escore com o intervalo decorrido entre a CMN e a entrevista (quanto maior o tempo menor o escore total). Talvez o maior tempo possa fazer o paciente reter apenas o impacto, a visão negativa do momento da CMN. Esta análise não aparece nos demais estudos comparativos. Apenas com relação ao tempo, *Parker et al.* comentou que só incluiu pacientes a partir de 1 mês do recebimento da má notícia para dar tempo do paciente processar a informação.<sup>23</sup>

Quanto aos itens do QCMN, os que receberam maiores cargas fatoriais foram relativos a aspectos atitudinais como o respeito, a atenção e a demonstração de que o médico se importou com o que paciente sentia, seguido pelo cuidado com as palavras expressas e o suporte/apoio. Alguns elementos da comunicação médica geral efetiva fazem parte do processo da CMN, como respeito, olhar nos olhos, demonstrar preocupação e que se importa, além de uma linguagem compreensível e sincera. *Miller et al.*, quando validaram o BAS com pacientes simulados há 22 anos, já mencionavam a importância da comunicação não verbal e de uma linguagem direcionada ao paciente, sincera, mas com gentileza e sensibilidade.<sup>49</sup> A comunicação não verbal qualifica nossa fala e ações, sendo parte essencial nas interações, em especial em situações delicada como a CMN.<sup>86,87</sup> Estes elementos aparecem de forma similar em instrumentos que avaliam a comunicação médica geral (CAT),<sup>26</sup> a qualidade da comunicação em terminalidade de vida (QOC)<sup>25</sup> e também na CMN para pacientes oncológicos (MPP),<sup>23</sup> (MABBAN)<sup>24</sup>. Porém, com relação especificamente a linguagem, diferente do QCMN o item “*giving information in simple, clear language*” foi retirado do MPP por ocasião de sua validação.<sup>23</sup>

Por outro lado, observamos algumas diferenças. O tempo que o médico



dedicou à CMN não foi mencionado nas entrevistas com os pacientes de nosso estudo. Talvez os pacientes não tenham mencionado este aspecto porque em parte pode já estar contemplado na atenção que o médico dá ao paciente. Na parte do conteúdo da informação em si o tratamento aparece em apenas um item de forma genérica. Esta diferença é perceptível quando comparamos o QCMN a instrumentos voltados aos pacientes oncológicos,<sup>23,24</sup> que abordam o tratamento de forma mais detalhada, contemplando mais de um item. Isso faz sentido quando lembramos que explicações detalhadas sobre o tratamento e prognóstico cabem à comunicação do especialista. Ao contrário, nossa intenção é que o QCMN seja um instrumento para a avaliação do médico em geral e de encontros no dia a dia, no contexto de diversas doenças.

No instrumento inicial, 2 dos 16 itens foram retirados por não serem discriminatórios: o *ambiente* em que ocorre a CMN e o médico *dar esperança* ao paciente frente a uma má notícia. Ambos apresentaram as menores correlações com os demais itens. Estes itens aparecem no MPP<sup>23</sup> e MABBAN<sup>24</sup> e uma possível explicação poderia recair exatamente na questão de serem muito importantes para o grupo de pacientes oncológicos, porém sem aplicação ou tanta relevância quando em outras situações. De forma semelhante ao QCMN, estes dois itens também não aparecem na CAT. A importância da presença de alguém em que se possa apoiar, como por exemplo, um membro da família, está presente no MPP<sup>23</sup> e no QOC<sup>25</sup> mas na abordagem do prognóstico. Ainda, apesar de dois itens da versão final de nosso instrumento com 14 itens terem apresentado comunalidades não ideais (“...perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo” e “...perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde”), decidimos mantê-los nesta fase do estudo. Com relação à avaliação do que o paciente já sabe antes de transmitir a notícia, consideramos importante manter por propiciar um direcionamento individualizado do caminho que o médico pode fazer para transmitir a informação. O protocolo SPIKES<sup>6</sup> contém este item na dimensão “*Perception*” e o mesmo é mantido no MABBAN<sup>24</sup> em sua adaptação a pacientes reais.

As limitações de nosso estudo incluíram a seleção por conveniência e a realização da pesquisa em apenas um país, podendo haver variações culturais. Deve-se considerar que existem diferenças nas formas de comunicação verbal e não verbal entre as diferentes culturas e, portanto, a realização de estudos em diferentes locais é altamente incentivada.<sup>18</sup> Por outro lado, muitos aspectos referentes às preferências

dos pacientes para receber más notícias são comuns a várias culturas.<sup>4</sup> Ainda, o desenvolvimento do QCMN foi realizado com entrevistas presenciais, o que operacionalmente pode ter limitado nossa amostra. Todavia, por ser um tema delicado, a abordagem presencial pode ter aumentado a taxa de participação durante o recrutamento.<sup>61</sup> Não avaliamos outras características psicométricas como a estabilidade da escala e a responsividade. A possibilidade de variação das respostas dos participantes ao longo do tempo já foi mencionada como limitação por outros autores.<sup>23,24</sup> A não avaliação da desejabilidade social pode ter inserido algum *bias* nas avaliações dos pacientes.

Por fim, o instrumento QOC apresentou evidências preliminares de validação e poderá ser útil na avaliação da qualidade da CMN do médico pelos pacientes em sua atividade clínica cotidiana. Estudo futuro com ampliação do número de participantes para proporcionar uma AFC do modelo é recomendado. Ainda, sugere-se que na coleta dos dados o nome do médico seja identificado e que haja um número mínimo de 5 a 10 pacientes por médico para avaliar a variância do instrumento ocasionada pelo médico.

## 7 CONCLUSÃO

O QCMN foi desenvolvido a partir das preferências dos pacientes para receber notícias que consideravam ruins. É constituído por 14 itens, respondido em escala *Likert-5* pontos, demonstrou evidências de validade, com estrutura fatorial unidimensional e ótima confiabilidade. Portanto, é um instrumento promissor para avaliação da qualidade médica da CMN por pacientes em cenários clínicos reais. Sugere-se estudos futuros com ampliação do número de participantes para proporcionar uma AFC e outras aferições de validade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 May 26;288(6430):1597-9. DOI:10.1136/bmj.288.6430.1597.
2. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995 Sep 13;(9):2449-56. DOI: 10.1200/JCO.1995.13.9.2449.
3. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol*. 2009 Apr;39(4):201-16. Epub 2009 Feb 3. DOI: 10.1093/jjco/hyn159.
4. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Prefer Adherence*. 2018 Nov 12;12:2397-2404. DOI: 10.2147/PPA.S183106.
5. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 15;64(12):1975-8.
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
7. Quill T CA, Gracey C, Seaver M, Novack DH, Daetwyler CJ, Clark WRS. DocCom module 33: Giving Bad News [Internet]. Philadelphia, PA: Drexel University College of Medicine in collaboration with the American Academy on Communication in Healthcare [atualizado 2019; acessado 2013 Dec 27]. Disponível em: <https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/db/readDocComDemo.aspx?m=3>.
8. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*. 2010 May;16(2):61-5. DOI: 10.4103/0973-1075.68401.
9. Rat AC, Ricci L, Guillemin F, Ricatte C, Pongy M, Vieux R, Spitz E, Muller L. Development of a Web-Based Formative Self-Assessment Tool for Physicians to Practice Breaking Bad News (BRADNET). *JMIR Med Educ*. 2018 Jul 19;4(2):e17. DOI: 10.2196/mededu.9551.
10. Westmoreland KD, Banda FM, Steenhoff AP, Lowenthal ED, Isaksson E, Fassl BA. A standardized low-cost peer role-playing training intervention improves medical student competency in communicating bad news to patients in Botswana. *Palliat Support Care*. 2019 Feb;17(1):60-65. Epub 2018 Oct 17. DOI: 10.1017/S1478951518000627.
11. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004 Feb;79(2):107-17. DOI: 10.1097/00001888-200402000-00002.
12. Ghoneim N, Dariya V, Guffey D, Minard CG, Frugé E, Harris LL, et al. Teaching

NICU Fellows How to Relay Difficult News Using a Simulation-Based Curriculum: Does Comfort Lead to Competence? *Teach Learn Med.* 2019 Apr-May;31(2):207-221. Epub 2018 Nov 14. DOI: 10.1080/10401334.2018.1490649.

13. Daetwyler CJ, Cohen DG, Gracely E, Novack DH. eLearning to enhance physician patient communication: a pilot test of "doc.com" and "WebEncounter" in teaching bad news delivery. *Med Teach.* 2010;32(9):e381-90. DOI: 10.3109/0142159X.2010.495759.
14. Burg LB, Daetwyler CJ, de Oliveira Filho GIR, Del Castanhel F, Grosseman S. What Skills Really Improve after a Flipped Educational Intervention to Train Medical Students and Residents to Break Bad News? *Journal of Education and Learning.* 2019;8(3):35-43. DOI: 10.5539/jel.v8n3p35
15. Yuan YY, Scott S, Van Horn N, Oke O, Okada P. Objective Evaluation of a Simulation Course for Residents in the Pediatric Emergency Medicine Department: Breaking Bad News. *Cureus.* 2019 Jan 16;11(1):e3903. DOI: 10.7759/cureus.3903.
16. Gorniewicz J, Floyd M, Krishnan K, Bishop TW, Tudiver F, Lang F. Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Educ Couns.* 2017 Apr;100(4):655-666. DOI: 10.1016/j.pec.2016.11.008.
17. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014 Jul 10;32(20):2166-72. Epub 2014 Jun 9. DOI: 10.1200/JCO.2013.51.2756.
18. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot.* 2014 Jun 23;3:51. DOI:10.4103/2277-9531.134737.
19. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med.* 2018 Sep;93(9):1400-1412. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002308.
20. Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns.* 2017 Apr;100(4):607-609. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.002.
21. Sweeny K, Shepperd JA, Han PK. The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? *Health Expect.* 2013 Sep;16(3):230-8. Epub 2011 Jul 20. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00709.x.
22. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol.* 2014 Mar;25(3):707-711. DOI: 10.1093/annonc/mdt582.

23. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. 2001 Apr;19(7):2049-56. DOI: 10.1200/JCO.2001.19.7.2049.
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*. 2020 Aug;103(8):1623-1629. Epub 2020 Feb 27. DOI: 10.1016/j.pec.2020.02.036.
25. Engelberg R, Downey L, Curtis JR. Psychometric characteristics of a quality of communication questionnaire assessing communication about end-of-life care. *J Palliat Med*. 2006 Oct;9(5):1086-98. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.1086.
26. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007 Aug;67(3):333-42. Epub 2007 Jun 18. DOI:10.1016/j.pec.2007.05.005.
27. Berkey FJ, Wiedemer JP, Vithalani ND. Delivering Bad or Life-Altering News. *Am Fam Physician*. 2018 Jul 15;98(2):99-104.
28. Souza JV de. Qualidade na educação superior: lugar e sentido na relação público- privado. *Cadernos Cedes (Campinas)*. 2009;29(78):242-256. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>
29. Significado de Qualidade. *Lexico:Dicionário de Português Online*. Disponível em: <https://www.lexico.pt/qualidade/>
30. Qualidade. *Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/qualidade/>
31. Da Cunha MI. A Qualidade da educação superior no Brasil e o contexto da inclusão social: desafios para a avaliação. *Fórum Nacional de Educação Superior*. Maio 2009. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cne\\_mariaisaber.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cne_mariaisaber.pdf)
32. Souza VC. Qualidade na educação superior: uma visão operacional do conceito. *Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*. 2017;22(2):332-357. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772017000200332&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772017000200332&lng=pt&tlng=pt)
33. Steffen GE. Quality Medical Care: A Definition. *JAMA*. 1988;260(1):56-61. DOI:10.1001/jama.1988.03410010064036
34. Ensaio acerca do Entendimento Humano. *Wikipedia*. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ensaio\\_acerca\\_do\\_Entendimento\\_Humano](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ensaio_acerca_do_Entendimento_Humano)
35. Alves R. *Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação*. São Paulo: Loyola, 1999.

36. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):312-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15392-5.
37. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 1996 Aug 14;276(6):496-502.
38. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
39. Stovall MC. Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News. *J Adv Pract Oncol*. 2015 Mar-Apr;6(2):162-6. Epub 2015 Mar 1.
40. Oikonomidou D, Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Ploumpidis D, Stylianidis S, Tountas Y. Doctors' Perceptions and Practices of Breaking Bad News: A Qualitative Study From Greece. *Health Commun*. 2017 Jun;32(6):657-666. Epub 2016 Jul 1. DOI: 10.1080/10410236.2016.1167991.
41. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Etienne AM, Liénard A, et al. The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Educ Couns*. 2013 Oct;93(1):40-7. Epub 2013 May 29. DOI: 10.1016/j.pec.2013.04.020.
42. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999 Oct;171(4):260-3.
43. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *J Palliat Med*. 2010 Jun;13(6):677-83. DOI: 10.1089/jpm.2009.0338.
44. Dickson RP, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Curtis JR. Internal medicine trainee self-assessments of end-of-life communication skills do not predict assessments of patients, families, or clinician-evaluators. *J Palliat Med*. 2012 Apr;15(4):418-26. Epub 2012 Apr 4. DOI: 10.1089/jpm.2011.0386.
45. Guetterman TC, Sakakibara R, Baireddy S, Kron FW, Scerbo MW, Cleary JF, Fetters MD. Medical Students' Experiences and Outcomes Using a Virtual Human Simulation to Improve Communication Skills: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*. 2019 Nov 27;21(11):e15459. DOI: 10.2196/15459.
46. Szmuiłowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliat Med*. 2010 Apr;13(4):439-52. DOI: 10.1089/jpm.2009.0262.
47. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne AM, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study

- assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*. 2010 Jul 13;103(2):171-7. DOI: 10.1038/sj.bjc.6605749.
48. Carrard V, Bourquin C, Orsini S, Mast M, Berney A. Virtual patient simulation in breaking bad news training for medical students. *Patient Educ Couns*. 2020 Feb;29(2):398-405. DOI: 10.1016/j.pec.2020.01.019.
  49. Miller SJ, Hope T, Talbot DC. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer*. 1999 May;80(5-6):792-800. DOI: 10.1038/sj.bjc.6690423.
  50. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Nicole D, Marchal S, Boniver J, et al. Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: Impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2006 Oct 17;1450-8. DOI: 10.1093/annonc/mdl142.
  51. Paul CL, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW, Douglas H, Webb G. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *Eur J Cancer*. 2009 Nov;45(17):2960-6. Epub 2009 Sep 15. DOI: 10.1016/j.ejca.2009.08.013.
  52. Ehsani M, Taleghani F, Hematti S, Abazari P. Perceptions of patients, families, physicians and nurses regarding challenges in cancer disclosure: A descriptive qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Dec; 25:55-61. Epub 2016 Oct 10. DOI: 10.1016/j.ejon.2016.09.003.
  53. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*. 1980 Jun;92(6):832-6. DOI: 10.7326/0003-4819-92-6-832.
  54. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*. 2001 Jan 5;84(1):48-51. DOI: 10.1054/bjoc.2000.1573.
  55. 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*. 2016;17(4):1779-84. DOI: 10.7314/apjcp.2016.17.4.1779.
  56. Ozyemisci-Taskiran O, Coskun O, Budakoglu II, Demirsoy N. Breaking bad news in spinal cord injury; a qualitative study assessing the perspective of spinal cord injury survivors in Turkey. *J Spinal Cord Med*. 2018 May;41(3):347-354. Epub 2017 Apr 7. DOI: 10.1080/10790268.2017.1311463.
  57. Munoz Sastre MT, Sorum PC, Mullet E. Breaking bad news: the patient's viewpoint. *Health Commun*. 2011 Oct;26(7):649-55. Epub 2011 May 23. DOI: 10.1080/10410236.2011.561919.



58. Igier V, Munoz Sastre MT, Sorum P, Mullet E. A Mapping of People's Positions Regarding the Breaking of Bad News to Patients. *Health Communication*. 2015;30(7):694-701. Epub 2014 Sep 3. DOI: 10.1080/10410236.2014.898013.
59. Mirza R, Ren M, Agarwal A, Guyatt G. Assessing Patient Perspectives on Receiving Bad News: A Survey of 1337 Patients With Life-Changing Diagnoses. *AJOB Empirical Bioethics*. 2019 Jan-Mar;10(1):36-53. Epub 2018 Dec 31. DOI: 10.1080/23294515.2018.1543218.
60. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *Eur J Emerg Med*. 2018 Feb;25(1):71-76. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000404.
61. Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Au DH, Patrick DL. Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J*. 2004 Aug;24(2):200-5. DOI: 10.1183/09031936.04.00010104.
62. Coluci MZO Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2015 [citado 2020 Dec 10]; 20(3):925-936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
63. Schlindwein-Zanini R, Cruz RM. Psicometria e Neuropsicologia: interrelações na construção e adaptação de instrumentos de medida. *PsicolArgum. [Internet]*. 2018 [citado 2020 Dec 13]; 36(91):1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.25842>.
64. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 2018;11(6):149. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00149.
65. Bastos JLD. O que, para quê e como? Desenvolvendo instrumentos de aferição em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. No prelo.
66. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012; 22(53):423-432. DOI: 10.1590/S0103-863X2012000300014.
67. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19:539-49. DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8.
68. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, Terwee CB. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2018 May;27(5):1147-1157. DOI: 10.1007/s11136-018-1798-3.

69. Biemer PP. Total Survey Error: Design, Implementation and evaluation. *The Public Opinion Quarterly*. 2010;74(5):817-48. Acessado em 02 de março de 2021. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40985407>.
70. Streiner D, Norman G, Cairney J. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use* [Internet] 5<sup>th</sup> Ed. Oxford: Oxford University Press; 2014, 432 p. [citado 2020 Dec 10]. Disponível em: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199685219.001.0001/med9780199685219>.
71. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiqu Clin* 1998; 25(5):206-213.
72. Constructo. Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/constructo/>
73. Significado de Constructo. Dicio: Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/constructo/>
74. De Freitas EL. Alguns Aspectos da Linguagem Científica. *Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana*. 1994;12:101-12.
75. Asendorpf J B. *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer, 2004.
76. Bardin L. Análise de conteúdo. [Internet]. São Paulo: Edições 70; 2011, 229 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14244/%2519827199291>
77. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. Enferm.* [Internet] 2004 [citado 2020 Dec 12]; 57(5):611-614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.
78. Cruz RM, Alchieri JC. *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
79. Preston CC, Colman AM. Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychol (Amst)*. 2000;104:1-15. DOI: 10.1016/s0001-6918(99)00050-5.
80. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of caring sciences*. 2015;4(2):165-78. DOI: 10.15171/jcs.2015.017.
81. Günther H. *Como Elaborar um Questionário (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01)*. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. [internet]. 2003 [citado 2020 Dec 13]. Disponível em: <http://www.unb.br/ip/lpa/pdf/01Questionario.pdf>.

82. Pasquali L. *Psicometria. Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 Dec [cited 2021 Jan 25]; 43(spe): 992-999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en). DOI: 10.1590/S0080-62342009000500002.
83. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007;23(spe):99-107. DOI: 10.1590/S010237722007000500019
84. Laros J. O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. "In": Pasquali L. *Análise fatorial para pesquisadores. LabPAM Saber e Tecnologia, Brasília – DF*. [Internet] 2012. p. 141-160 [citado 2020 Dec 20]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/233735561>.
85. Possebon APR. *Análise fatorial exploratória e confirmatória do instrumento OHIP-Edent*. [Dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2017 [citado 2020 Dec 19]. Disponível em <http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/3616>.
86. Schüler LCLM. *Construção de um instrumento para avaliar a qualidade da comunicação de más notícias fornecidas por médicos sob a perspectiva dos pacientes* [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019 [citado 2020 Dec 12]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214633>.
87. Bird J, Cole S. DocCom module 06: Build the relationship. [Internet]. Philadelphia, PA: Drexel University College of Medicine in collaboration with the American Academy on Communication in Healthcare [atualizado 2015; acessado 2013 Nov 26]. Disponível em: <https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/db/readDocComDemo.aspx?m=6>.
88. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
89. dos Santos DLA, Salman FC, Silva JH, Brandão JC, de Oliveira Filho GR, Carneiro AF, et al. Construction of a tool to measure perceptions about the use of the World Health Organization Safe Surgery Checklist Program. *Rev. Bras. Anestesiol.* [internet]. 2016 [citado 2020 Dec 13]; 66(4):351-355. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.11.011>.
90. Wilson F, Pan W, Schumsky D. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2012; 45:197-210. DOI: 10.1177/0748175612440286.
91. Podolskiy D. Measuring Adolescent Individual Values with Rating and Constant-Sum Scales. *SSRN Electronic Journal*. 10.2139/ssrn.2445401. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=2445401>.

92. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2005;10:1-9.
93. McNeish D. Exploratory Factor Analysis with Small Samples and Missing Data. *Journal of Personality Assessment*. 2016;99. DOI: 10.1080/00223891.2016.1252382.
94. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*. 2018;18:91-93. DOI: 10.1016/j.tjem.2018.08.001.
95. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334. DOI: 10.1007/BF02310555.
96. Pallant J. *SPSS survival manual*. 2013. McGraw-Hill Education (UK).
97. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Assessing the Quality and Appropriateness of Factor Solutions and Factor Score Estimates in Exploratory Item Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*. 2018; 78. DOI: 10.1177/0013164417719308.
98. Artes R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)* 1998;25(5):223-8.
99. Horn J.L. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30:179–185. DOI: 10.1007/BF02289447
100. Mindrila D. Maximum Likelihood (ML) and Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) Estimation Procedures: A Comparison of Estimation Bias with Ordinal and Multivariate Non-Normal Data. *International Journal of Digital Society*. 2010;1. DOI: 10.20533/ijds.2040.2570.2010.0010.
101. Dinno A. Exploring the Sensitivity of Horn's Parallel Analysis to the Distributional Form of Random Data. *Multivariate Behav Res*. 2009;44:362-388. DOI: 10.1080/00273170902938969.
102. Buja A, Eyuboglu N. Remarks on Parallel Analysis. *Multivariate Behavioral Research*. 2000;27. DOI: 10.1207/s15327906mbr2704\_2.
103. Gana K, Broc G. Structural Equation Modeling. In: *Structural Equation Modeling. Structural Equation Modeling with Lavaan*. 2019. 1–51. DOI: 10.1002/9781119579038.ch1
104. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural Equation Modeling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*. 2007;6(1).
105. Martinez-Espinosa M, Sandanielo VLM, Louzada-Neto. O método de bootstrap para o estudo de dados de fadiga dos materiais. [Internet]. *Revista de*

Matemática e Estatística. 2006;2(24):37–50. [citada 2020 Dec 16]. Disponível em [http://jaguar.fcav.unesp.br/RME/fasciculos/v24/v24\\_n2/A3\\_Mariano\\_Louzada.pdf](http://jaguar.fcav.unesp.br/RME/fasciculos/v24/v24_n2/A3_Mariano_Louzada.pdf)

106. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods*. 2006;38:88-91. DOI: 10.3758/bf03192753.
107. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2013. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.
108. MacLeod M. Communicating bad news to patients in circumstances in which there is no protocol. *J Palliat Med*. 2006;9(2):243-. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.243

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLIDORO ERNANI DE SAO THIAGO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa intitulado: *Eficácia de uma intervenção para ensino de comunicação de más notícias a médicos residentes sob a perspectiva dos pacientes.*

Esta pesquisa faz parte de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC da médica **Luciana Bonnassis Burg** orientado pela **Profa. Dra. Suely Grosseman** e tem por objetivo avaliar a eficácia de uma estratégia de ensino no desempenho para a comunicação de más notícias entre médicos residentes do Hospital Universitário da UFSC sob a perspectiva dos pacientes atendidos por eles.

O estudo deste tema justifica-se pela necessidade de construir conhecimento no ensino médico das habilidades de comunicação, em especial na difícil, mas frequente tarefa, que é a comunicação de más notícias aos pacientes e familiares, visando melhor formação profissional e humana, além de uma relação médico-paciente apropriada em situações delicadas.

Caso você concorde em participar deste estudo, você continuará sendo atendido normalmente dentro da programação e agendamento de suas consultas ambulatoriais ou receberá a visita médica diária enquanto estiver internado na enfermaria e conforme sua necessidade. Não haverá mudança ou interferência na proposta da sua investigação ou tratamento. Durante sua permanência no hospital, poderá ser convidado a responder a um questionário durante uma entrevista com o pesquisador avaliando o desempenho de seu médico para comunicar más notícias e a qualidade desta comunicação. Não será necessário informar o nome do médico; apenas recordar o momento, a experiência em que viveu o recebimento desta notícia.

Há recursos alternativos para se avaliar a eficácia de um método de ensino para comunicar más notícias na área médica, mas a verificação prática do desempenho médico medida pelos pacientes proporciona análise mais fidedigna da aquisição das competências adquiridas e seu impacto real na população alvo.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de sanar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc.br.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Pode entrar em contato diretamente comigo pelo telefone 48 (84013442) ou *e-mail*: [\\_luciana.burg@yahoo.com.br](mailto:_luciana.burg@yahoo.com.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

É garantido o sigilo das informações coletadas, que ficarão num banco de dados, acessível apenas aos pesquisadores do projeto. Sua participação na pesquisa não lhe acarretará ônus financeiro e não implicará em remuneração. Ainda assim, havendo ônus pelo participante é garantido o ressarcimento das despesas decorrentes de sua participação por fundos próprios do pesquisador principal.

O risco ao participante pode existir na forma de um desconforto emocional durante a entrevista, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário, podendo este momento lhe recordar fatos dolorosos do seu diagnóstico e prognóstico, provocar alterações na autoestima pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante. Neste caso o senhor (a) poderá interromper, solicitar auxílio e/ou retirar-se da entrevista e da pesquisa em qualquer momento. Em casos excepcionais, mas previstos será oferecido suporte psicológico especializado. Ainda assim, havendo ônus pelo participante, é garantido o ressarcimento das despesas e indenização por danos decorrentes.

O benefício da pesquisa será auxiliar na promoção da formação do médico residente, para que possa capacitar-se e atender melhor os pacientes.

Os resultados serão divulgados na forma de tese e em artigo científico, mantendo a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá se manter atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que os mesmos forem do conhecimento dos pesquisadores. Os autores comprometem-se a seguir os preceitos éticos em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O TCLE será oferecido a todos os candidatos que aceitarem participar do estudo.

Dados do Pesquisador:

Luciana Bonnassis Burg Id 3333304

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Divisão de Clínica Médica. Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil Cep.: 88040-900 HU

e-mail: luciana.burg@yahoo.com.br Telefones: (48) 984013442 (48) 37219140

Dados do Orientador:

Suely Grosseman Id 3307089

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Departamento de Pediatria. Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil Cep.: 88040-900 HU

e-mail: sgrosseman@gmail.com Telefones: (48) 37219538

**Consentimento pós-informado:**

*Declaro que concordo em participar na qualidade de “participante” do projeto de pesquisa “Eficácia de uma intervenção para ensino de comunicação de más notícias a médicos residentes sob a perspectiva dos pacientes”, após estar devidamente informado sobre os objetivos do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também por um dos pesquisadores responsáveis pelo projeto, sendo que uma das cópias se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida das finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes do projeto. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a me retirar da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados, dos quais ficarei com os contatos.*

Florianópolis, ..... de ..... de .....

Nome e assinatura do participante: \_\_\_\_\_



Luciana Bonnassis Burg  
(Pesquisadora)



Prof. Dra. Suely Grosseman  
(Orientadora)

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PILOTO I = 42 PERGUNTAS

Comitê de Avaliadores I = “juízes *experts*”

*Questionário para avaliar a qualidade na comunicação de más notícias entre médicos e pacientes.*

Prezado Sr. (a):

Este formulário é parte de um projeto de pesquisa maior que envolve a avaliação da qualidade da comunicação de más notícias (CMN) entre médicos submetidos ou não a uma intervenção para o ensino da CMN a pacientes. Minha tese de doutorado é parte deste projeto e será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Construímos um instrumento baseado na literatura e, após a validação, será aplicado aos pacientes por integrantes do grupo de pesquisa. Desta forma, solicito sua colaboração na avaliação do conteúdo do instrumento (clareza, adaptação cultural e relevância). Por favor, em cada item circule ou grife o número que representa **o quanto a pergunta está clara** [o quanto é compreensível e fácil de entender (1: nada claro; 2 – 4: pouco claro; 5 e 6: moderadamente claro; 7: razoavelmente claro e 8 e 9: bastante claro; 10: totalmente claro)] **adequada culturalmente ao Brasil** [se há termos ou expressões aceitáveis na nossa cultura (1: nada adequado 2 – 4: pouco adequado; 5 e 6: moderadamente adequado; 7: razoavelmente adequado e 8 e 9: bastante adequado; 10: totalmente adequado)] **e relevante (importância do conteúdo) para avaliar a comunicação de más notícias na área médica junto aos pacientes** (1: nada relevante; 2 – 4: pouco relevante; 5 e 6: moderadamente relevante; 7: razoavelmente relevante; 8 e 9: bastante relevante; 10: totalmente relevante).

Agradecemos pela sua valiosa colaboração,

*Luciana Bonnassis Burg – Doutoranda*  
*Profa. Dra. Suely Grosseman – Orientadora*

**AVALIAÇÃO DOS ITENS:** Por favor, avalie cada item quanto à clareza da redação, se foram redigidos de forma compreensível e se adequados para a cultura brasileira. Observe se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos e se são relevantes para atingir o objetivo proposto.



Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

**Parte A – (Itens 1 a 7) - avaliação qualitativa (Questões abertas)**

1. Durante sua internação, o(a) senhor(a) recebeu alguma má notícia referente a sua saúde?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

2. Se recebeu alguma má notícia, qual foi ou quais foram?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

3. O(a) senhor(a) já conhecia o(a) médico(a) que comunicou a notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

4. Como é a relação médico-paciente do(a) médico(a) que lhe deu a notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

5. Como o(a) senhor(a) avalia a forma como a notícia foi comunicada pelo médico(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

6. Que aspectos da comunicação do(a) médico(a) lhe ajudariam a receber melhor essa notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

7. Que sugestões o(a) senhor(a) daria para melhorar a comunicação dessa notícia pelo médico(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

### Parte B (itens 1 a 35) – Avaliação quantitativa

(Escala de respostas aos pacientes: sim, parcialmente, não, não se lembra, não se aplica)

O(a) médico(a):

1. Cumprimentou o(a) senhor(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

2. Apresentou-se?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

3. Preocupou-se em garantir que o(a) senhor(a) se sentisse confortável?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

4. Foi respeitoso(a) com o(a) senhor(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

5. Deixou o(a) senhor(a) a vontade para fazer perguntas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

6. Interrompeu-lhe enquanto o(a) senhor(a) falava?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

7. Olhou para o(a) senhor(a) durante a conversa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

8. Usou uma linguagem clara, simples, de forma que o(a) senhor(a) compreendesse facilmente o que ele(a) falava?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

9. Escutou o(a) senhor(a) durante a conversa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

10. Foi atencioso(a) demonstrando se importar com o(a) senhor(a) como pessoa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

*Em relação a forma como o (a) médico (a) comunicou a má notícia, inicialmente:*

11. Perguntou o que o(a) senhor(a) já sabia sobre sua condição de saúde antes de passar a notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

12. Perguntou se o(a) senhor(a) queria saber?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

13. Perguntou se o(a) senhor(a) gostaria de estar na companhia de alguma pessoa?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

14. Forneceu algum sinal (aviso) de que a notícia que viria seria ruim?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

15. Comunicou a notícia de forma clara e objetiva, de modo que o(a) senhor(a) a compreendesse?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Após comunicar a má notícia, o(a) médico(a):

16. Deu um tempo para o (a) senhor (a) refletir sobre a notícia antes de continuar a falar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

17. Demonstrou se importar com o(a) senhor(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

18. Demonstrou se importar com a emoção que o(a) senhor(a) estava sentindo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

19. Pareceu compreender ou identificar a emoção que o(a) senhor(a) estava sentindo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

20. Falou sobre a emoção que o(a) senhor(a) estava sentindo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

21. Perguntou quais eram as suas principais preocupações e/ou expectativas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

22. Perguntou o que o(a) senhor(a) queria saber sobre a notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

23. Se não perguntou o que o(a) senhor(a) queria saber, fez silêncio aguardando suas perguntas e respeitando sua emoção?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

24. Demonstrou comprometimento em lhe acompanhar durante a doença?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

25. Forneceu informações apenas sobre o que o(a) senhor(a) queria saber?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

26. Comentou que estaria junto, acompanhando o(a) senhor(a)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

27. Repetiu ou resumiu as informações?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

*Em relação às informações sobre o que poderia acontecer, o (a) médico (a):*

28. Forneceu informações de forma clara e simples?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.

29. Forneceu informações apenas sobre o que o(a) senhor(a) queria saber?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

30. Falou mais do que o(a) senhor(a) queria saber?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

*Em relação a planos futuros, o(a) médico(a):*

31. Forneceu informações sobre o que iria ser feito mais imediatamente quanto ao seu tratamento e/ou a sua investigação?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

32. Forneceu as informações que o(a) senhor(a) solicitou?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

33. Falou mais do que o(a) senhor(a) queria saber?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

*Em relação ao final da conversa, o(a) médico(a):*

34. Perguntou se o (a) senhor (a) queria fazer alguma pergunta ou esclarecer alguma dúvida?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

35. Comentou que continuaria lhe acompanhando ao longo do processo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

*Lembre-se: para clareza, 0 = nada claro e 10 = totalmente claro; para adaptação cultural, 0 = nada adequado e 10 = totalmente adequado; para relevância: 0 = nada relevante e 10 = totalmente relevante.*

36. Perguntou se o(a) senhor(a) queria que ele(a) conversasse com mais alguém sobre a notícia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

37. Colocou-se à disposição para nova conversa ou questionamentos futuros?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CLAREZA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ADEQUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELEVÂNCIA

Sugestões: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PILOTO II = 35 PERGUNTAS

### *Percepção de pacientes sobre como os médicos comunicam notícias ruins*

Nome (iniciais) e idade: \_\_\_\_\_ Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_  
 Data da internação: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Motivo internação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

1. Recentemente, o(a) senhor(a) recebeu alguma notícia sobre sua saúde que considerou ruim? ( ) não ( ) sim

2. Há quanto tempo recebeu a notícia? ( \_\_\_\_\_ dias)

3. Qual foi a notícia? \_\_\_\_\_

4. Quem deu a notícia? \_\_\_\_\_

5. Como o(a) senhor(a) avalia a maneira que a notícia foi dada pelo(a) médico(a)?

( ) péssima ( ) ruim ( ) nem ruim nem boa ( ) boa ( ) ótima

6. Quão satisfeito o senhor(a) ficou com a maneira que o(a) médico(a) deu a notícia?

( ) muito insatisfeito ( ) insatisfeito ( ) nem insatisfeito nem satisfeito

( ) satisfeito ( ) muito satisfeito

Gostaríamos de saber a sua opinião de forma detalhada sobre a maneira que o(a) médico(a) lhe deu a notícia. Para isso pedimos que o(a) senhor(a) diga o quanto concorda ou discorda das afirmativas que faremos abaixo, sendo:

1 = *discordo totalmente*; 2 = *discordo parcialmente*; 3 = *nem discordo nem concordo*; 4 = *concordo parcialmente*; 5 = *discordo totalmente*; ? = *não me lembro*; NA = *não se aplica*.

Itens	1	2	3	4	5	?	NA
1. Gostei da maneira que o(a) médico(a) me cumprimentou.							
2. O(a) médico(a) me deixou a vontade.							
3. Eu me senti respeitado(a).							
4. O(a) médico(a) foi atencioso comigo.							
5. O(a) médico(a) me deixou a vontade para fazer perguntas.							
6. O(a) médico(a) me interrompeu enquanto eu falava.							
7. O(a) médico(a) olhou para mim durante a conversa.							
8. O(a) médico(a) me escutou atentamente.							



... continua

1 = discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = nem discordo nem concordo; 4 = concordo parcialmente; 5 = concordo totalmente; ? = não me lembro; NA = não se aplica.

<b>Afirmativas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>?</b>	<b>NA</b>
9. Antes de dar a notícia, o(a) médico(a) perguntou o que eu já sabia sobre minha condição de saúde.							
10. O(a) médico(a) perguntou se eu queria receber a notícia.							
11. O(a) médico(a) perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto para receber a notícia.							
12. O(a) médico(a) deu a notícia de maneira que eu entendesse.							
13. Na hora de dar a notícia o(a) médico(a) foi direto ao assunto.							
14. Após dar a notícia, o(a) médico(a) esperou um pouco, antes de continuar.							
15. O(a) médico(a) se importou comigo.							
16. O(a) médico(a) pareceu entender o que eu estava sentindo naquele momento.							
17. O(a) médico(a) perguntou quais eram as minhas principais preocupações.							
18. O(a) médico(a) perguntou se eu queria receber mais alguma informação.							
19. O(a) médico(a) me deu mais informações do que eu queria saber naquele momento.							
20. Eu entendi todas as explicações que o(a) médico(a) me deu.							
21. O(a) médico(a) falou muitas coisas que eu não consegui entender.							
22. O(a) médico(a) fez um resumo sobre nossa conversa ao final da consulta.							
23. Recebi as informações sobre tudo o que eu queria saber.							
24. Eu fiquei com muitas dúvidas que não pude perguntar.							
25. O(a) médico(a) me perguntou se eu queria saber mais alguma coisa.							
26. O(a) médico(a) demonstrou que não iria me abandonar.							
27. O(a) médico(a) colocou-se à disposição para nova conversa ou para esclarecer dúvidas.							
28. O(a) médico(a) não se preocupou com o que eu estava sentindo.							
29. O(a) médico(a) me explicou quais seriam os próximos passos a seguir.							

## APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PILOTO III = 26 PERGUNTAS

### *Percepção de pacientes sobre como o médico comunica notícias ruins*

Data da entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

#### *A) Identificação do entrevistado*

1. Entrevistado (iniciais): \_\_\_\_\_ 2. Idade (anos): \_\_\_\_\_ 3. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.
4. Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_ 5. Estudou até que série: \_\_\_\_\_
6. Local de atendimento do paciente: ( ) Enfermaria ( ) Ambulatório ( ) Emergência
7. Serviço de saúde: \_\_\_\_\_
8. Motivo da internação / atendimento: \_\_\_\_\_

#### *B) Perguntas qualitativas e quantitativas (1 a 7)*

O(a) senhor(a) recebeu alguma notícia ruim sobre sua saúde? ( ) Sim ( ) Não

Se "sim", *continuar a entrevista, se não, agradecer e despedir-se.*

1. Há quanto tempo o(a) senhor(a) recebeu essa notícia ruim? \_\_\_\_\_ (dias)
2. Qual foi a notícia? \_\_\_\_\_
3. Quem deu essa notícia? ( ) Médico(a) ( ) Outro profissional: \_\_\_\_\_
4. Como o(a) senhor(a) avalia a maneira que o(a) médico(a) deu a notícia?  
( ) Péssima ( ) Ruim ( ) Razoável ( ) Boa ( ) Ótima
5. Qual foi o seu grau de satisfação com a maneira que o(a) médico(a) deu a notícia?  
( ) Muito insatisfeito ( ) Parcialmente insatisfeito ( ) Nem insatisfeito nem satisfeito ( ) Parcialmente satisfeito ( ) Muito satisfeito
6. O que o(a)médico(a) fez ou falou que o senhor gostou?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. O que o(a)médico(a) poderia ter feito para melhorar sua satisfação?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*C) Perguntas quantitativas em escala de concordância (1 a 19)*

Gostaríamos de saber a sua opinião de forma detalhada sobre a maneira que o médico lhe deu a notícia. Para isso, pedimos que o(a) senhor(a) informe o quanto concorda ou discorda sobre cada uma das afirmativas a seguir, sendo:

1 = *discordo totalmente*      2 = *discordo parcialmente*      3 = *nem discordo nem concordo*  
4 = *concordo parcialmente*      5 = *concordo totalmente*      ? = *não me lembro*

<b>Afirmativa</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>?</b>
1. Gostei da maneira como fui recebido(a) pelo(a) médico(a).						
2. Fui tratado(a) com respeito pelo médico.						
3. O(a) médico(a) foi atencioso(a) comigo.						
4. O(a) médico(a) olhava para mim durante a conversa.						
5. Antes de dar a notícia, o médico perguntou o que eu já sabia sobre minha condição de saúde.						
6. O(a) médico(a) deu a notícia de maneira que eu pude entender.						
7. Após dar a notícia, o médico perguntou o que eu queria saber sobre minha condição de saúde.						
8. O(a) médico(a) me escutou sem me interromper.						
9. O(a) médico(a) se importou com o que eu estava sentindo.						
10. O(a) médico(a) entendeu o que eu estava sentindo naquele momento.						
11. O(a) médico(a) perguntou quais eram as minhas preocupações.						
12. Entendi tudo o que o(a) médico(a) explicou.						
13. Senti que o(a) médico(a) não iria me abandonar.						
14. O(a) médico(a) perguntou qual era a minha opinião sobre o que estávamos conversando.						
15. O(a) médico(a) falou muitas coisas que não consegui entender.						
16. Recebi as informações sobre tudo o que queria saber naquele momento.						
17. O(a) médico(a) me explicou quais seriam os próximos passos.						
18. Fiquei confuso(a) sobre o que ia acontecer.						
19. O(a) médico(a) se colocou à disposição para conversar de novo ou esclarecer novas dúvidas.						

*Comentários:*

---



---

*Grata por sua participação!*

## APÊNDICE E – FOLHA DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

“Questão aberta”

*Percepção de pacientes sobre como o médico comunica notícias ruins*

Data da entrevista:	Entrevistador (iniciais):	
Local de atendimento do paciente:	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Enfermaria	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ambulatório
Hospital:	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> HU	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> HNR

**Na sua opinião, como o médico deve dar uma notícia ruim ao paciente?**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

O (a) senhor(a) recebeu alguma notícia ruim de algum medico? <sup>1</sup> Sim <sup>2</sup> Não

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

Identificação (iniciais):	Idade (anos):	Sexo:	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Masculino	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Feminino
Até que série estudou:		Profissão/Atividade:		
Motivo da internação ou atendimento:				

## APÊNDICE F – “JOGO DAS MOEDAS”

“Ao dar a notícia, o médico...”,

1. Conversou comigo em um local reservado.
2. Perguntou se eu gostaria que alguém em quem eu confio estivesse junto.
3. Perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.
4. Estava bem informado sobre o meu problema de saúde.
5. Explicou aos poucos o meu problema de saúde.
6. Falou a verdade sobre o meu problema de saúde.
7. Me tirou as esperanças.
8. Foi cuidadoso com as palavras.
9. Usou palavras que eu consegui entender.
10. Demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.
11. Falou sobre as opções de tratamento.
12. Explicou quais seriam os próximos passos.
13. Demonstrou que não iria me abandonar.
14. Olhou nos meus olhos.
15. Foi respeitoso comigo.
16. Foi atencioso comigo.

Gratas por sua colaboração!

## APÊNDICE G – TABELA DAS CATEGORIAS

Categorias, subcategorias e subsubcategorias<sup>1</sup>, com citações ilustrativas da análise de conteúdo das entrevistas com 109 pacientes entre julho a outubro de 2018 nos HU e HNR sobre suas preferências para a comunicação médica de más notícias.

<b>Categorias / Subcategorias / Subsubcategorias</b>	<b>Citações ilustrativas</b>
<b>O que fazer antes do encontro</b>	
<i>Chamar outras pessoas</i>	“Considerar se deve falar antes com família”; “chamar a família”; “preparar a pessoa antes de dar a notícia com uma equipe”
<i>Escolher um local apropriado</i>	“chamar no consultório”; “levar em sala reservada”
<i>Avaliar momento apropriado</i>	“não dar a notícia na hora que a pessoa passa mal”
<i>Certificar-se do diagnóstico</i>	“ter certeza da doença antes de dar a notícia”; “esperar ter a confirmação [...] não dizer, mesmo se tiver desconfiança”
<b>Para quem dar a notícia</b>	
<i>Família / acompanhante</i>	“Primeiro chamar a família...dar a notícia e explicar bem...deixar ela consciente e tranquila [...] e estes passam para o paciente”; “informar ao acompanhante se existir gravidade”
<i>Pessoa mais estável</i>	“dar a noticia para a <i>pessoa certa, a mais ‘estabilizada’, ‘cabeça’</i> ”
<i>Paciente</i>	“o primeiro a saber tem que ser o paciente e não a pessoa que está ao lado [...] não dar aos outros”; “o acompanhante não pode saber mais que o paciente”
<b>Quem deve dar a notícia</b>	“ouvir da boca do médico e não de outros”; “o médico do paciente deve ser o único da dar a notícia”
<b>Como receber o paciente</b>	
<i>Chamar pelo nome</i>	
<i>Convidar para sentar</i>	
<i>Olhar nos olhos</i>	“olhar nos olhos”; “olhar para o paciente”
<i>Escutar</i>	“estar aberto a ouvir”
<b>O que considerar antes de dar a notícia</b>	
<i>Espiritualidade</i>	“somos cristãos e isso realmente nos ajuda a lidar com situações como esta [...] somente Ele para nos dar forças”
<i>Familiares</i>	“esclarecer coisas para que a família não se sinta culpada”
<b>Quando dar a notícia ao paciente</b>	
<i>Após saber se quer receber a notícia</i>	“se eu não quiser saber não me conte”; “[...] a não ser que a pessoa não queira saber”
<i>Após verificar seu estado de saúde</i>	“verificar tudo antes, como pressão arterial”

*Continua...*

<b>Categorias / Subcategorias / Subsubcategorias</b>	<b>Citações ilustrativas</b>
<i>Após observar suas condições psicológicas</i>	“observar bem a pessoa para ver como vai falar [...] o quanto pode falar”
<i>Após preparar o paciente:</i>	
- com uma equipe	“ter junto uma equipe”
- com pessoas da família	
- com uma conversa	“sentar, conversar e acalmar o gelo”; “ir tranquilizando [...] preparar o paciente psicologicamente”; “perguntar sobre a vida dele [...] não chegar de supetão para não causar impacto; “pedir para sentar [...] deixar a pessoa calma [...] vamos conversar”; “dar dicas”
. não estruturada	mostrar que o exame resultou que você tem um problema de saúde [...] que isso não é definitivo [...] que pode ser tratado [...] que você precisa ser forte
. estruturada	“ir explicando aos poucos”; “ir conversando, no fim, na hora certa, dar a noticia”; “explicar o que teve [...] e resultou nisso [...] os resultados dos exames [...] até falar o diagnóstico
. explicar aos poucos	
- Depende da pessoa / cultura	“saber como a pessoa é [...] agitada ou nervosa”
- Depende da notícia/doença	“depende da noticia, por exemplo, um câncer”
	“tem que ser direto”; “não enrolar”; “ir direto ao ponto”; “nada de rodeio [...] o rodeio te deixa mais preocupado”; “falar na lata”
<i>Sem preparar o paciente</i>	
<b>O quanto falar</b>	
<i>Tudo</i>	“eu quero saber de tudo... pode falar”; “explicar os detalhes [...] as possibilidades [...] se terá solução ou não”; “explicar para que o paciente possa reconstruir sua vida”
<i>Parcialmente</i>	“nunca dar a noticia total”
<b>Linguagem</b>	
<i>Verbal</i>	
- clareza	“falar o mais simples e claro possível”; “não deixar a pessoa boiando”
- usar palavras apropriadas	“usar palavras corretas”; “ser delicado com as palavras”
- não usar linguagem científica	“não usar termos técnicos”
- fornecer pouca informação por vez	
- dar informações sucintas, objetivas	
<i>Não verbal</i>	

<b>Categorias / Subcategorias / Subsubcategorias</b>	<b>Citações ilustrativas</b>
- ritmo da fala - tom de voz - <i>olhar nos olhos</i>	“falar calmo e tranquilo, devagarinho” “cuidado na voz” / “cuidar com a entonação da voz”; “tem que falar com carinho”; “suavidade na maneira de falar”
<b>Atitudes do médico ao comunicar</b>	
<i>Atenção / presença</i>	“tem que passar a noticia como se aquele paciente fosse único”; “dar atenção [...] não deixar ‘no ‘vácuo’ dizendo que volta depois para falar”
<i>Escuta atenta</i>	“ouvir”
<i>Importar-se com o paciente / Compaixão</i>	“não ser frio [...] uma coisa grave não pode ser dita de um jeito curto e grosso”; “a expressão humana dele [...] me ajudou a entender que era sério [...] os olhos já diziam tudo...”
<i>Ser realista</i>	“ser realista [...] às vezes a gente chora, mas depois se ergue”; “[...] não iludir”; “não ficar criando falsas expectativas”
<i>Otimismo</i>	“mostrar o lado bom, que tem recursos”
<i>Positividade</i>	“falar coisas positivas, pois a autoestima vai lá embaixo”; “não “jogar para baixo”; “não deixar cair a peteca para não entrar em depressão”
<i>Dar esperança</i>	“[...] não pode ser seco na questão da esperança”
<i>Coragem</i>	ter coragem para falar
<b>O que dizer ao paciente</b>	
<i>Que entende sua perspectiva</i>	“dizer que entende o lado do paciente”
<i>Que será feito o possível</i>	“falar que vamos tentar resolver da melhor maneira possível”; “falar que é difícil, mas que vamos tentar”
<i>Que há recursos / tratamento</i>	“dizer que tem tratamento”
<i>Explicar:</i>	
- <i>sobre a doença</i>	“explicar o que a gente tem... o que está acontecendo”
- o que vai acontecer	“mostrar o que vem pela frente [...] tudo o que vai causar”
- as possibilidades terapêuticas	“mostrar as opções de tratamento... as chances”; “explicar prós-contras”
- o prognóstico	“deixar as expectativas claras”
<i>Fornecer apoio</i>	“dar apoio, ajudar a ir em frente”; “não abandonar o tratamento da pessoa”; “encaminhar ao psicólogo”



<b>Categorias / Subcategorias / Subsubcategorias</b>	<b>Citações ilustrativas</b>
<i>Fornecer um plano</i>	“fazer os encaminhamentos que precisa”; “explicar os próximos passos”; “explicar o que paciente deve fazer”
<i>Fornecer material por escrito</i>	“dar um documento”; “dar um laudo por escrito do problema”
<b>Atitudes durante o encontro</b>	
<i>Respeito</i>	“levar o paciente a sério”; “não fazer brincadeiras nesta hora”; “tem que acreditar no que o paciente está sentindo”; “tratar como ser humano, com respeito”
<i>Educação / delicadeza / gentileza</i>	tratar bem”; “não pode ser agressivo”
<i>Tranquilidade</i>	“ser tranquilo [...] e calmo”; “passar tranquilidade”
<i>Paciência</i>	“ser paciente”, “não se irritar ou ficar nervoso se a pessoa chorar”
<i>Ser atencioso</i>	“ser atencioso”; “se interessar pelo paciente”
<i>Ser carinhoso, amável</i>	“tratar com carinho, cuidado”; “ter um jeito especial de tratar [...] ser querido, carinhoso”
<i>Sinceridade</i>	“ser sincero e falar a verdade”; “não esconder nada”; ser “franco”; “colocar as cartas na mesa; “[...] é preferível conviver com a verdade do que com a mentira”; “ser transparente”
<i>Humildade</i>	“ter humildade é o mais importante”
<i>Humanidade</i>	“não se impor como médico”; “transmitir humanidade”
<i>Empatia</i>	“ter empatia, saber que são seres humanos”
<i>Sensibilidade</i>	“tratar como ser humano, ser sensível”
<i>Comprometimento / profissionalismo</i>	“que <i>vista a camisa</i> ”; “ser profissional”; “precisa ter amor no que faz”
<i>Importar-se com o paciente/ compaixão/ Solicitude / disponibilidade</i>	“se importar com o paciente” demonstrar que está interessado em ajudar”; “mostrar-se disponível”; “ter força de vontade para ajudar”
<i>Passar confiança</i>	
<i>Ser compreensível</i>	
<i>Não julgar</i>	
<i>Ser esperançoso</i>	Passar esperança [...] você não pode ficar apático quando passa esperança

<sup>1</sup>Categorias com letra estilo negrito, subcategorias em letra itálico e subsubcategorias em letra normal.

Abreviaturas: HU - Hospital Universitário, HNR - Hospital Nereu Ramos.

Fonte: elaborada pela autora, 2021.

**APÊNDICE H – VERSÃO PRÉ-FINAL INSTRUMENTO****Avaliação da Qualidade da Comunicação de Más Notícias dada por médicos aos pacientes**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa sobre como os médicos comunicam más notícias sobre a saúde dos pacientes. Má notícia é qualquer notícia sobre a sua saúde dada por um médico que o(a) senhor considerou ruim, que poderia ter um impacto negativo na sua vida; notícia delicada ou que lhe preocupou.






Esta pesquisa faz parte de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC e tem por objetivo avaliar a qualidade da comunicação de más notícias dadas pelos médicos aos pacientes. As respostas desta pesquisa serão avaliadas de forma anônima e confidencial. Os dados serão utilizados para o ensino médico das habilidades de comunicação, para que o médico se torne melhor na difícil tarefa de dar más notícias aos pacientes e familiares.






O tempo estimado para que se responda este questionário é de 15-30 minutos. Após o preenchimento, você pode devolver o questionário à pessoa que lhe entregou ou aguardar que ela retorne para busca-lo.

A) Dados pessoais:

- Idade (anos completos de vida): \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- Escolaridade (estudou até que série): \_\_\_\_\_
- Atividade profissional (ocupação): \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo você recebeu a má notícia? \_\_\_\_\_
- Qual foi a má notícia? \_\_\_\_\_

B) Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a maneira que o(a) médico(a) lhe deu a notícia. Para isso pedimos que você informe **o quanto concorda ou discorda (1 = discordo totalmente até 5 = concordo totalmente)** com cada uma das afirmativas apresentadas abaixo, assinalando sua resposta com um “X” dentro do quadradinho na coluna correspondente.

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Nem discordo nem concordo</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Concordo totalmente</i>
					
<b>Ao dar a notícia...</b>					
1. O(a) médico(a) conversou comigo em um local reservado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O(a) médico(a) perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O(a) médico(a) perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O(a) médico(a) estava bem informado sobre o meu problema de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O(a) médico(a) explicou aos poucos o meu problema de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O(a) médico(a) falou a verdade sobre o meu problema de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O(a) médico(a) me tirou as esperanças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ao dar a notícia...	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
					
8. O(a) médico foi cuidadoso com as palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O(a) médico(a) usou palavras que eu consegui entender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O(a) médico(a) demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O(a) médico(a) falou sobre as opções de tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O(a) médico(a) explicou quais seriam os próximos passos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O(a) médico(a) demonstrou que não iria me abandonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O(a) médico olhou nos meus olhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O(a) médico foi respeitoso comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O(a) médico(a) foi atencioso comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Gostaríamos de saber, neste momento, sua opinião sobre a maneira que o(a) médico(a) lhe deu a má notícia. Para isso, por favor, dê uma nota de 1 a 10 (*circule abaixo*) para o quanto você ficou satisfeito com a maneira que o medico deu a notícia, *sendo que 1 é totalmente insatisfeito e 10 é totalmente satisfeito.*

Nota:    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Obrigada por sua participação!*

## APÊNDICE I – COVARIÂNCIA ENTRE OS ITENS

Covariância<sup>1</sup> entre os 16 itens do instrumento QCMN.

Item	Valor	IC95% <sup>2</sup>
1 – 2	0.28*	0.10 – 0.49
1 – 3	0.29*	0.09 – 0.50
1 – 4	0.39*	0.20 – 0.59
1 – 5	0.42	0.24 – 0.63
1 – 6	0.34*	0.14 – 0.57
1 – 7	- 0.09*	- 0.38 – 0.09
1 – 8	0.42	0.21 – 0.61
1 – 9	0.48	0.29 – 0.67
1 – 10	0.41	0.22 – 0.61
1 – 11	0.27*	0.06 – 0.50
1 – 12	0.30*	0.11 – 0.52
1 – 13	0.24*	0.03 – 0.43
1 – 14	0.33*	0.09 – 0.55
1 – 15	0.38*	0.22 – 0.69
1 – 16	0.32*	0.15 – 0.56
2 – 3	0.55	0.38 - 0.76
2 – 4	0.36*	0.22 – 0.57
2 – 5	0.51	0.33 – 0.69
2 – 6	0.39	0.21 – 0.63
2 – 7	0.02*	- 0.19 – 0.19
2 – 8	0.50	0.32 – 0.67
2 – 9	0.37*	0.19 – 0.59
2 – 10	0.47	0.31 – 0.64
2 – 11	0.40	0.24 – 0.62
2 – 12	0.42	0.26 – 0.63
2 – 13	0.35*	0.19 – 0.57
2 – 14	0.41	0.23 – 0.63
2 – 15	0.44	0.31 – 0.61
2 – 16	0.46	0.32 – 0.64
3 – 4	0.04*	0.22 – 0.60
3 – 5	0.59	0.41 – 0.74
3 – 6	0.36*	0.15 – 0.59
3 – 7	- 0.20*	- 0.44 - - 0.002
3 – 8	0.55	0.37 – 0.70
3 – 9	0.37*	0.18 – 0.58
3 – 10	0.57	0.41 – 0.69
3 – 11	0.39*	0.17 – 0.59
3 – 12	0.40	0.19 – 0.60
3 – 13	0.51	0.33 – 0.68
3 – 14	0.51	0.32 – 0.68
3 – 15	0.45	0.29 – 0.68

*Continua...*

Item	Valor	IC95% <sup>2</sup>
3 - 16	0.50	0.35 - 0.67
4 - 5	0.66	0.45 - 0.80
4 - 6	0.69	0.46 - 0.80
4 - 7	- 0.31*	- 0.53 - -0.07
4 - 8	0.65	0.43 - 0.78
4 - 9	0.58	0.36 - 0.75
4 - 10	0.68	0.50 - 0.82
4 - 11	0.64	0.45 - 0.81
4 - 12	0.65	0.43 - 0.80
4 - 13	0.54	0.33 - 0.70
4 - 14	0.65	0.47 - 0.78
4 - 15	0.67	0.52 - 0.81
4 - 16	0.58	0.38 - 0.78
5 - 6	0.68	0.46 - 0.81
5 - 7	- 0.34*	- 0.06 - (-) 0.1
5 - 8	0.75	0.54 - 0.87
5 - 9	0.59	0.42 - 0.75
5 - 10	0.74	0.55 - 0.83
5 - 11	0.66	0.46 - 0.79
5 - 12	0.64	0.45 - 0.78
5 - 13	0.72	0.52 - 0.85
5 - 14	0.65	0.46 - 0.77
5 - 15	0.61	0.44 - 0.78
5 - 16	0.67	0.53 - 0.81
6 - 7	- 0.47	- 0.73 - (-) 0.24
6 - 8	0.65	0.43 - 0.79
6 - 9	0.59	0.35 - 0.76
6 - 10	0.61	0.35 - 0.77
6 - 11	0.58	0.37 - 0.77
6 - 12	0.60	0.37 - 0.77
6 - 13	0.50	0.26 - 0.69
6 - 14	0.59	0.39 - 0.75
6 - 15	0.74	0.59 - 0.88
6 - 16	0.68	0.53 - 0.86
7 - 8	-0.54	-0.73 - -0.32
7 - 9	-0.33*	-0.54 - -0.08
7 - 10	-0.48	-0.65 - -0.24
7 - 11	-0.36	-0.62 - -0.13
7 - 12	-0.09*	-0.35 - -0.06
7 - 13	-0.36	-0.57 - -0.09
7 - 14	-0.46	-0.67 - -0.14
7 - 15	-0.59	-0.76 - -0.39
7 - 16	-0.57	-0.73 - -0.4
8 - 9	0.61	0.41 - 0.74
8 - 10	0.80	0.57 - 0.88
8 - 11	0.62	0.43 - 0.79

*Continua...*

Item	Valor	IC95% <sup>2</sup>
8 - 12	0.52	0.34 – 0.70
8 - 13	0.73	0.51 – 0.85
8 – 14	0.82	0.63 – 0.91
8 – 15	0.81	0.68 – 0.9
8 – 16	0.83	0.71 – 0.93
9 – 10	0.65	0.45 – 0.79
9 – 11	0.52	0.31 – 0.71
9 – 12	0.53	0.35 – 0.71
9 – 13	0.52	0.35 – 0.7
9 – 14	0.58	0.37 – 0.73
9 – 15	0.66	0.52 – 0.81
9 -16	0.66	0.47 – 0.83
10 – 11	0.62	0.39 – 0.77
10 – 12	0.63	0.47 – 0.77
10 – 13	0.78	0.52 – 0.87
10 – 14	0.83	0.57 – 0.9
10 – 15	0.87	0.79 – 0.94
10 – 16	0.90	0.79 – 0.96
11 – 12	0.79	0.58 – 0.89
11 – 13	0.63	0.41 – 0.78
11 – 14	0.64	0.48 – 0.81
11 – 15	0.63	0.49 – 0.81
11 – 16	0.72	0.59 – 0.85
12 – 13	0.59	0.41 – 0.74
12 – 14	0.60	0.42 – 0.75
12 – 15	0.61	0.5 – 0.78
12 – 16	0.64	0.51 – 0.81
13 – 14	0.75	0.5 – 0.84
13 – 15	0.78	0.67 – 0.91
13 – 16	0.81	0.71 – 0.91
14 – 15	0.88	0.75 – 0.94
14 – 16	0.88	0.73 – 0.95
15 – 16	0.94	0.87 – 0.98

Abreviaturas: QCMN - Qualidade da Comunicação de Más Notícias

95%IC - 95% Intervalo de Confiança

<sup>1</sup>Média da correlação entre os itens do instrumento

<sup>2</sup>*Bias-Corrected Bootstrap*

\*Correlações < 0.4

## APÊNDICE J: VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO



### Questionário para avaliar a Comunicação de Más Notícias (QCMN)

Você ou o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar como os médicos comunicam notícias ruins a seus pacientes. Esta pesquisa faz parte de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Seu nome não será perguntado e as informações fornecidas serão usadas apenas pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão úteis para compreender como os médicos comunicam más notícias e saber o que pode ser melhorado e ensinado para estudantes de medicina e médicos visando a melhor comunicação possível. O tempo estimado para responder este questionário é de cerca de 15 minutos.

#### A) Por favor, informe os seguintes dados:

1. Você ou o(a) Sr.(a) já recebeu alguma notícia ruim de um médico sobre sua saúde?

Sim     Não

Se não, agradecemos sua participação, que finaliza neste item.

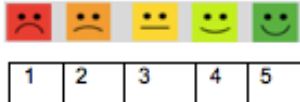
Se sim, por favor, responda:

2. Há aproximadamente quanto tempo você recebeu essa notícia? (por favor, informe em dias, meses ou anos) \_\_\_\_\_
3. Qual foi a notícia? \_\_\_\_\_
4. Qual foi o nome do médico que lhe deu a notícia? \_\_\_\_\_
5. Quantos anos de vida você ou o sr.(a) tem: \_\_\_\_\_
6. Qual é o seu sexo? \_\_\_\_\_
7. Qual é a sua atividade profissional (ocupação)? \_\_\_\_\_
8. Você ou o(a) Sr.(a.) estudou até que série e de que grau? \_\_\_\_\_

A próxima página contém o questionário sobre a qualidade da comunicação do médico.



**B)** Gostaríamos de saber sua opinião sobre a maneira que o(a) médico(a) lhe deu a notícia. Para isso, pedimos que você ou o(a) sr.(a) informe **o quanto concorda ou discorda** com cada uma das afirmativas apresentadas abaixo, assinalando com um "X" o quadrado que corresponde à sua nota, sendo que:



a nota 1 = significa discordo totalmente  
a nota 2 = significa discordo parcialmente  
a nota 3 = significa nem discordo nem concordo  
a nota 4 = significa concordo parcialmente  
a nota 5 = significa concordo totalmente



Ao dar a notícia ruim:	1	2	3	4	5
1. O(a) médico(a) perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.					
2. O(a) médico(a) perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.					
3. O(a) médico(a) estava bem informado sobre o meu problema de saúde.					
4. O(a) médico(a) explicou aos poucos o meu problema de saúde.					
5. O(a) médico(a) falou a verdade sobre o meu problema de saúde.					
6. O(a) médico foi cuidadoso com as palavras.					
7. O(a) médico(a) usou palavras que eu consegui entender.					
8. O(a) médico(a) demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.					
9. O(a) médico(a) falou sobre as opções de tratamento.					
10. O(a) médico(a) explicou quais seriam os próximos passos.					
11. O(a) médico(a) demonstrou que não iria me abandonar.					
12. O(a) médico olhou nos meus olhos.					
13. O(a) médico foi respeitoso comigo.					
14. O(a) médico(a) foi atencioso comigo.					

**C)** Por favor, em relação à sua satisfação com a forma que recebeu do(a) médico(a) a notícia ruim, dê uma nota de 0 a 10, sendo que 0 é totalmente insatisfeito(a) e 10 é totalmente satisfeito(a).

Nota: \_\_\_\_\_

**D)** Deixamos este espaço para seus comentários e suas sugestões gerais e sobre como o médico poderia melhorar a comunicação da notícia ruim (se faltar espaço, pode escrever no verso da página).

---



---



---

*Agradecemos sua participação!*

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Eficácia de uma intervenção para ensino de comunicação de más notícias a médicos residentes sob a perspectiva dos pacientes

**Pesquisador:** Suely Grosseman

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 78418417.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.878.207

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada "Eficácia de uma intervenção para ensino de comunicação de más notícias a médicos residentes sob a perspectiva dos pacientes", é um estudo que pretende avaliar os efeitos de uma intervenção educacional na qualidade da CMN de médicos sob a perspectiva dos pacientes, é prospectivo, controlado, onde médicos residentes e pacientes do Hospital Universitário serão convidados a participar; Os médicos serão divididos em dois grupos: intervenção e controle sendo que o grupo intervenção participará de uma oficina após acesso ao módulo on-line DocCom.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar os efeitos de uma intervenção na qualidade da comunicação de más notícias sob a perspectiva de pacientes.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

O risco ao participante (médico) pode existir na forma de um desconforto emocional durante as consultas ou visitas com os pacientes, inerente ao processo de comunicação de más notícias, mas

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.878.207

aumentado por estar ciente de que poderá ser avaliado.

O risco ao participante (paciente) pode existir na forma de um desconforto emocional durante a entrevista, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário, podendo este momento lhe recordar fatos dolorosos do seu diagnóstico e prognóstico, provocar alterações na autoestima pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante.

Nestes casos o participante poderá interromper, solicitar auxílio e/ou retirar-se da entrevista e da pesquisa em qualquer momento. Em casos excepcionais, mas previstos será oferecido suporte psicológico especializado. Os pesquisadores comprometam-se a indenizar os participantes por eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Benefícios:**

Aprimoramento na formação médica e melhor qualidade do atendimento ao paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta clareza, fundamentação bibliográfica, objetividade e uma vez obtido os dados conclusivos, poderá contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram feitas alterações no TCLE dos avaliadores, não havendo inadequações ou impedimentos a realização da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001433.pdf	18/08/2018 13:07:46		Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.878.207

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Doc_Pacientell.docx	18/08/2018 13:06:08	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Doc_Medicolli.docx	18/08/2018 13:06:00	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Doc_JuizesII.docx	18/08/2018 13:05:45	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_aceitacao_HNR.jpg	17/06/2018 20:13:22	Suely Grosseman	Acelto
Outros	Resposta_pendencias.pdf	17/06/2018 20:13:02	Suely Grosseman	Acelto
Parecer Anterior	RESPOSTA_AO_PARECER.pdf	25/03/2018 21:41:10	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Hospital_Nereu_Ramos.pdf	24/03/2018 09:41:43	Suely Grosseman	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoc23_09_17_RealPctes.docx	02/10/2017 22:28:51	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Direcao_HU_UFSC.pdf	02/10/2017 22:27:50	Luciana Bonnassis Burg	Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/10/2017 22:25:17	Luciana Bonnassis Burg	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:  
Nelson Canzian da Silva  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br