

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/346410170>

Comunicação clínica na prática do ginecologista e obstetra

Article in *Femina: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* · January 2019

CITATIONS

0

READS

162

3 authors:



Gustavo Salata Romão

Universidade de Ribeirão Preto

64 PUBLICATIONS 516 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Sheyla Ribeiro Rocha

Universidade Federal de São Carlos

11 PUBLICATIONS 24 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Marcos Felipe Silva de Sá

University of São Paulo

219 PUBLICATIONS 2,287 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Cross-cultural Adaptation of Two Instruments to Assess Communication Skills in Medical Education [View project](#)



COVID-19 and Reproduction [View project](#)

Comunicação clínica na prática do ginecologista e obstetra

Sheyla Ribeiro Rocha¹, Gustavo Salata Romão²,
Marcos Felipe Silva de Sá³



1. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
2. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente

Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2201, Ribeirânia, 14096-900, Ribeirão
Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

INTRODUÇÃO

Até a década de 1950, a comunicação dos médicos era tratada como um conjunto de habilidades inatas.⁽¹⁾ A partir de 1960, teve início um movimento apontando a importância de incluir o treinamento em habilidades de comunicação na graduação em Medicina. Na década de 1990, escolas britânicas, norte-americanas e canadenses incluíram essas habilidades na lista de competências essenciais a serem desenvolvidas durante a formação. Como repercussão, 10 anos depois, a grande maioria das escolas médicas desses países oferecia treinamento em habilidade de comunicação.⁽²⁾ Nas últimas duas a três décadas, vários estudos confirmaram que as habilidades de comunicação são adquiridas durante a formação, assim como qualquer outra competência clínica.^(1,3)

O processo de comunicação apresenta dois componentes básicos: o verbal e o não verbal. O componente verbal se refere ao conteúdo das mensagens e inclui a seleção de palavras apropriadas. O componente não verbal inclui a linguagem corporal, postura, gesticulação, expressões faciais, entonação, textura e volume da voz.⁽⁴⁾ Embora o componente verbal seja o foco maior da atenção dos profissionais, ele responde por apenas 7% da mensagem recebida, ficando 38% por conta do tom de voz e 55% por conta da linguagem corporal.⁽⁵⁾ Apesar de ser frequentemente relegado ao segundo plano, o componente não verbal da entrevista repercute em importantes desfechos, como o grau de satisfação e a aderência dos pacientes ao plano de cuidados.⁽⁵⁾

Na prática, para se comunicar de forma efetiva, o profissional deve desenvolver um conjunto de habilidades de comunicação verbal e não verbal que lhe permitam: 1) comunicar-se adequadamente com os pacientes, seus familiares e outros membros da equipe de saúde; 2) obter as informações necessárias durante a entrevista clínica; 3) aconselhar os pacientes e seus familiares sobre diagnósticos, prognósticos e planos de cuidados; 4) manejar conflitos; 5) criar e manter uma relação empática, terapêutica e ética com os pacientes e familiares.^(6,7)

A comunicação eficaz é reconhecida como condição indispensável para a qualidade dos serviços em saúde.⁽⁸⁾ Estudos demonstram que a melhoria na qualidade da comunicação médico-paciente relaciona-se a maior satisfação dos pacientes⁽⁹⁾ e adesão ao tratamento proposto.⁽¹⁰⁾ Relaciona-se também à redução de reclamações por má prática,⁽¹¹⁾ aumentando a segurança do paciente e reduzindo erros médicos.⁽¹²⁾

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Medicina de 2001 também incluíram as

habilidades de comunicação como competência essencial na formação médica.⁽¹³⁾ O treinamento formal nessas habilidades ganha ainda maior destaque à medida que o Conselho Federal de Medicina também reconhece que deficiências na comunicação estão relacionadas a queixas por más práticas e processos jurídicos.^(14,15)

Alinhada com as melhores evidências, a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO), elaborada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e aprovada pelo Ministério da Educação (MEC), em 2019, incluiu as habilidades de comunicação como uma das competências essenciais.⁽¹⁶⁾ Como consequência, a formação do médico especialista deve contemplar o ensino formal dessas habilidades no currículo da residência, acompanhando as recomendações de outras sociedades de ginecologia e obstetrícia ao redor do mundo (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Holanda).⁽¹⁷⁾

Neste artigo de revisão, trataremos de alguns aspectos importantes da comunicação na prática do ginecologista e obstetra com ênfase na comunicação de más notícias.

COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA

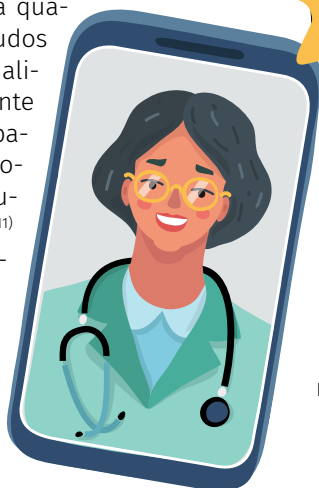
O ginecologista e obstetra enfrentará diversas situações em que sua habilidade de comunicação será desafiada. Merecem destaque a comunicação de um diagnóstico desfavorável e/ou inesperado, a obtenção de consentimento para procedimentos cirúrgicos, a negociação da via de parto e o aconselhamento

na escolha do método contraceptivo. A comunicação de más notícias nessa área

inclui diversas situações como o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, menopausa precoce, falhas em tentativas de reprodução assistida, aborto espontâneo, malformações, óbito fetal, prematuridade extrema, tocotraumatismos e anóxia neonatal. Existem também situações peculiares às áreas de oncologia e mastologia relacionadas ao diagnóstico de neoplasias, crescimento tumoral, detecção de metástases, mal prognóstico e má resposta ao tratamento.

Do ponto de vista ético, todo médico deve se comunicar efetivamente e fornecer informações precisas às pacientes sobre sua saúde. Para tomar decisões qualificadas, as pacientes devem compreender a história natural de seus problemas de saúde, entender seu prognóstico de forma realista e tomar ciência dos riscos e benefícios e probabilidade de sucesso das intervenções e tratamentos propostos. Por outro lado, comunicar uma

"O ginecologista e obstetra enfrentará diversas situações em que sua habilidade de comunicação será desafiada."



notícia difícil ou um prognóstico ruim é uma ocasião cercada de tensões para todos os envolvidos: médicos, pacientes, familiares e equipe de saúde. Sabe-se que o tipo de abordagem utilizada pelos profissionais influencia diretamente na capacidade de adaptação e ajuste dos destinatários da notícia.^(18,19) Evidências também demonstram que uma abordagem insensível aumenta a angústia dos pacientes e seus familiares, podendo levar à raiva e ao maior risco de litígios.⁽¹⁸⁾

Apesar de ser uma situação frequente na prática clínica, estudos evidenciam que muitos profissionais não se

sentem preparados para a comunicação de más notícias e que isso aumenta a ansiedade diante dessas situações.^(18,20,21) Por outro lado, diversos estudos demonstram que ginecologistas e obstetras que receberam treinamento sentem-se mais confiantes, confortáveis e com menor sobrecarga de estresse diante desse desafio.⁽²¹⁻²⁶⁾

Dessa forma, a comunicação de más notícias exige um planejamento prévio pelo profissional. Existem protocolos especialmente desenvolvidos para orientar os médicos nesse processo. Um dos mais utilizados é o SPIKES, que será apresentado a seguir.^(27,28)

Uma má notícia pode ser definida como qualquer informação que afeta profundamente e de forma negativa a visão de um indivíduo sobre seu futuro ou sobre o futuro de um ente querido.⁽²⁷⁾ Uma boa estratégia de comunicação nesses casos deve visar a quatro objetivos principais: verificar o entendimento da paciente sobre a sua situação; fornecer as informações de forma clara e compreensível; apoiar emocionalmente a paciente; desenvolver um plano de cuidados respeitando os desejos e valores da paciente.^(3,27)

O protocolo SPIKES foi elaborado para orientar os profissionais na comunicação de más notícias.^(27,28) A sigla SPIKES significa **S**etting (cenário), **P**erception (percepção), **I**nvitation for Information (convite à informação), **K**nowledge (conhecimento), **E**motions (emoções), e **S**trategize and **S**ummarize (estratégia e resumo). Esse protocolo foi desenvolvido inicialmente no contexto da oncologia, a partir do depoimento de pacientes que receberam comunicação de más notícias pelos médicos. Posteriormente, o SPIKES foi adaptado a outras especialidades médicas, tornando-se uma diretriz flexível e aplicável a diferentes contextos clínicos.⁽²⁸⁾ De maneira geral, recomenda-se que os passos sejam realizados na seguinte ordem:

- 1) Configuração do cenário: organizar um ambiente privativo e adequado para a comunicação de más notícias;
- 2) Percepção: avaliar a compreensão da paciente sobre sua condição clínica, permitindo o ajuste da linguagem ao seu nível de entendimento;
- 3) Convite à informação: verificar como e quanto de informação a paciente gostaria de receber;
- 4) Conhecimento: fornecer informações de forma clara, compreensível e de acordo com os desejos e limites estabelecidos pela paciente, esclarecendo suas eventuais dúvidas;
- 5) Emoções: utilizar a linguagem verbal e não verbal para acolher os sentimentos da paciente;

- 6) Resumo e estratégia: elaborar uma síntese da situação para assegurar a compreensão por parte da paciente e um plano de cuidados compartilhado com ela, contemplando seus valores e desejos. Finalmente, certificar-se mais uma vez de que a paciente compreendeu tudo o que foi informado e pactuado.

No quadro 1, apresentam-se as orientações sobre como utilizar o protocolo SPIKES na prática clínica.

O PROTOCOLO SPIKES PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS



Quadro 1. Protocolo SPIKES

Cenário (<i>Setting</i>)	<p>Ambiente da conversa: Assegure um ambiente privativo fechando a porta do consultório ou utilizando cortinas e biombos em torno do leito. Evite interrupções por outras pessoas e, caso haja restrição de tempo para a conversa, informe previamente a paciente. Aparelhos que produzem ruídos como rádios e televisões devem ser desligados. Celulares devem ser mantidos em modo silencioso. Retire objetos que prejudiquem o contato visual e disponibilize lenços de papel caso a paciente venha a chorar. Envolver pessoas importantes, deixando que a paciente escolha um ou dois familiares ou acompanhantes para participar a conversa.</p> <p>Linguagem não verbal: Puxe uma cadeira e sente-se ao lado da paciente, evitando ficar de pé durante o diálogo. Mantenha os seus olhos no mesmo nível dos olhos da paciente e mantenha contato visual durante toda a conversa. Tente parecer tranquilo, descansando as mãos sobre os joelhos. Evite atitudes que demonstrem ansiedade ou pressa como balançar as mãos ou os pés.</p> <p>Linguagem verbal: Apresente-se e certifique-se de que a paciente saiba quem você é e qual o seu papel dentro da equipe. Fale em tom de voz baixo e pausado. Utilize uma linguagem que a paciente seja capaz de entender, sem jargões ou termos muito técnicos. Demonstre escuta atenta e qualificada, permitindo que a paciente fale livremente, sem interrupções. Só inicie uma nova fala quando a paciente tiver terminado.</p>
Percepção (<i>Perception</i>)	<p>“Antes de contar, pergunte”. Peça à paciente para dizer o que sabe ou suspeita sobre a sua situação clínica. Inicie com perguntas simples e abertas como: “O que você sabe sobre o seu problema?” ou “O que lhe disseram sobre a sua situação?”. Enquanto ela responde, observe o nível de conhecimento e o vocabulário por ela utilizado, tomando esses elementos como base para a comunicação de más notícias. Se for necessário, utilize perguntas fechadas ou dirigidas para verificar o grau de entendimento da paciente sobre o seu problema, como: “Você sabe o que este resultado de exame significa?” ou “Você acha que o seu caso é grave?”. Fique atento a qualquer disparidade entre as informações médicas reais e as percepções da paciente, o que pode sugerir situações de negação da doença, pensamento mágico ou expectativas não realistas de tratamento.</p>
Convite à informação (<i>Invitation for Information</i>)	<p>Verifique com a paciente se ela deseja e o quanto ela pretende saber sobre a sua condição, tratamento ou prognóstico. “Você quer que eu lhe explique tudo o que está acontecendo?”, “Prefere que eu converse com um dos seus familiares?”, “Como você gostaria que eu lhe informasse os resultados dos exames?”, “Você gostaria de saber em detalhes ou apenas um esboço dos resultados?”.</p> <p>Caso a paciente não queira saber a totalidade ou parte das informações, aceite essa opção e se disponha a responder às perguntas mais tarde, se ela assim o desejar.</p>
Conhecimento e informação fornecidos à paciente (<i>Knowledge</i>)	<p>Inicialmente avise a paciente que más notícias estão por vir. “Infelizmente eu tenho más notícias a lhe dar” ou “sinto ter que lhe dizer que...”. Em seguida, forneça as informações sobre a má notícia de forma clara, utilizando um vocabulário e nível de informações compatível com a capacidade de compreensão da paciente. Não fale excessivamente sem confirmar se a paciente entendeu. Para pacientes leigas, evite termos técnicos, substituindo-os por termos mais conhecidos da linguagem coloquial. Prefira “você perdeu o bebê” em vez de “ocorreu óbito fetal”; “o tumor se espalhou pelo corpo” em vez de “ocorreram metástases”. Utilize pausas e períodos de silêncio para que a paciente possa processar as informações recebidas. Mesmo diante de situações com prognóstico ruim, evite atitudes e frases que produzam isolamento e distanciamento, tais como “não há mais nada que possamos fazer por você”. Sempre devem ser consideradas alternativas para alívio da dor e desconforto da paciente. Evite dureza excessiva na linguagem, como “você tem um câncer muito agressivo e vai morrer se não iniciar o tratamento imediatamente”, pois essa postura pode produzir sentimentos de raiva e revolta. Caso a paciente apresente comportamento de negação aos fatos, não a confronte diretamente. Prefira frases mais empáticas e acolhedoras.</p>
Emoções (<i>Emotions</i>)	<p>Acolha as emoções da paciente com respostas empáticas. Médicos que apresentam falhas nesse acolhimento são percebidos como insensíveis, podendo comprometer a relação médico-paciente e as comunicações futuras. Diante das más notícias, as pacientes podem apresentar diferentes reações emocionais como silêncio, choro, raiva, inconformidade ou negação. Tais comportamentos são expressões dos sentimentos de choque, dor ou isolamento. A resposta empática visa demonstrar à paciente que o profissional reconhece e respeita suas emoções e, tecnicamente, consiste em: 1) ficar em silêncio e permitir que a paciente manifeste seus sentimentos, observando atentamente as suas reações (silêncio, lágrimas, olhar de tristeza ou choque); 2) identificar o tipo de emoção experimentada, podendo-se lançar mão de perguntas abertas exploratórias, como as seguintes: “como você se sente?” ou “no que está pensando?”; 3) certificar-se de que a emoção apresentada é decorrente da má notícia; 4) validar as emoções da paciente demonstrando compreensão dessas reações diante das más notícias. A resposta empática pode seguir o formato sugestivo: “percebo o quanto esta situação está sendo difícil para você” ou “isso também está sendo difícil para mim” ou “eu gostaria que essas notícias fossem melhores”. O valor da resposta empática consiste em fazer uma observação sobre uma questão fortemente carregada de emoções sem se deixar dominar por ela. Essa estratégia pode acalmar a paciente e facilitar a exploração da situação sem causar mais ansiedade. De maneira geral, deve-se aguardar que a paciente se acalme para prosseguir na discussão de outras questões. No decorrer dessa etapa, é recomendável combinar atitudes empáticas, exploratórias e validadoras.</p>

Estratégia e Resumo (Strategize and Summarize)

Estratégia: Antes de estabelecer um plano de cuidados, deve-se perguntar à paciente se ela está preparada para essa discussão e se esse é o momento mais oportuno. Inicialmente, devem-se apresentar as opções de cuidado e de tratamento, baseando-se nas melhores evidências científicas e na experiência profissional. Incentive a paciente a manifestar suas percepções, desejos e expectativas sobre essas opções e aos possíveis resultados e valorize seus pontos de vista. Ofereça suporte para a tomada de decisões compartilhadas, respeitando a autonomia da paciente. Pactue um plano de cuidados detalhado e não se comprometa em assegurar resultados incertos ou improváveis.

Resumo: Finalize o diálogo com um resumo dos principais tópicos discutidos. Certifique-se de que não haja mais dúvidas por parte da paciente e se disponha a esclarecer perguntas remanescentes e a discutir tópicos ainda não abordados. Defina hora, local e contexto do próximo encontro e não faça promessas que não possa cumprir.

O ENSINO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

Historicamente, a comunicação com pacientes era aprendida apenas por observação informal de um profissional mais experiente e pela tentativa e erro. Nas últimas décadas, o reconhecimento das dificuldades geradas pela falta de treinamentos dos profissionais despertou o meio acadêmico para a necessidade da inclusão do ensino formal de habilidades de comunicação nos currículos das escolas médicas e dos programas de residência.^(9,18,19,24) No entanto, ainda se percebe uma grande lacuna na oferta de treinamento formal nessa área, principalmente durante a residência.⁽²⁹⁾ Esse déficit na formação é particularmente importante em obstetrícia, área em que a ocorrência de desfechos inesperados gera sobrecarga emocional para o especialista e contribui para a maior incidência de ações judiciais.^(21,22,30)

Comunicar-se de forma efetiva não pressupõe uma habilidade inata, mas um aprendizado conquistado por meio de treinamento intencional.⁽³¹⁾ Classicamente, muitas das tarefas essenciais de uma consulta médica (por exemplo, colher uma anamnese detalhada, construir uma boa relação médico-paciente, negociar um plano de cuidados e usar o tempo com eficiência) não mudaram nas últimas décadas. No entanto, o crescente foco na autonomia e na segurança da paciente evidenciou a importância de uma abordagem comunicativa que favoreça a participação integral dela nas decisões sobre sua saúde.^(6,15,29)

A recomendação atual para o ensino de comunicação clínica visa à aquisição de habilidades que favoreçam a coleta de informações, a construção do vínculo e a tomada de decisão compartilhada.^(6,8) Para que o treinamento seja bem-sucedido, essas habilidades devem ser ensinadas de forma sistemática, incluindo repetidas oportunidades para praticar e receber *feedback*.^(8,29) De maneira geral, recomenda-se que o ensino e o treinamento em comunicação sejam simultâneos ao ensino das demais habilidades clínicas.⁽⁸⁾

ENSINO EM AMBIENTE SIMULADO

Simulações utilizando pacientes padronizadas ou *role-play* são reconhecidas como as melhores técnicas para o ensino de habilidades de comunicação em ambiente

simulado. Esses treinamentos devem ser elaborados a partir de guias e protocolos para comunicação clínica como o SPIKES,⁽²⁷⁾ o método clínico centrado na pessoa,⁽²⁹⁾ o modelo Calgary-Cambridge,⁽³²⁾ entre outros. A simulação é fundamental para a aquisição de habilidades como apresentar-se, manter contato visual, utilizar linguagem apropriada evitando jargões, elaborar anamnese, fazer aconselhamentos, pactuar planos de cuidados, treinar o uso do silêncio, entre outras. Permite também um ambiente seguro para treinar a comunicação de más notícias e a elaboração de respostas empáticas a comportamentos como choro, negação ou raiva. Evidências apontam que esse tipo de treinamento reduz a ansiedade do profissional diante de conversas difíceis.^(18,21,27)

"Comunicar-se de forma efetiva não pressupõe uma habilidade inata, mas um aprendizado conquistado por meio de treinamento."



ENSINO EM AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No contexto dos ambientes reais dos estágios clínicos, as interações com pacientes e familiares, à beira do leito ou nas salas de parto, fornecem um recurso valioso: ensinar comunicação em situações difíceis como as más notícias.⁽³¹⁾ Alguns pontos importantes devem ser aqui observados: 1) planejar e definir os objetivos da conversa com o aluno/residente antes do atendimento, definindo os papéis de cada um; 2) verificar se o aprendiz está preparado e confortável para realizar a comunicação; é recomendável que o aprendiz já tenha observado alguém mais experiente comunicar uma má notícia para depois assumir esse protagonismo; 3) rever os passos do SPIKES ou outra estratégia de comunicação a ser utilizada; 4) comunicar a má notícia sob supervisão do preceptor, o qual deverá fornecer apoio ao residente e à família, se necessário; 5) o preceptor deverá fornecer *feedback* ao aprendiz logo após o atendimento para potencializar o aprendizado.⁽³¹⁾ Aproveitar o ambiente clínico para ensinar habilidades de comunicação requer tempo, mas pode fazer uma diferença significativa na vida dos profissionais, pacientes e seus familiares. Para tanto, é desejável que os preceptores também recebam treinamento nessas habilidades.⁽³¹⁾

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

A avaliação das habilidades de comunicação visa verificar o desempenho do futuro profissional ou especialista em tarefas específicas durante a interação médico-paciente. Para uma avaliação confiável, devem ser utilizados instrumentos validados, elaborados a partir de consensos e protocolos bem-estabelecidos.⁽³³⁾

Assim como o ensino, a avaliação da comunicação pode ser realizada tanto no ambiente simulado quanto no ambiente real. As avaliações em ambiente simulado são as mais difundidas e geralmente se utilizam estações de OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado) e pa-

cientes padronizadas.⁽³⁴⁾ No entanto, a avaliação no ambiente da prática profissional também é necessária.⁽³⁵⁾ A observação direta da interação médico-paciente em ambiente real permite verificar a aplicação do conhecimento adquirido durante o treinamento. Considera-se também que algumas nuances da comunicação são muito difíceis de serem reproduzidas em ambientes simulados e que os profissionais podem se comportar de maneira diferente quando sabem que estão conversando com uma atriz.^(6,35) No ambiente da prática profissional, a avaliação do profissional pode ser realizada pelo preceptor, por um colega de trabalho ou por outro membro da equipe de saúde por meio da observação direta de um atendimento. O Miniexercício Clínico Avaliativo (Mini-CEX) é o instrumento mais utilizado para avaliação e *feedback*.⁽³⁵⁾ Pode-se utilizar também uma lista de verificação (*checklist*) que facilite a avaliação, direcionando a observação para tarefas específicas. Outras estratégias de avaliação incluem a avaliação 360º, o portfólio e a autoavaliação.⁽³⁵⁾


Recomenda-se que a paciente (simulada ou real) também seja incluída no processo de avaliação do profissional. O *feedback* da paciente fornece informações valiosas sobre o impacto produzido pela comunicação em suas emoções e sentimentos.⁽³⁶⁾ Existem instrumentos desenvolvidos e validados especificamente para esse fim.⁽³⁷⁾

As mudanças da sociedade têm exigido do médico uma mudança de postura na forma de se comunicar com os pacientes. Os profissionais têm sido desafiados a adotar um estilo de comunicação que inclua a perspectiva da paciente, compartilhando as decisões e a elaboração conjunta do plano de cuidados.^(8,29) Em diversos estudos sobre comunicação, médicos relatam que se sentem inadequadamente treinados para manter conversas difíceis e fornecer más notícias.⁽¹⁸⁾ Embora se saiba

que a comunicação eficaz é um aspecto essencial na prática da medicina, historicamente houve muito pouco treinamento em comunicação nas escolas médicas ao redor do mundo.⁽²⁹⁾ Estabelecer um programa coerente de treinamento e avaliação das habilidades de comunicação forma a base para

O *feedback* da paciente fornece informações valiosas sobre o impacto produzido pela comunicação em suas emoções e sentimentos.



o ensino da comunicação clínica efetiva. Dedicar tempo à observação direta e *feedback* dos residentes valoriza a habilidade de comunicação como um componente essencial para o bom atendimento à paciente. Considerando a MCGO, atenção especial deve ser dada ao treinamento para a comunicação de más notícias e a obtenção do termo de consentimento para procedimentos. 

REFERÊNCIAS

- Pham AK, Bauer MT, Balan S. Closing the patient-oncologist communication gap: a review of historic and current efforts. *J Cancer Educ.* 2014;29(1):106-13. doi: 10.1007/s13187-013-0555-0
- Powell DE, Carraccio C. Toward competency-based medical education. *N Engl J Med.* 2018;378(1):3-5. doi: 10.1056/NEJMp1712900
- Johnston FM, Beckman M. Navigating difficult conversations. *J Surg Oncol.* 2019;120(1):23-9. doi: 10.1002/jso.25472
- Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996;30(2):83-9. doi: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x
- Hale AJ, Freed J, Ricotta D, Farris G, Smith CC. Twelve tips for effective body language for medical educators. *Med Teach.* 2017;39(9):914-9. doi: 10.1080/0142159X.2017.1324140
- Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation. *Med Teach.* 2013;35(5):395-403. doi: 10.3109/0142159X.2013.769677
- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3. doi: 10.1097/00001888-200104000-00021
- Noble LM, Scott-Smith W, O'Neill B, Salisbury H; UK Council of Clinical Communication in Undergraduate Medical Education. Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. *Patient Educ Couns.* 2018;101(9):1712-9. doi: 10.1016/j.pec.2018.04.013
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002;325(7366):697-700. doi: 10.1136/bmj.325.7366.697
- Haskard Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997;277(7):553-9. doi: 10.1001/jama.277.7.553
- Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Med Teach.* 2007;29(1):60-1. doi: 10.1080/01421590601087546
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2001.
- Vasconcelos C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. *Rev Bioética.* 2012;20(3):389-96.
- Pazinatto MM. A relação médico-paciente na perspectiva da recomendação CFM 1/2016. *Rev Bioética.* 2019;27(2):234-43. doi: 10.1590/1983-80422019272305
- Romão GS, dos Reis FJC, Cavalli RC, de Sá MFS. Matriz de competência em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina.* 2017;45(3):172-7.
- Garofalo M, Aggarwal R. Competency-based medical education and assessment of training: review of selected national obstetrics and gynaecology curricula. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(7):534-544.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.024
- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004;363(9405):312-9. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15392-5
- Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Weiner J, Polite RG, Davis EB, et al. The good news about giving bad news to patients. *J Gen Intern Med.* 2002;17(12):914-22. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.20420.x
- Guerra FAR, Mirlesse V, Baião AER. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2361-7. doi: 10.1590/S1413-81232011000500002
- Johnson J, Arezina J, McGuinness A, Culpan AM, Hall L. Breaking bad and difficult news in obstetric ultrasound and sonographer burnout: is training helpful? *Ultrasound.* 2019;27(1):55-63. doi: 10.1177/1742271X18816535
- Karkowsky CE, Landsberger EJ, Bernstein PS, Dayal A, Goffman D, Madden RC, et al. Breaking bad news in obstetrics: a randomized trial of simulation followed by debriefing or lecture. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(22):3717-23. doi: 10.3109/14767058.2016.1141888
- Goldman KN, Tieg AW, Uquillas K, Nachtigall M, Fino ME, Winkel AF, et al. Interactive case-based learning improves resident knowledge and confidence in reproductive endocrinology and infertility. *Gynecol Endocrinol.* 2017;33(6):496-9. doi: 10.1080/09513590.2017.1290075
- Romm J. Breaking bad news in obstetrics and gynecology: educational conference for resident physicians. *Arch Womens Ment Health.* 2002;5(4):177-9. doi: 10.1007/s00737-002-0145-3
- Setubal MSV, Gonçalves AV, Rocha SR, Amaral EM. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology residents think about it? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(10):552-9. doi: 10.1055/s-0037-1604490
- Setubal MSV, Antonio MARGM, Amaral EM, Boulet J. Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: a randomized intervention study. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(3):137-46. doi: 10.1055/s-0037-1621741
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globber 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
- Baile WF. Giving bad news. *Oncologist.* 2015;20(8):852-3. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0250
- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(7):1310-8. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450
- Greiner AL, Conklin J. Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(1):39-44. doi: 10.1097/OGX.0000000000000149
- Hinkle LJ, Fettig LP, Carlos WG, Bosslet G. Twelve tips for just in time teaching of communication skills for difficult conversations in the clinical setting. *Med Teach.* 2017;39(9):920-5. doi: 10.1080/0142159X.2017.1333587
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003;78(8):802-9. doi: 10.1097/00001888-200308000-00011
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495-507.
- Comert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Harter M, Scholl I. Assessing communication skills of medical students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) – a systematic review of rating scales. *PLoS One.* 2016;11(3):e0152717. doi: 10.1371/journal.pone.0152717
- Kiessling C, Tsimtsiou Z, Essers G, van Nuland M, Anvik T, Bujnowska-Fedak MM, et al. General principles to consider when designing a clinical communication assessment program. *Patient Educ Couns.* 2017;100(9):1762-8. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.027
- Swanson DB, van der Vleuten CP. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art revisited. *Teach Learn Med.* 2013;25 Suppl 1:S17-25. doi: 10.1080/10401334.2013.842916
- 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;67(3):333-42. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005